

Debates FGV Saúde

Revista do FGV Saúde da FGV EAESP | Volume 19 | Ano 2020 | ISSN: 2316-6657

<https://fgvsaude.fgv.br/>

30º. SEMESTRE DE DEBATES FGVSAÚDE

É possível aumentar a eficiência do SUS? Como?

Erno Harzheim - Faculdade de Medicina da UFRGS e Clínica Salute

Monica Viegas Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais

Investimento financeiro no setor de saúde o ciclo do Private Equity e o Mercado de Ações

Marcos Aurélio Faccioli – Santander

Fernando Pereira - Banco Pátria

Pedro Calandrino - Grupo NotreDame Intermédica

Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021

Deborah Carvalho Malta - Escola de Enfermagem da UFMG

Jarbas Barbosa da Silva Júnior - Organização Pan-Americana de Saúde

Marcia Castro - Faculdade de Saúde Pública da Harvard

Debates FGV Saúde

Revista do FGV Saúde da FGV EAESP | Volume 19 | Ano 2020 | ISSN: 2316-6657

<https://fgvsaude.fgv.br/>

Coordenadora

Ana Maria Malik

Comitê Assessor

Alberto José Niituma Ogata, Álvaro Escrivão Junior, Daniela Camarinha, Enio Jorge Salu, Evandro Penteado Villar Felix, Kelly Cristina Rodrigues, Laura Maria Cesar Schiesari, Luciano Eduardo Maluf Patah, Luiz Tadeu Arraes Lopes, Márcio Vinícius Balzan, Maria Laíz Athayde Marcondes Zanardo, Mariana Baleeiro Martins Carrera, Walter Cintra Ferreira Junior, Wilson Rezende Silva

Organizadores

Ana Maria Malik
Cinthia Costa

Apoio

Fernanda de Campos Mello
Leila Dall'Acqua

Projeto Editorial

Roney Dionizio

Edição

Maria Teresa Fontes Marques

Agradecimentos

O FGV Saúde agradece aos debatedores e moderadores que compartilharam suas experiências com a comunidade acadêmica e público geral dos Debates FGV Saúde realizado em 2020. E à **ABBVIE** apoiadora dos eventos realizados em novembro e dezembro.

A revista reproduz as apresentações dos palestrantes dos debates realizados em formato de Webinar em 2020. Distribuição de circuito interno. Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da revista.

Apoio

abbvie

 **FGV EAESP**

GVsaúde
Centro de Estudos
em Planejamento e
Gestão de Saúde

Sumário

Ponto de Vista

4

Ana Maria Malik
FGV EAESP - FGV Saúde

30º. SEMESTRE DE DEBATES FGVSAÚDE

É possível aumentar a eficiência do SUS? Como?

Ana Maria Malik

5

FGV EAESP - FGV Saúde

Monica Viegas Andrade

7

Universidade Federal de Minas Gerais

Erno Harzheim

13

Faculdade de Medicina da UFRGS e Clínica
Salute

Investimento financeiro no setor de saúde o ciclo do Private Equity e o Mercado de Ações

Ana Maria Malik

19

FGV EAESP - FGV Saúde

Marcos Aurélio Faccioli

20

Santander

Fernando Pereira

22

Banco Pátria

Pedro Calandrino

27

Grupo NotreDame Intermédica

Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021

Ana Maria Malik

31

FGV EAESP - FGV Saúde

Alberto Ogata

33

FGV Saúde

Marcia Castro

34

Faculdade de Saúde Pública da Harvard

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

38

Organização Pan-Americana de Saúde

Deborah Carvalho Malta

41

Escola de Enfermagem da UFMG

Ponto de Vista

Ana Maria Malik

FGV EAESP / FGV Saúde

2020

foi um ano marcado pela pandemia da COVID-19. Um ano que exigiu de todos muita resiliência, paciência e capacidade de aprendizado. Foram muitas as perdas para as quais ninguém estava preparado.

Todos os sistemas de saúde do mundo entraram em colapso, inclusive o SUS. Os velhos problemas ficaram mais em evidência, o que nos traz à reflexão mais uma vez a eficiência do SUS.

A pandemia também impactou a renda dos brasileiros, a situação do emprego e a desigualdade social. O lazer e atividades físicas ficaram comprometidas, levando a um aumento nas condições psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão. Doenças crônicas antes controladas tiveram seu acompanhamento prejudicado. Assim, a pergunta colocada foi quais os caminhos para termos brasileiros mais saudáveis?

Em paralelo, o mercado não parou. Em 2020, apesar dos impactos desencadeados pela COVID-19, foram registradas 1.117 fusões e aquisições no Brasil, das quais 55 no mercado da saúde.

Esses assuntos foram tema dos **Debates FGV Saúde** realizados em 2020, sob os auspícios do apoio institucional da **ABBVIE**.

Como de praxe, os Debates não têm pretensão acadêmica. Trata-se da transcrição das apresentações dos convidados. A partir deste número, além da transcrição dos eventos a revista traz o link para o canal no Youtube onde será possível ouvir, aprender, curtir e compartilhar.

Boa leitura e bom aproveitamento

Que as condições de vida e saúde dos brasileiros melhorem.

Julho/2021.

30º. SEMESTRE DE DEBATES FGVSAÚDE

▪ Debate 07/10/2020

<https://www.youtube.com/watch?v=y5Klq-jxGdA&t=2s>

É possível aumentar a eficiência do SUS? Como?

APRESENTANDO-SE à plateia, Ana Maria Malik informa

que é professora da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas, também coordenadora do FGV Saúde, e salienta ter a honra e o prazer de ser a anfitriã do debate sobre um tema que considera muito instigante e pouco fácil de trabalhar, que é como aumentar a eficiência do SUS. “No limite, esse é um assunto que certamente vale um milhão de dólares”, ilustra.

MODERADORA:

Ana Maria Malik

FGV EAESP - FGV Saúde

Ana Maria diz ainda que é a anfitriã de dois amigos; e apresenta, “ladies first” a professora Monica Viegas, economista, associada do Departamento de Economia da UFMG e coordenadora do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC). Em seguida, Ana Maria introduz o outro palestrante, Erno

Harzheim, professor e médico, associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS e gestor de APS na Clínica Salute. “Antes de abrir para os nossos convidados, eu gostaria de fazer algumas provocações para eles”, diz a anfitriã.

¹ Avedis Donabedian foi um médico e pesquisador, que se destacou no campo do estudo da qualidade em saúde, sendo reconhecido por ter concebido um modelo de avaliação da qualidade: o “Modelo” ou “Triade de Donabedian”.

O tema de eficiência no SUS nunca é explorado o suficiente, continua Ana Maria, “por mais que a gente fale, até porque existem diversas definições de eficiência”. Desde Donabedian¹, cita, já se falava em eficiência política, eficiência técnica e eficiência administrativa. Além do que, a eficiência é, por definição, relativa; e, como ela é uma relação entre o que se obtém e o que se gastou para obter — “que é uma definição muito próxima da de valor que, hoje em dia, está na moda como se fosse o Santo Graal”, comenta —, o interessante é que, se não houver resultado, não há hipótese de poder discutir eficiência. Então, diz Ana Maria, quando se aborda o SUS, fala-se de uma série de ações, muitas delas, bastante bem-sucedidas. Mas para Ana Maria o importante é pensar no que se espera como resultado dessas ações do SUS; e, no limite, qual o resultado e para quem. “Então, uma das coisas que se deve pensar é principalmente qual o volume de recursos financeiros, existente e a sua utilização; mas também temos que pensar nos recursos humanos e materiais”, salienta, complementando que essas premissas já são conhecidas teoricamente, e que a pandemia da Covid-19 está nos mostrando que “não adianta falar só em dinheiro”, mas também temos de discutir a

quantidade e qualidade dos trabalhadores por profissão, ocupação e localização.

Um assunto fundamental no âmbito do SUS, segundo Ana Maria, é a regionalização. E é aí essa discussão passa pela governança e pela regulação. A anfitriã diz que há uma discussão — que, algumas vezes é de cunho acadêmico e outras vezes apenas de torcida — sobre fazer o sistema apenas no intrapúblico, ou se é possível trabalhar com público-privado. E se for no público e no privado, deve-se discutir governança e regulação, explica. E pergunta: para conseguir o quê? Saúde, acesso a serviços, menor iniquidade? E, como sempre, continua a anfitriã, quando se fala em eficiência, qualidade, etc, há um problema, que é considerar a visão de longo prazo. “Por exemplo, todo mundo sabe que a atenção primária, além de ter um programa no Brasil, que é cantado em prosa e verso internacionalmente, que é a estratégia de saúde da família; mas a atenção primária flutua”, ressalta. Há menos de um ano, falava-se numa tal agência — a ADAPS (Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde). “Então, eu me pergunto o que aconteceu com ela?”, questiona Ana Maria, salientando que é essa a nossa agenda para começar.

- É possível aumentar a eficiência do SUS? Como? - Debate 07/10/2020

ANTES DE COMEÇAR

sua palestra, Monica agradece a oportunidade de estar no evento. “É um prazer estar aqui com o Erno e todos da Fundação Getulio Vargas”, diz ela, enfatizando estar “muito feliz” de poder participar desse webinar com Erno, “que é uma figura que tem tanta experiência, tanta bagagem da prática do SUS”. Monica afirma que sempre vê essas oportunidades como mais uma chance de aprendizado.

Em seguida, Monica refere-se às provocações feitas por Ana Maria em sua fala, enfatizando que algumas coisas colocadas pela anfitriã para o debate ela deve mencionar, tangenciar em sua própria palestra. “E espero que possa contribuir com esse debate tão oportuno, tão importante para o nosso sistema de saúde.”

Para Monica, não dá para falar de eficiência sem falar do sistema como um todo. E que é preciso considerar que o sistema de saúde brasileiro é muito complexo, talvez o sistema misto mais complexo do mundo. É assim que vê, diz ela, porque essa lógica público-privada é imbricada no financiamento, na organização da oferta. Ela não tem uma

separação muito clara.

Mostrando um gráfico aos presentes, Monica explica que o desenho faz uma relação muito simples de associação entre a expectativa de vida como medida de resultado e os gastos per capita. E aí tem-se a posição do Brasil, dado o que o país produz. Ou seja, continua, gastamos pouco, mas mesmo assim poderíamos estar melhor. E ainda comentando o gráfico, afirma que o resultado mostrando que o Brasil apresenta uma certa ineficiência repete-se para diferentes grupos de amostras e é devido, a seu ver, a uma ineficiência nos dois sistemas, tanto no público, quanto no privado.

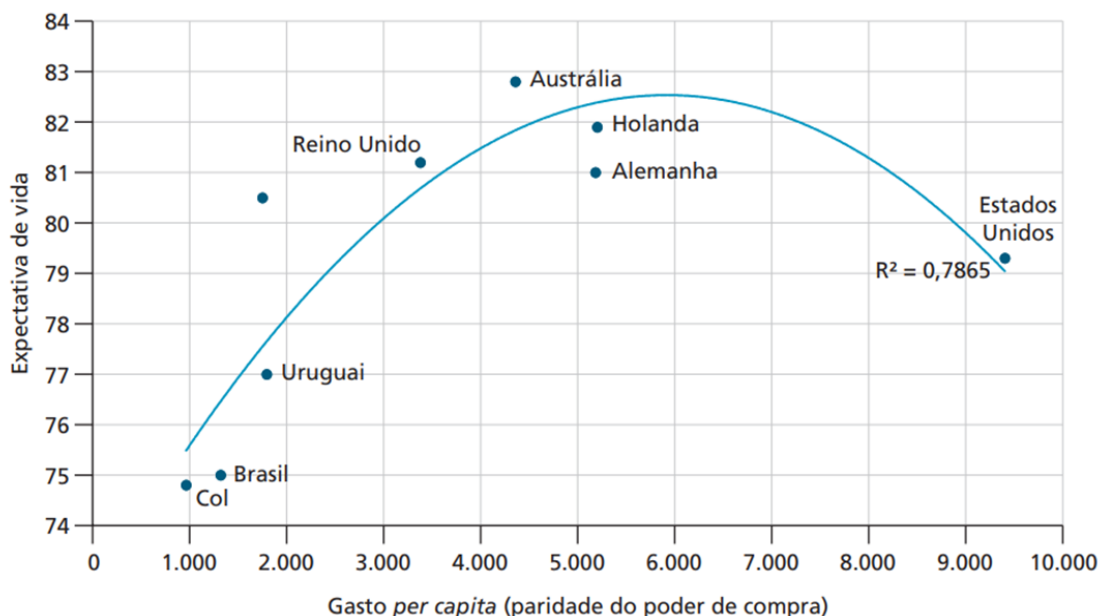
PALESTRANTE:

**Monica Viegas
Andrade**

Universidade Federal de
Minas Gerais

Gráfico 1.

Função de Produção de Saúde: Brasil e países selecionados - 2014



Fonte: WHO (2014)

Monica continua sua fala mencionando que o Brasil tem um sistema público universal, integral, com livre acesso, com um mecanismo de regulação de demanda, o mais normal em sistemas públicos, que é regulação por preço não-monetário. Em contrapartida, afirma, há um sistema privado de adesão voluntária, num desenho duplicativo, ou seja, toda a oferta do setor privado duplica o público. E, nesse sentido, representa uma concorrência para o setor público. Tal concorrência, segundo ela, inclui desde o provimento dos serviços até recursos humanos e físicos. O setor público, informa Monica, gasta 46% do total que é gasto entre público e privado. Temos o único sistema público universal em que o gasto público não é majoritário. Um gasto per capita bastante baixo; e um gasto privado de 54%, e o gasto per capita mais elevado do que o gasto público. Aqui, o denominador é toda a população.

No provimento, ou seja, olhando para a estrutura de oferta, continua Monica, há uma oferta pública que oferece tanto provimento direto, como oferta privada contratada; uma oferta privada através de planos e uma oferta privada comprada diretamente pelo público.

Brasil dividido ao meio

Então, o que se percebe claramente, explica, é “quase que um Brasil dividido ao meio”, ilustra Monica, explicando que existem áreas onde a oferta privada não chega, e não chega porque não interessa chegar, porque a renda per capita é baixa, porque, talvez, não tenha densidade populacional ou PIB per capita para conseguir organizar o sistema em rede dentro da lógica de mercado.

O sistema público, continua Monica, tem a organização toda da atenção primária e vigilância, que são espaços desse provimento mais ocupados pelo público. A oferta privada vai variar muito com o tipo de serviço. E que nosso desenho brasileiro há incentivos no que é conhecido, na literatura, como *cream-skimming*, que é a ideia de selecionar um pouco os pacientes.

Conforme a palestrante, quando se pensa que um sistema público-privado, toda a lógica dessa organização e dessa construção do nosso sistema de saúde brasileiro tem um background, um contexto histórico, que traz essa realidade, que justifica, de alguma forma, esse desenho. Mas existe, segundo ela, do ponto de vista teórico, um pouco do porquê pensar esse mix público-privado,

que, de alguma forma, é um desenho que envolve uma certa convergência entre os países, só que, obviamente, em termos de participação. Em termos de organização, porém, é muito particular, e o sistema brasileira, como já havia mencionado, é bastante diferenciado.

O lado positivo de ter um mix público-privado, explica Monica, é que de certa forma, se garante liberdade de escolha de prestadores pelos indivíduos e esse, diz Monica, é um argumento muito forte, e que, para o caso americano, por exemplo, é dominante. Um outro argumento, que conforme a palestrante, não está ainda claro sobre como funciona —, mas, do ponto de vista teórico, está presente — é a ideia de reduzir a demanda do setor público. No nosso caso específico, explica, é preciso que ter um mecanismo de opting-out que é bastante complexo — e, no nosso caso, até feriria a Constituição —, para ter, de fato, essa liberação da demanda pelo setor público. Hoje em dia, conforme Monica, é difícil mensurar quanto da demanda que deixou de ser atendida no setor público foi atendida no setor privado, “mas esse é um argumento importante para você ter esse mix público-privado”.

Do lado negativo, o modelo brasileiro amplia a indução de demanda e amplia a incorporação tecnológica não necessariamente baseada em evidências, sobretudo na forma com que, hoje, é feita ainda a nossa incorporação tecnológica no setor privado. E Monica diz ser importante mencionar isso, porque a incorporação tecnológica dentro da lógica mercadológica, quando setem esse desenho, como é o nosso, o sistema público perde o papel centralizador de incorporação tecnológica, e, ao mesmo tempo, cria-se uma desigualdade muito grande no acesso;

e as pessoas obviamente vão almejar ter aquele tipo de acesso. A consequência é a ampliação dos mecanismos de acesso através de judicialização. O problema grave aqui, resalta Monica, é a questão da fragmentação do cuidado, uma vez que essa interação entre esses setores não é bem organizada. E ainda tem, como ela mesma mencionou, o cream-skimming. Então, as implicações do ponto de vista de bem-estar envolvem desigualdade e iniquidade no acesso e na utilização; e também tem muita ineficiência por conta de uso de serviços desnecessários, essa fragmentação do cuidado, e um excesso de incorporação tecnológica sem uma evidência científica muito clara.

O que temos como alternativas é ampliar o privado, é fortalecer o SUS, ou fazer a convergência dessas duas coisas, que Monica salienta não serem excludentes. Como seu argumento é em favor de fortalecer o SUS, Monica opina que a forma que apresenta acaba ficando um pouco dicotômica, mas a seu ver a opção pelo setor privado é ineficaz no sentido da organização do cuidado, porque a lógica do cuidado, hoje, é definida pelo mercado. Segundo ela, não temos um cuidado organizado em rede, não há longitudinalidade do cuidado. “Ainda é cuidado muito curativo e hospitalocêntrico”, define. E acrescenta que isso tudo poderia mudar, mas a lógica, hoje, ainda é um cuidado com muita ineficácia.

Nesse sentido, continua a palestrante, são geradas perdas de eficiência, porque é intensivo em tecnológica, com indução de demanda, presença de seleção adversa. E dá exemplos: cirurgia bariátrica e nosso percentual de parto cesáreo. O Brasil é campeão de cirurgia bariátrica, segundo Monica; há também excessos de exame de ultrassonografia e ressonância magnética.

O que temos como alternativas é ampliar o privado, é fortalecer o SUS, ou fazer a convergência dessas duas coisas

Conforme Monica, temos um problema grave, que está sendo ainda pouco mencionado, que é a questão da sustentabilidade financeira. “É um sistema sem sustentabilidade financeira no longo prazo, sobretudo no cenário de envelhecimento e mudança de perfil”, afirma, ressaltando que hoje há uma sinistralidade média de 0,80, 0,85; mas, no longo prazo, a reforma da previdência dá um certo fôlego para o setor privado no Brasil, porque as pessoas vão continuar vinculadas ao emprego, então, de alguma forma, dá um respiro. “Mas há uma pressão muito forte das operadoras exatamente para flexibilizar alguns produtos para que elas consigam garantir sustentabilidade”. E a temos essa estrutura de cobertura, que é vinculada principalmente no emprego. Ou seja, O indivíduo perde o direito quando aposenta ou quando é demitido, e aí migra para o SUS. Então, em algum momento, de fato, continua a palestrante, vamos ter migração para o sistema público, sobretudo para grupos de baixa e média renda. Com relação ao SUS, Monica afirma que avanços importantes que, por falta de tempo, não irá mencionar em sua palestra. Mas ressalta que o sistema tem 33 anos. Há avanços, mas ainda existem gargalos ainda na oferta.

Gargalos de oferta

Monica repete que existem ineficiências no setor privado e um conjunto de ineficiências muito grandes no SUS. E começa mencionando gargalos na oferta de serviços, citando o baixo acesso a serviços de atenção secundária, “e estou falando de serviços de apoio diagnóstico, terapia e reabilitação, cirurgia eletiva, especialista”, esclarece. E afirma que não temos mecanismos transparentes para definição de porta de entrada e

regulação de fila, o que gera um custo de oportunidade muito elevado para as pessoas, uma insegurança muito grande na possibilidade de ter acesso a esse tipo de serviço. E, como isso não está organizado, a porta de entrada passa a ser o hospital ou o pronto-atendimento, e a população que tem acesso acaba indo para o plano de saúde. Então, continua Monica, de fato, a atenção secundária é um gargalo, e é um gargalo importante e que gera uma perda de bem-estar muito grande. Para ela, não adianta só ter acesso à cirurgia quando se tem um AVC; é preciso ter acesso também à reabilitação.

Outro problema que Monica menciona é a ausência de um médico de referência no sistema. “E estou falando de toda a população ter essa referência.” Não há um cuidado longitudinal, mesmo que tenhamos atualmente o maior programa de atenção primária e termos conquistado avanços. A atenção primária ainda não é a ordenadora da lógica do sistema, ainda não tem esse papel de coordenação. Existe uma cobertura, diz Monica, mas ela ainda não trouxe esse papel que é fundamental para o sistema. Então, com essa ausência ainda de um cuidado longitudinal totalmente organizado, acaba-se observando uma agudização dos eventos, o que gera maiores gastos. E os eventos acabam sendo tratados no ambiente hospitalar, “que é, obviamente, também bastante ineficiente e há vários estudos que mostram isso”.

Em seguida, Monica diz que a anfitriã Ana Maria mencionou um outro problema existente, que é a questão do fracasso na política de regionalização e organização de redes. Segundo Monica, o Brasil tem um sistema que é descentralizado, e é descentralizado municipalista. E essa descentralização municipalista vem com vários ganhos, agrega valor, mas precisa

ser trabalhada também dentro da lógica hierarquizada, e quem responde a isso é a regionalização. Conforme a palestrante, em se tratando de média e alta complexidade, é a regionalização que vai ser capaz de garantir que ganhos de escala, ganhos de escopo e ganhos de eficiência. A seu ver, essa descentralização desenfreada e municipalista, da forma como foi feita, gera várias ineficiências. Os incentivos são no sentido de criar hospitais ou UPAs e etc; ausência de cuidado integral e longitudinal e maiores gastos.

Monica ressalta que sua agenda de reformas é a de fortalecer o SUS e, obviamente, é a agenda que se precisa trabalhar para além da questão do financiamento, “não deixando de lado a questão do subfinanciamento, mas reconhecendo que há uma outra questão fundamental, que é trabalhar com as agendas de eficiência”, ressalta. A partir disso, afirma Monica, fortalecer o SUS também na perspectiva da expectativa que os indivíduos têm em relação a esse sistema. Da visão, da percepção, fortalecer o SUS enquanto instituição de fato. “A partir daí é que acho que se vai conseguir ter mais igualdade e um sistema sustentável a longo prazo”.

Mencionando algumas ineficiências no cuidado hospitalar, Monica cita o percentual muito grande de hospitais de pequeno porte, que têm uma baixa taxa de ocupação. Segundo ela, esses hospitais têm um escore de eficiência de 0,54, ou seja, eles estariam com 46% a menos de eficiência do que a média; — o hospital de grande porte tem 88% — e baixíssima resolutividade. Um outro problema, continua a palestrante, é nosso sistema de remuneração, “e aí estou falando de remuneração de pagamento de prestadores de uma forma geral”, esclarece, explicando

que a remuneração é feita com fontes de financiamento muito variadas. Na verdade, não existe uma clareza sobre custos do cuidado no sistema, exatamente por essa diversidade de formas de financiamento.

Um modelo de reembolso retrospectivo por produção, e parte do sistema se dá dessa forma, que é ruim, que gera incentivos para ampliação de produção; baixos incentivos para qualidade e para redução de custos. E uma tabela de preços de cuidado hospitalar reconhecidamente defasada, que acaba gerando uma distorção de preços relativos muito forte entre os procedimentos, o que, obviamente, altera a eficiência locativa. E essa tabela acaba funcionando só para os grupos que são mais organizados ou grupos oligopolizados. Há ausência de uma política de recursos humanos, diz Monica, salientando que isso ficou muito claro nos últimos governos. E cita por exemplo o Mais Médicos e a dificuldade de fixação de profissionais, principalmente em áreas mais remotas ou áreas rurais.

O Brasil, com essa desigualdade e com esse tamanho continental, e a diversidade, heterogeneidade que tem, conforme Monica é também um problema que tem que ser mencionado. Do ponto de vista de custos hospitalares, é fundamental pensar em sistemas de aferição que incluam as organizações sociais de saúde, para as quais há um mecanismo de transparência ainda muito baixo; aferição de custos municipais. Para Monica, já que o município é esse locus tão central no nosso sistema, é fundamental que os gestores municipais tenham capacidade de fazer uma política de alocação de recursos mais clara, saber o que ganham com determinado uso de um serviço, por exemplo. “É o Ministério da Saúde mesmo encabeçar políticas que permitam ter instrumentos de gestão nesse sentido.”

Monica menciona a criação de um Cartão Saúde como uma identificação única dos dois sistemas, permitindo o pareamento dos dados dos pacientes nos dois sistemas. Para ela, essa providência é fundamental e simples de criar, dada a tecnologia atual.

No cuidado primário, continua Monica, é algo bastante controverso, mas eu acredito muito nisso, haver flexibilização dos tipos de equipe para fortalecimento do papel da enfermeira, principalmente porque, em determinadas áreas, isso, de fato, pode representar uma ampliação da cobertura. Também a obrigatoriedade do médico de família no SUS. “E quando menciono médico de família falo da ideia da referência do sistema, como ocorre em outros sistemas públicos”, esclarece Monica, ressaltando que todo cidadão, independentemente de ter plano público ou privado, tem que se cadastrar em uma estratégia de saúde da família, tem que ter um médico, tem que comprovar para o governo que ele foi lá e que o médico sabe quem ele é, etc. “Ele tem que saber onde buscar cuidado, para o SUS passar a ser parte da vida desse cidadão”, enfatiza. É o fortalecimento do cuidado primário, e seu papel coordenador de fato nesse cuidado longitudinal.

Falando sobre a integração público-privada, uma relação que considera ser complicada e estar imbricada, Monica menciona a criação de um Cartão Saúde como uma identificação única dos dois sistemas, permitindo o pareamento dos dados dos pacientes nos dois sistemas. Para ela, essa providência é fundamental e simples de criar, dada a tecnologia

atual. “Eu sei que, nos idos dos anos 2000, isso foi uma discussão, mas a gente tem condição de resgatar esse tema e fazer essa integração que permite reduzir a utilização, ampliar o ressarcimento ao SUS, acompanhar o superusuário, deixar de fazer um exame no setor público e e também outro exame no setor privado”, diz Monica, esclarecendo que pensa, aqui, não na agenda da eficiência, mas na oportunidade de mudança, “que é uma coisa que eu sei que, volta e meia, aparece, mas não sei se temos fôlego político para fazer”.

A iniquidade do nosso sistema, continua Monica, é muito grande; é um dos sistemas mais desiguais do mundo. E a renúncia fiscal é um mecanismo de ampliação dessa desigualdade. Então, é preciso pensar na possibilidade de acabar com a renúncia fiscal e trazer esses recursos para o SUS, que, hoje, representariam 32% do orçamento do Ministério da Saúde.

E a saúde digital, recurso que, com a Covid, veio com toda a força. A telessaúde, a saúde digital, falando de uma forma mais ampla, que amplia o acesso, amplia a resolutividade, promove o autocuidado, reduz custos, permite maior monitoramento e fiscalização. A telemedicina, que, por causa da Covid, tem quebrado barreiras importantes quanto ao uso.

- É possível aumentar a eficiência do SUS? Como? - Debate 07/10/2020

HARZHEIM

E também quer agradecer à Monica “pela presença e por fazer essa explanação inicial bastante completa sobre o cenário nacional, e poderemos partir dela para debater e discutir algumas coisas”.

começa agradecendo à Fundação Getulio Vargas pela oportunidade, e à Ana Maria, pelo convite, e por conduzir o debate.

“Inicialmente, eu ia falar alguma coisa de eficiência, mas acho que tu, Ana, já falastes disso bem no início”, diz ele, ressaltando que é fundamental essa ideia de que a eficiência realmente é um conceito relativo, não existe de forma absoluta e tem que estar sempre sendo revista, de acordo com o que se tem de potencial de resultado. “Além da tecnologia de informação, e talvez até da tecnologia armamentista, que é algo que evolui de maneira muito muito rápida, como obra humana, talvez o cuidado em saúde, a ciência da área da saúde, tenha uma evolução muito rápida também, e resultados que, ontem, nos pareciam muito bons, hoje são insuficientes do ponto de vista da nossa expectativa”, explica Harzheim.

Segundo ele, temos atualmente um potencial de cura verdadeira. “E não estou falando de cuidado,

estou falando de cura para diversas neoplasias que, há poucos anos, não era viável que isso acontecesse.” A seu ver, quando se lida com essa questão de resultados e expectativas, há uma discussão — “Citando também a Ana Maria de novo” — um pouco clubística em relação ao que se quer do sistema de saúde brasileiro”, explica o palestrante, emendando que não se refere nem ao SUS nem ao privado, mas sim sobre o sistema de saúde no Brasil, que é composto por mais de dois segmentos, porque há o segmento público, o segmento suplementar já há um segmento puramente privado. Pequeno, menor, mas puramente privado, sem seguramento, sem planos. E todos se misturam.

“E ainda por cima, quem consome esse pequenininho puramente privado é quem tem muita muita grana e quem tem

PALESTRANTE:

Erno Harzheim

Faculdade de Medicina da
UFRGS e Clínica Salute

pouca pouca grana, porque o cara que tem pouca pouca grana, quando bate na porta fechada do SUS, ele vende a vaquinha, se tem a vaquinha, e consome o puramente privado, porque ele não compra um plano para resolver um problema, e nem daria”, diz Harzheim, explicando que esse indivíduo paga out of pocket para resolver o seu problema. “Não é à toa que as clínicas populares ocupam um pedaço desse nicho”, menciona. E diz que elas são puramente privadas, não estão no escopo da saúde suplementar. Então, é ainda mais complexo do que talvez outros sistemas.

Determinação da saúde e da doença

Segundo o palestrante, há uma questão de expectativa, que se entende muito bem no Brasil: a determinação da saúde e, conseqüentemente, a determinação da doença. Às vezes, se espera de um sistema de serviços de saúde — que é a denominação mais fiel que a literatura de saúde pública aplica para sistemas sanitários —, que ele seja capaz de enfrentar, praticamente sozinho, a determinação da saúde e da doença. “E queremos não um sistema de serviços de saúde, mas um sistema que seja promotor da vida, e quem promove a vida é a sociedade, não é o sistema de saúde”, enfatiza.

Para Harzheim, alcançar e enfrentar os determinantes, potencializando os positivos e combatendo os negativos, é uma tarefa da sociedade como um todo, e, embaixo disso, do governo como um todo. Obviamente, com um papel tanto de advocacy, como de indução do que seria o setor de saúde propriamente dito, afirma. E pergunta: quem vai chamar essa discussão? “Muito provavelmente vamos ser nós, todo o tempo, e acho que é o nosso papel; mas enfrentar os determinantes?”, questiona. E diz que, se pensarmos no ambiente de Brasília, da Esplanada, tem o sistema tripartite, todo o país é federado, mas aquele desenho ali simboliza um pouco as coisas, a maioria dos determinantes não estão no primeiro prédio da direita de quem olha o Congresso. Não estão. Eles estão muito mais no que, hoje, é o Ministério da Economia, Planejamento, Trabalho, Previdência, tudo está lá

dentro. “Vai ter um pouquinho lá na Cidadania, lá atrás, mas muito menos, porque é compensatório”, diz Harzheim, salientando entretanto que boa parte dos determinantes vai nascer do futuro, do presente da nossa economia, que não é determinada pelo governo. E que, enquanto acharmos que é, vamos sendo um país infantil que espera que o governo resolva todos os nossos problemas.

“Quando a gente fica adolescente, a gente briga com o pai e com a mãe para poder sair de casa”, continua o palestrante. E diz que, nessa mesma linha, temos de brigar com o pai e com a mãe aqui no Brasil, “porque a gente ainda não saiu de casa, ainda não construiu a nossa própria casa; a gente é uma sociedade muito infantilizada”. Frente a qualquer problema, sempre abrimos nossa carta infinita de direitos, e achamos que alguém tem que prover a solução para nós estando de fora. Nesse sentido, ressalta Harzheim, temos de entender que a maior parte da ineficiência do sistema é clínica.

Quem não entender o sistema de saúde como um sistema clínico, não vai resolver o sistema de saúde. “A ineficiência é clínica, ela nasce da clínica, ela cresce na clínica”, enfatiza. “É a lei da caneta do médico que hoje é o teclado do médico, em boa parte dos casos. Continua sendo dali que sai a maior parte do gasto, diz Harzheim: o gasto efetivo e que sai eficiente, o gasto inefetivo e nunca eficiente, “por definição, como tu dissestes, Ana Maria: se não tem efetividade, se não tem resultado, não há que discutir eficiência”.

Então, continua o palestrante, a discussão da eficiência do SUS é quase uma discussão futura, porque, talvez, a gente devesse discutir mais a efetividade do SUS e a efetividade da saúde suplementar, “porque, como a Monica colocou um pouco, que tem problemas parecidos, e eu acho que tem cada vez mais problemas iguais”. Para Harzheim, a natureza dos problemas em ambos esses setores — sem falar do pequeno setor puramente privado — são cada vez mais parecidos, e a grande maioria nasce da má qualidade clínica. “E quando eu falo clínica, só quem não quer entender vai achar que estou me referindo

somente à figura do médico, mas estou falando de toda a prática de atenção à saúde, que vai desde a promoção até a reabilitação”. E obviamente, não é feita por uma única profissão, ressalta: “É feita por uma equipe multidisciplinar que consiga trabalhar em conjunto, algo quase utópico em algum sentido”.

Na visão de Harzheim, dentro do sistema público há dois grandes conjuntos de ineficiência: um menor em tamanho e envolvimento financeiro, que são as atividades-meio, que, quando ficam completamente na conta do gestor estatal, têm enorme dificuldade de conseguirem ser superadas, e acabam travando a prática assistencial. “Então, é difícil manter os insumos em dia; os contratos vencem, as licitações dão em branco, a gente não consegue adquirir o produto que quer, o cara faz uma compra emergencial que fica com preço mais alto ou com uma qualidade pior”, menciona. E diz que tudo isso é dentro de uma necessidade de reforma do Estado brasileiro, que é muito maior do que a reforma administrativa, e que não tem cabimento haver uma lei que ainda rege boa parte da contratação de serviços dentro do setor de saúde público e estatal brasileira, que premia simplesmente o menor preço. “Sei que a Lei 8666 não diz exatamente isso, mas é muito complexo conseguir medir a questão da qualidade dentro desse processo. Os processos de aquisição das atividades-meio, que acabam definindo as atividades-fim, são péssimos na maioria dos municípios brasileiros, diz Harzheim, e não têm como ser muito melhores. Para ele, não adianta fazer cursinho de licitação, ensinar a fazer licitação, porque o modelo está errado. “E enquanto continuar errado dessa forma, vai travar o que é o pior conjunto de ineficiência, que está na prática assistencial”, alerta, citando o trabalho capitaneado por Edson Araújo, do Banco Mundial, que, entre outros, mostrou um pouco o tamanho da nossa ineficiência, “e mostra que essa ineficiência é maior na atenção hospitalar do que na atenção primária”.

Agora, a gente deveria se perguntar: onde está a efetividade maior? A gente tem efetividade maior num e no outro? “Talvez tenha, talvez não tenha; mas é

claro que a gente tem um problema de efetividade tanto na atenção primária, quanto na atenção especializada/atenção hospitalar”, diz o palestrante, ressaltando que não vê nenhuma saída do nosso problema de ineficiência que não passe pela qualificação da prática clínico-assistencial do sistema. E também não vê nenhuma saída que não passe por isso na saúde suplementar. E aí ele iguala os dois segmentos do nosso grande sistema de saúde.

Para Harzheim, dentro do nosso sistema público, essa discussão da regionalização nunca vai dar certo do jeito que é montada. O que define a questão da regionalização é o formato de financiamento da atenção especializada, explica. E enquanto não houver uma reforma do modelo de financiamento da atenção especializada e o Ministério da Saúde for um banco que paga favor a alguns e não a todos, com critérios que, muitas vezes, ficam muito difíceis de entender quais são, não se tem nem como discutir a regionalização, porque a regionalização passa, principalmente, por uma questão de fluxo adequado das pessoas em direção aos serviços especializados e hospitalares que têm maior qualidade, e, tendo maior qualidade, claro que eles têm maior escala.

Segundo o palestrante, esse fluxo gera, por si só, uma questão de iniquidade, porque talvez, em alguns locais afastados, longínquos, remotos ou definidos por outros critérios sociais, tenha uma dificuldade de acesso desses locais com escala em tempo adequado. Então, segundo Harzheim, temos um conjunto de desafios: é o financiamento da atenção especializada hospitalar, é a manutenção do serviço com qualidade de escala, é a morte ou transformação dos serviços que não têm escala e qualidade. “E eu acho que não precisa ser a morte; pode ser a transformação deles; mas alguns vão ter que morrer, porque não tem sentido eu ter uma HPP (Hospital de Pequeno Porte) dentro de um ambiente em que, ao lado, tenho hospitais com escala e outro grau de efetividade, qualidade e eficiência”, ressalta Harzheim. E mais: temos que compensar as iniquidades, algo que passa também pela questão que,

Quem acha que essa atenção primária vai resolver o problema do Brasil, volta para a década de 1970 e tenta resolver o problema da década de 1970 com essa solução.

muitas vezes, não ganha tanta ênfase, mas é fundamental, que é, primeiro, regulação clínica. “Fazemos regulação de acesso administrativo no Brasil, mas não regulação clínica”, ressalta, explicando que no Brasil se faz uma regulação burocrática e administrativa do fluxo dos pacientes, tanto para internação, quanto para consulta ou exames. Enquanto a regulação não for clínica, não soluciona o problema, enfatiza.

E, junto com isso, vem o que nunca é enfatizado, que é o transporte sanitário. Para Harzheim, não adianta regular um paciente, e ele chegar no lugar certo no tempo errado. Então, tem que discutir o transporte. E pode ser uma coisa muito crítica no Brasil, principalmente naquela região em que há menos inserção do privado prestando serviço para o público, embora não signifique que não haja também problema em Estados ditos mais centrais.

Fortalecimento da atenção primária

Para tentar encaminhar o fim da primeira parte de sua fala, diz Harzheim — “E acho até que que não comentei muito, talvez até por motivos óbvios” —, é preciso enfatizar que se não fortalecer muito a atenção primária em ambos os segmentos, não tem saída para a questão da eficiência. E o fortalecimento, segundo ele, não é fazer a atenção primária da década de 1970 e nem a atenção primária da década de 1990, nem a primeira portaria do programa Saúde da Família. A

atenção primária é a do século 21 hoje, ela é outra; ela não é uma casinha em péssimas condições, com uma equipe sem nenhuma estrutura, isolada, achando que é a heroína da saúde do Brasil, com o agente comunitário montado numa bicicleta.

Quem acha que essa atenção primária vai resolver o problema do Brasil, volta para a década de 1970 e tenta resolver o problema da década de 1970 com essa solução. “A atenção primária, hoje, tem que ser altamente tecnológica, tem que carregar muito da telemedicina dentro dela para justamente ter dois pontos presenciais no sistema”, destaca. E menciona que um desses pontos é a atenção primária e o outro é o hospital, “onde a gente sangra e perde pedaço”. Harzheim afirma que não se precisa do pedágio da atenção especializada sendo uma gincana tanto na saúde suplementar, como no SUS, pela qual as pessoas têm que passar para obter o seu resultado. Para ele, hoje há condições para ter centros de atenção primária bastante equipados e com capacidade e potência para conseguir, realmente, resolver uma grande proporção de problemas, inclusive trazendo, virtualmente, os especialistas necessários e profissões complementares para dentro dessa estrutura física. “E quando o sujeito tem que sair dali, ele tem que sair dali para um lugar em que, sinto muito, mas ele vai sangrar, perder um pedaço, ser operado, ser submetido a uma tomografia, a uma ressonância”, diz. Mas ressalta que não tem sentido fazer o

indivíduo caminhar por grandes centros de especialidade e métodos diagnósticos que ainda estão fazendo no Brasil, principalmente no Nordeste, como se fosse uma grande novidade. “E eu aposto com vocês, e aposto bastante dinheiro, que, daqui a cinco a dez anos, vai ser uma sucata, porque essa tecnologia aqui vai transformar tudo isso em sucata”, prevê. E diz ser muito melhor comprar o que está aqui dentro, do que construir, de novo, grandes centros de abordagem de especialidades e diagnóstico terapêutico.

Para terminar, Harzheim afirma ver de maneira um pouco distinta de Monica a questão do setor público e privado. A seu ver, só há uma solução possível com o fim da segmentação. E que hoje se sobrepõe recurso não só na renúncia fiscal, mas na prática assistencial. “As pessoas repetem procedimentos, repetem exames, repetem consultas, repetem internações, e a gente paga duplamente isso para alguns, enquanto não paga nenhuma vez para outros”, afirma.

E complementa que se gasta 9% do PIB, cerca de 50% no suplementar e em torno de 40% no público, “mas a gente não gasta isso para todo mundo”, ressalta, explicando que há uma parcela da população que não recebe nada, e tem

outra que recebe mais do que dobrado. Não em custeio e financiamento, mas em serviço propriamente dito. E aí, diz Harzheim, só tem uma chave: a evidência. E diz que quem não leu o livro do Cochrane², Efetividade e Eficiência, escrito na década de 1960, tem que ler. Porque é na literatura velha que estão as boas respostas. “O Donabedian já falava do valor, né Ana Maria, e agora valor está na moda. Está tudo lá no Donabedian. Incrível, ele era contemporâneo do Cochrane, eles trabalhavam na mesma época e produziram suas melhores obras na mesma década - que não é a de 1970, é a dos Beatles, a de 1960, e dos Rolling Stones, para quem prefere”, diz, explicando que o livro é fininho, pequenininho, e tem todos os conceitos que se precisa para trazer eficiência para o sistema. “E ele basicamente trata da questão da efetividade e da eficiência clínica, porque é disso que a gente está falando”, ressalta.

Harzheim diz ainda que, claro, se precisa de fluxos de regulação clínica, não marcos normativos. E que se olharmos a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), veremos que replica o SUS, “produz uma pá de regulamentos e normas. Tem que botar alguém para

E complementa que se gasta 9% do PIB, cerca de 50% no suplementar e em torno de 40% no público, “mas a gente não gasta isso para todo mundo”, ressalta, explicando que há uma parcela da população que não recebe nada, e tem outra que recebe mais do que dobrado.

² Archibald Leman Cochrane foi um médico escocês que revolucionou a medicina ao defender o uso do método científico para investigar a eficiência e eficácia de tratamentos e doenças. É um dos pioneiros e fundadores da medicina baseada em evidências.

estudar só aquilo para conseguir fazer teu plano de saúde estar adequado com a ANS”, observa Harzheim. Para ele, se normatiza demais e presta atenção de menos no que interessa, que é a pessoa, as suas demandas e a solução para essas demandas. “A gente iniciou esse processo no Ministério, Ana, a gente deixou pronto um processo de substituição da Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) por uma agência de avaliação de tecnologias para o sistema de saúde brasileiro, que serviria para o SUS e para a saúde suplementar”, conta, detalhando que ali seria definido o escopo do que tem que ser pago e do que não tem que ser pago.

O grupo contratado para fazer isso, segundo ele, visitou as melhores agências de incorporação de tecnologia na Inglaterra, na Alemanha, no México, na Austrália, e produziu um documento capaz de reformar a Conitec “e ter uma única agência que conseguisse definir onde o meu dinheiro tem valor, o dinheiro ou do meu bolso, ou da minha empresa, ou de toda a população brasileira através dos impostos, vira valor, porque é onde tem evidência de que minha saúde vai melhorar”. Harzheim ressalta que um pedaço da ineficiência está na nossa inefetividade, está em gastar recurso com aquilo que nem serve para nada. Nessa questão do fim da segmentação, tem outra palavra-chave, que é contrato.

“A gente não sabe fazer contratos dentro do setor público com a iniciativa privada, então contratamos a iniciativa privada esperando ter um resultado e não é o que a gente recebe, e esse é o desafio enorme para conseguir avançar na questão da segmentação”, enfatiza, citando que a ADAPS (Agência Para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde) foi aprovada em 28 de novembro no Congresso, publicada no Diário Oficial da União dia 19 de dezembro, publicado o decreto que a instalava, pelo presidente, dia 20 de março, no mesmo dia em que a portaria de transmissão comunitária da Covid foi publicada pelo Ministério da Saúde.

Diz Harzheim que a esse foi um dos motivos da demissão do nosso grupo de trabalho; essa portaria de transmissão comunitária. “Então, é meio irônico que as coisas tenham acontecido no mesmo dia”, diz, contando que ficou no ministério mais 37 dias e saiu no dia 27 de abril. Nesse período de um mês depois do decreto, relata, houve a primeira reunião do Conselho Deliberativo da ADAPS, no mês de abril, em que se reuniu a diretoria e se aprovou um estatuto provisório, “e depois tudo parou em abril. Têm coisas no Brasil que estão na década de 1970; tem coisas que estão em abril, mas aí a gente escolhe ver onde as coisas pararam”.

Investimento financeiro no setor de saúde o ciclo do Private Equity e o Mercado de Ações

A ANFITRIÃ

Ana Maria de início agradece aos presentes e diz ser um enorme prazer encontrá-los. E particularmente, em nome do FGV Saúde, agradece à empresa ABBVIE pelo apoio dado ao evento, aos professores Alberto Ogata e Wilson Rezende por terem definido o tema deste debate e por terem desenhado como seria esse evento. Segundo Ana Maria, foram eles, em última instância, que fizeram o convite para Marcos Aurélio Faccioli, que é aluno do mestrado profissional¹ para moderar esse debate. Faccioli é o managing director de Investment Banking do Santander e responsável pelos setores de saúde e educação, onde assessorou várias transições de fusões e aquisições, e operações de emissão de ações no mercado de capitais. É graduado em Ciências da Computação pela Unicamp, tem especialização em Administração pela Fundação Getulio Vargas, e um master por Stanford, informa a anfitriã.

ANFITRIÃ:

Ana Maria Malik

FGV EAESP - FGV Saúde

A seguir, apresentando os dois convidados, a quem ela agradece por terem aceito o convite para palestrar no evento, Ana Maria menciona Fernando Pereira, managing director na área de Private Equity do Banco Pátria, onde, nos últimos 14 anos, realizou dezenas de transações de investimento (M&A) ou fusões e aquisições, especializando-se no setor de serviços de saúde. Também ocupa posição no conselho de administração de algumas empresas. Anteriormente trabalhou em fundos de venture capital e como CFO de algumas empresas investidas desses fundos. É engenheiro formado em produção na Poli-USP e tem pós-graduação na Dom Cabral e na Kellogg School of Management.

O outro palestrante convidado é Pedro Calandrino, diretor de Fusões E Aquisições do Grupo Notre Dame Intermédica, conhecido como GNDI. Calandrino é economista pela FEA-USP, trabalhou em diversos bancos e desde 2014 é diretor de Novos Negócios do Grupo Notre Dame Intermédica, a maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiários, onde é responsável pela estratégia de expansão inorgânica do grupo, tendo realizado mais de 25 aquisições nos últimos anos, abrindo novas frentes de atuação em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina. “Agradeço novamente a presença e desejo um bom evento a todos.”

¹ Mestrado Profissional em Gestão para Competitividade – Gestão em Saúde
<https://eaesp.fgv.br/cursos/mestrado-profissional-gestao-para-competitividade-gestao-saude>

MODERADOR:
Marcos Aurélio Faccioli

Santander

- Investimento financeiro no setor de saúde o ciclo do Private Equity e o Mercado de Ações
Debate 24/11/2020

O MODERADOR

Marcos Aurélio Faccioli explica de início que irá fazer uma breve apresentação para contextualizar o tema que estará em debate. A primeira coisa que comenta é o ciclo de financiamento das empresas, ou seja, como uma empresa nasce e como é financiada desde o início, seja pelo próprio fundador ou seja por investidores, pessoas físicas ou até fundos de capital-semente. E, segundo Faccioli, é um processo que ocorre durante o crescimento da companhia. E que é por meio desse tipo de captação de recursos que a companhia consegue, então, financiar o seu crescimento e as suas investidas, seja para crescer organicamente, seja para fazer aquisições.

Segundo Faccioli, esses últimos dois estágios, em que a empresa capta recursos em fundo de private equity ou via Bolsa de Valores, através do mercado público de ações, serão os abordados pelos dois palestrantes. E justifica a escolha, dizendo que o setor de saúde tem despertado demais o interesse desses investidores. “Vamos falar um pouquinho de private equity com a presença do Fernando, que é managing director do Pátria, um dos mais presentes e ativos no setor de saúde no Brasil, e também da experiência do Pedro sobre a posição dele no GNDI, que, já há alguns anos, tem mostrado um tremendo sucesso em captação de recursos e investimento na Bolsa de Valores”, explica o moderador.

Para contextualizar um pouco como esse setor de saúde tem se comportado no Brasil e onde entram esses fundos, Faccioli diz considerar importante pensar como a população brasileira acessa saúde complementar, hoje no país. Trata-se de uma população de 47 milhões de pessoas, número relativo a quem tem planos de saúde registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que atravessa diferentes tipos de modalidades e de operadoras, acessam a prestação de serviço, seja de players independentes — hospitais, diagnósticos, especialidades independentes —, seja utilizando equipamentos próprios, como os hospitais que pertencem às próprias operadoras,

“como é o caso da Intermédica, que tem uma rede hospitalar bastante importante”. Ou seja, diz Faccioli, é uma tendência nova, chamada de virtualmente verticalizada, em que as operadoras fazem parcerias com os prestadores de serviço para alinhar interesse a alinhar recurso, “e aqui entram outros tipos de prestadores de serviço que têm trabalhado dessa forma”, diz o moderador, acrescentando que tudo isso tem acontecido por causa do crescimento e do encarecimento da saúde complementar. Citando números da ANS dos últimos dez anos, nota-se que a quantidade de beneficiários cobertos não variou tanto assim, informa. Há um pequeno aumento durante os anos de menor desemprego, cai um pouco nas exceções, “mas o fato é que, em dez anos, é o número que fica sempre na mesma casa de 45, 46, 47 milhões de pessoas, enquanto o total de receita que essas mesmas operadoras recebem — e isso é registro público na ANS — triplicou de R\$ 74 bilhões para R\$ 211 bilhões”, informa.

Então, continua Faccioli, é possível concluir facilmente que o ticket médio per capita de um plano de saúde triplicou nesse período, o que leva quem paga essa conta — seja o indivíduo, sejam os empregadores— procure soluções mais efetivas, mais eficientes de acesso à saúde. E é importante lembrar, diz ele, que uma das principais causas desse aumento de custo é justamente o novo cenário demográfico e epidemiológico do país, que está sofrendo as consequências de uma mudança na pirâmide de faixa etária, principalmente pelo envelhecimento da população. E isso é observado quando se olha a sinistralidade — isto é, a razão das despesas médicas sobre a receita — que também tem se mantido constante. “Não é porque as operadoras estão ganhando três vezes mais que elas estão triplicando sua margem de lucro”, ressalta,

explicando que os gastos médicos se mantêm no mesmo patamar.

Segundo Faccioli, essa é a dinâmica atual do mercado, o que faz com que as operadoras se organizem de acordo com a segmentação existente. E cita planos mais de nicho, que são superpremiums, e alguns exemplos, como Omint e Careplus. Há também, diz ele, seguradores de livre escolha, que ainda têm um preço relativamente alto comparado com os demais planos, e que têm buscado alternativas de parceria para poder oferecer preços mais competitivos. Ele cita os exemplos da Notre Dame; da Atena, que é uma empresa investida do fundo Pátria; da Hapvida, outra empresa listada em Bolsa de Valores no mesmo setor, e que tem participado com os tickets mais baixos.

Cada vez mais, afirma Faccioli, essas empresas estão conseguindo mostrar, ou procurando mostrar, um alto nível de qualidade e eficiência para convencer os clientes de que podem contar com serviços mais eficientes por um preço mais acessível. Enquanto isso, continua, a Unimed é uma cooperativa médica que hoje tem praticamente 1/3 desse mercado, que está sofrendo essa pressão dos dois lados e está tomando suas atitudes para reagir. “É comum ver situações em que a Unimed estabelece parcerias com prestadoras de serviço para conseguir também ser mais eficiente e mais eficaz no tratamento dos seus pacientes”, diz.

Para quem olha a saúde do ponto de vista financeiro, é caso de muito otimismo, “de que o mercado está se organizando e que a busca por soluções de melhor custo-benefício está acontecendo através da competição”, salienta. Trata-se de algo que considera saudável “e que vai fazer com que o mercado seja cada vez mais interessante tanto para o investidor, quanto para nós, usuários do sistema”.

- Investimento financeiro no setor de saúde o ciclo do Private Equity e o Mercado de Ações
Debate 24/11/2020

PALESTRANTE:

Fernando Pereira

Banco Pátria

O PALESTRANTE

mais de 30 anos e um dos maiores gestores de um tipo de investimento chamado de “ativos alternativos”. E explica que não se trata de investimentos tradicionais em renda fixa, em ações.

inicia, falando que o Pátria é uma empresa brasileira fundada há

O Pátria, hoje, divide-se em quatro grandes áreas: infraestrutura, crédito imobiliário, real estate e private equity, e que, somados, os fundos dessas quatro áreas hoje alcançam R\$ 71,5 bilhões. Esse é o total de ativos sob a gestão do Pátria, “e a maior parte desses ativos, não por coincidência, está no private equity, que foi a área que deu origem ao Pátria, 30 anos atrás”, relata Pereira. Dentro dessa modalidade de investimento de private equity, o Pátria é um dos maiores players e tem como foco não só investir no Brasil, mas também em toda a América Latina, diz Pereira, explicando que em sua função no banco é responsável por prospectar e fazer os investimentos na área de serviços de saúde.

E, para se ter uma ideia, ele diz que quase a metade do montante do private equity está alocado em empresas de saúde. Não só empresas de serviços de saúde, que é onde tem seu foco, como hospitais, clínicas, planos de saúde, mas também outras empresas que estão na cadeia de saúde, como as que fabricam ou distribuem medicamentos para a área de saúde.

As empresas de cuidados em saúde que fazem parte do portfólio atual do Pátria são Athena Saúde, Bio Ritmo e Smart Fit Academia, Natulab, Grupo Elfa, Salus Latam, Víncula, Opty, Farmácias Independente, Evedisa, Alliar Médicos à Frente, Cora Residencial Senior, Sainte-Marie e a AssitCare. É um rol de empresas que inclui operadora de saúde, fabricante de prótese ortopédica, hospital oftalmológico, empresa que tem hospital

de retaguarda, homecare, rede de farmácias, distribuidoras de medicamentos e também empresas de diagnóstico. Na história do Pátria, nesses 30 anos, diz Pereira, chegou-se a investir, ser sócios, e desinvestir de outras empresas da área de saúde. O exemplo mais conhecido, diz Pereira, foi o segundo investimento da área de private equity do Pátria, o Diagnósticos da América, investimento feito no final da década de 1990, com desinvestimento dez anos depois. E nesses dez anos o Pátria fez o IPO da companhia. Foi a primeira companhia brasileira de diagnóstico a ter o capital aberto na Bolsa de Valores, explica. “Hoje, meu papel, então, é buscar novas oportunidades de investimento e também auxiliar essas empresas a crescer e gerar valor”, esclarece.

“Combinado” entre investidor e gestor

Falando simplificada sobre o modo de qualquer private equity investir, não só o do Pátria, Pereira explica que esses fundos têm um “combinado” com os donos do dinheiro, que são os seus cotistas, os investidores. E explica: “O dinheiro que o Pátria investe nessas empresas não é do próprio Pátria. Até tem dinheiro proprietário, mas a maior parte vem de outros investidores institucionais”.

E por que esses investidores dão esse dinheiro para o Pátria usar durante dez anos, comprando e vendendo empresas? “Porque o Pátria promete, depois desse período, devolver um retorno para eles. É daí o nome alternative assets, como

E por que esses investidores dão esse dinheiro para o Pátria usar durante dez anos, comprando e vendendo empresas? “Porque o Pátria promete, depois desse período, devolver um retorno para eles.

é chamada a modalidade desse tipo de investimento onde se enquadra o private equity”, ou seja, diferentemente de um investimento de renda fixa, que tem um retorno fixo, ou do investimento em ações, que tem liquidez, em que o investidor compra e vende na hora que quer, o investidor tem que esperar o gestor, no caso o Pátria, escolher as empresas, fazer esses investimentos, fazer essas empresas valorizarem e depois, de alguma forma, desinvestir. E só então, depois de vários anos, é que o dinheiro volta para o dono, de preferência com o retorno prometido, que gira em torno de 25% ao ano, percentual que é, mais ou menos, no horizonte de cinco anos, é um padrão da indústria. “Isso corresponde a um investidor colocar R\$ 1 e receber de volta R\$ 3 sobre esse capital”, esclarece.

Então, continua Pereira, o que o fundo de private equity procura são projetos que têm esse nível de retorno. E para encontrar esses projetos o Pátria considera quatro dimensões. De início, busca-se um mercado, até antes de achar uma empresa, de preferência que seja resiliente, que tenha um baixo risco — “E o setor de saúde é muito resiliente: vem crise, sai crise, trocam os governos e esse mercado continua crescendo”, diz o palestrante, salientando que essa condição é muito importante para o fundo, porque, pelo período que demora normalmente esses investimentos, não se pode correr o risco de, por causa de uma troca de governo ou um ciclo econômico ruim, seu investimento ir por água abaixo.

Outra característica que Pereira acha

importante é que a escolha caia sobre setores fragmentados, que é o caso do setor de planos de saúde. A vantagem de você ter um setor fragmentado, segundo ele, é que, de um lado, se consegue realizar muitas aquisições e consolidar esse setor; é uma forma de crescer rápido e inorganicamente. Por outro lado, um setor fragmentado quer dizer que não tem um monopólio ou um oligopólio. Isto é, não há um, dois ou poucos players muito grandes que já dominam esse segmento, o que tornaria mais difícil fazer uma empresa crescer na velocidade que se gostaria. “Mas você tem que entrar da forma correta”, alerta Pereira. Simplificando muito o que o private equity faz, continua, é comprar e vender empresas. Então, quanto mais barato você paga — “Embora eu não goste de usar a palavra ‘barato’ porque pode parecer perjorativo” — e quanto mais caro você vende, obviamente, isso favorece o retorno que terá.

“Então, digo que você precisa ter um velho eixo adequado na entrada. Se você faz um investimento pagando muito caro do que o mercado reconhece de valor para essa empresa, dificilmente você vai conseguir, na saída, vendê-la pelo mesmo velho eixo”, explica, esclarecendo que isso é um detrator para o retorno no final do projeto.

Tese de investimento

Mas Pereira salienta que não é só uma questão de preço, porque os fundos, normalmente, associam-se a essas empresas e ao fundador, por exemplo,

dessas empresas. Há toda uma estrutura contratual que vai determinar as regras pelas quais essa empresa será gerida, e é muito importante que essa estrutura seja adequada, que o fundo tenha autonomia para fazer o que ele pretende fazer; que essa estrutura, por exemplo, não atrapalhe, lá na frente, a saída do fundo. “O fundo tem que estar livre para exercer as alternativas que planejou como empresa de investimento”, salienta. E aqui, segundo Pereira, talvez esteja a dimensão mais complexa e a mais importante: ter uma tese de investimento. Um fundo não compra uma empresa só porque está barata, ou só porque achou legal aquela empresa. “Para a gente entregar esse nível de retorno, de triplicar o valor dessa empresa num horizonte de cinco anos, não basta investir numa empresa boa que cresce 10% ao ano; o que dá essa impulsionada no crescimento de uma determinada empresa acima do que o mercado cresce é justamente você ter o que a gente chama de uma tese de investimento”, diz ele, explicando que tal tese pode ser uma inovação, algo que vai trazer um diferencial competitivo e que só essa empresa tem — e portanto ela vai roubar market share das outras empresas — ou uma estratégia de posicionamento de mercado, ou pode até ser uma empresa que está num segmento que ainda é pouco profissionalizado e que ainda existem muitos gaps, muita ineficiência. Nesse caso, afirma o palestrante, talvez a sua tese seja profissionalizar a gestão dessa empresa para torná-la mais eficiente, mais lucrativa.

Ou seja, no final, é essa tese que vai permitir a valorização do ativo em si da empresa, seja por um crescimento de receita muito acima do que o mercado, como um todo, cresce; ou seja para um crescimento na última linha, um crescimento de margem de lucratividade. E, por último, o que os fundos olham na hora que estão ainda numa etapa inicial, avaliando uma oportunidade é “como eu saio, como eu realizo meu ganho”. “Existe até um ditado que diz que, em uma casa, o vento só entra pela porta da frente se tem alguma janela aberta”, ilustra, explicando que, para o private equity é a mesma coisa: nunca se vai entrar, investir numa empresa, se não consegue visualizar como que, daqui

a alguns anos, se conseguirá sair. Esses fundos precisam, em algum momento, desinvestir para devolver o retorno ao seu investidor, afirma Pereira.

Falando do processo de crescimento de uma empresa, só para explicar o que isso significa na prática, Pereira cita que para sair de um faturamento de R\$ 440 milhões e ir para um de R\$ 3 bilhões é mais do que seis vezes. Mas, para uma empresa sair de um faturamento pequeno de R\$ 30 milhões e passar a um de R\$ 500 milhões, não basta ser uma empresa boa, “porque empresas simplesmente boas crescem acima do PIB, acima da inflação, mas não têm essa curva de crescimento”, explica. Para ter essa curva de crescimento, certamente é porque tem uma tese por trás desses investimentos, que podem ser enes — existem enes possibilidades de conseguir fazer uma empresa crescer muito acima do que todo o restante daquele setor cresce. “E é isso que os fundos de private equity buscam: empresas que têm crescimento, seja de receita ou seja de lucro líquido, porque, no final, é isso que vai determinar o valor de uma empresa totalmente fora do mercado.”

A indústria de fundos de private equity, continua Pereira, tradicionalmente, trabalha em dois modelos de atuação. Pegando extremos, e, dentro desses extremos, há variações do mesmo tema, num lado mais passivo, existem vários fundos que gostam de fazer investimentos minoritários, e a participação desses fundos nessas empresas, muitas vezes, é bem passiva, diz o palestrante. Limita-se a participar do conselho de administração dessa empresa, com presença nas reuniões mensais. Nessas reuniões, esse fundo, normalmente, por ter uma participação minoritária — 10%, 20%, 30% — não vai para as reuniões de conselho para, sozinho, tomar decisões; mas ele vai para contribuir, para participar das decisões estratégicas. Então, aqui nesse extremo, está esse perfil de fundos mais passivos, em que a participação deles na gestão e no dia a dia das empresas em que investem é muito baixa, muito pequena. “Eu brinco que é o fundo que senta no banco do passageiro, e alguns até sentam no banco de trás, dependendo da participação, do quanto esses fundos querem entrar na

Nessas reuniões, esse fundo, normalmente, por ter uma participação minoritária — 10%, 20%, 30% — não vai para as reuniões de conselho para, sozinho, tomar decisões; mas ele vai para contribuir, para participar das decisões estratégicas.

gestão da empresa.”

No outro extremo, estão os fundos que compram 100% de empresas ou querem participação de controle, sempre mais de 50%. E aqui estão fundos que literalmente trocam toda a liderança e a gestão da empresa. “Vão lá, gostam da empresa, compram 100%, pedem saída de fundadores que eventualmente estavam ainda ocupando posições executivas e colocam no lugar um presidente, um CFO. Repõem toda a diretoria e administram a empresa como querem.

E aqui Pereira salienta que não existe um método de agir certo ou errado. Um extremo ou outro: “É uma questão de estratégia, de perfil de investimento, do que esses fundos prometeram para os seus cotistas”. Se iria ser um fundo mais passivo, investir em várias empresas, e normalmente, segundo Pereira, o fundo mais passivo consegue investir em muito mais empresas do que um fundo que é totalmente ativo, compra controle, porque este precisa de muita gente, “precisa de braço para ir colocando nessas empresas”. É um trade-off, diz Pereira. Há vantagens e desvantagens em ambos os modelos.

Modelo associativo

O Pátria, continua o palestrante, não está em nenhum desses extremos, porque atua num modelo que se chama de associativo. E explica que, normalmente, compram-

se participações maiores que 50%, mas nunca de 100%, “porque acreditamos que sempre o fundador, o empreendedor que está liderando aquela empresa em que vamos investir entende mais do que nós do negócio dele”. Então, o Pátria nunca tira esse empreendedor, mas associa-se a ele, buscando ter um papel ativo, sim, mas junto com ele. Como? A maneira é ajudar naquelas áreas em que esse empreendedor tem uma deficiência. Segundo Pereira, esse é um dos motivos pelos quais o nome do Pátria é pouco conhecido fora do mercado financeiro. “Difícilmente, você vai escutar: ‘Tal empresa é do Pátria’”, diz Pereira, explicando que, normalmente, as pessoas se referem às empresas pelos nomes dos sócios do Pátria nessas empresas. E cita a SmartFit do Eduardo Corona, o Dasa, a Diagnósticos da América, do doutor Caio Auriemo. “Nós construímos os projetos junto com esses empresários, isto é, estamos está no meio dessa régua que mencionei, com esse modelo associativo”, ressalta.

Pereira explica ainda que o papel do Pátria, além de participar do conselho de administração, com uma posição bem ativa — na maioria dos casos, inclusive, definindo estratégias, porque, normalmente, o banco tem mais do que 50% dessas empresas —, também tenta ajudar e apoiar os empreendedores na execução dos seus projetos. Diz ainda que é comum, por exemplo, indicar e

contratar para essas empresas, quando elas não têm, um diretor financeiro, uma pessoa de desenvolvimento de novos negócios. “Enfim, nossa atuação vai desde o início mais high level de conselho de administração, até apoiar o empresário no dia a dia da empresa.”

Pereira levanta ainda a questão da qualidade dos serviços prestados e a busca por investimentos que deem retorno de 25% ao ano. Ou seja, como se equaliza ou equilibra a busca pelo retorno financeiro com a qualidade da atenção à saúde? E aqui Pereira diz lembrar-se que, há dez anos, quando o Pátria investiu, nas Faculdades Anhanguera, tinha uma pergunta que sempre faziam, “e até acredito que a origem dessa pergunta era um pouco histórica”. E aqui Pereira explica que, no Brasil, há 20 anos, praticamente todas as instituições de ensino, assim como grande parte dos hospitais, sempre eram sem fins lucrativos, filantrópicas. Ou eram instituições como a Santa Casa, ou grupos que eram associações religiosas ou instituições do próprio SUS, que são sem fins lucrativos pela natureza em si. Ele acha que o forte investimento do Pátria nas Faculdades Anhanguera à época deve ter assustado bastante as pessoas, “que se perguntavam como alguém quer ganhar dinheiro com algo tão nobre; com educação naquela época e hoje com saúde”.

A seu ver esse dilema não existe. E dá um exemplo: se a instituição ter lucro fosse sinônimo de mau atendimento, então, fazendo um contraexemplo, o SUS, que não visa a ter lucro, seria o melhor atendimento do planeta. “E, na verdade, a gente sabe que não é assim que funciona”, diz. “Como eu vejo esses investimentos privados na área de saúde?”, pergunta. E sua resposta é que eles apenas desenvolvem a

qualidade do atendimento, porque, quanto mais lucro um hospital tenha, ou quanto maior um hospital seja, ou quanto mais investimentos um hospital tenha, mais condições financeiras tem de reinvestir na qualidade do atendimento, em tecnologia, em inovação, em abrir mais unidades. “Então, acho que essa questão é mais um paradigma um pouco histórico, do que a gente era acostumado a ver anos atrás”, diz Pereira, emendando que isso envolve um ponto que ele acha que autorregula essa dicotomia: “Por hipótese, o hospital que só pensa em lucro, que quer ter muito lucro, no médio prazo, vai quebrar, vai deixar de existir e o lucro dele vai virar zero, porque precisa existir um equilíbrio entre o quanto você quer aumentar sua margem de lucro — e aumentar margem de lucro é legítimo, é bom, porque você consegue, inclusive, reinvestir esse lucro — e o quanto quer atentar para o nível de qualidade de atendimento. Se isso não for equilibrado, salienta o palestrante, o hospital vai começar a ter um NPS² baixo, os médicos vão deixar de recomendar essa instituição e a própria vida real vai ser responsável por fazer esse hospital quebrar. E os os investidores, os gestores de hospitais privados sabem disso e buscam o equilíbrio.

E aí vem a pergunta: qual é o máximo de lucro que se consegue ter desde que a qualidade seja excelente? Pereira diz que, no mundo da saúde, hoje, desenvolvido como está, todo mundo sabe isso. E explica: em primeiro lugar, vem a qualidade; depois busca o lucro. “Essas duas variáveis têm patamares diferentes, não dá para juntar. Se juntar, você vai ter um problema; é dessa forma que eu enxergo”.

² Net Promoter Score[®] é uma métrica desenvolvida para medir os níveis de lealdade do cliente

- Investimento financeiro no setor de saúde o ciclo do Private Equity e o Mercado de Ações
Debate 24/11/2020

CALANDRINO

inicia sua fala contando que a Intermédica foi fundada em 1968 por um médico, o doutor Paulo Barbante, e que de 1968 até 2014 permaneceu como uma empresa familiar. Em 2014, doutor Paulo vendeu 100% da Intermédica para um fundo de private equity, o Bain Capital, um fundo americano, com um histórico muito forte de atuação no setor de saúde. e que já tinha sido acionista de redes de hospitais, farmacêuticas, laboratórios nos Estados Unidos, na Ásia, na Europa e começou seu investimento em saúde no Brasil pela Intermédica. Então, em 2014, a Bain assumiu 100% da companhia, e basicamente começou lá um processo de profissionalização, mudando do modelo da gestão familiar, extremamente centralizado no gênio que é o doutor Paulo, por ter fundado a companhia e ter conseguido leva-la até onde ela chegou em 2014.

PALESTRANTE:

Pedro Calandrino

Grupo NotreDame
Intermédica

No período de 2014 a 2018, continua Calandrino, aconteceu todo esse processo de profissionalização capitaneado pela Bain, que, em 2018, culminou na abertura de capital. Nesses dois anos e meio de capital aberto, diz ele, houve continuidade do plano de expansão. “E vim parar na Intermédica porque, como assessor do doutor Paulo Barbante na época da Intermédica, assessoriei a ele e a família na venda para a Bain Capital, e a Bain percebeu o quanto esse mercado era fragmentado no Brasil”, numa realidade muito diferente do que já havia nos Estados Unidos e na Europa, com toda a consolidação do setor de saúde. Então, continua Calandrino, após a aquisição, foi criado o departamento de Novos Negócios, que ele dirige desde 2014 e que é responsável pelas aquisições e por todo o crescimento inorgânico e investimentos de grande porte do grupo. Ele informa que foram 29 aquisições desde 2014, que levaram a Intermédica a ser, hoje, a maior operadora de saúde do Brasil em número de beneficiários. E explica que a Intermédica opera nesse modelo verticalizado, em que é dona quase que da cadeia inteira de prestação de serviços de saúde, que envolve clínicas de consultório médico, laboratório de coletas, clínicas de imagem, de exames e diagnóstico,

hospitais. “Desde o procedimento mais simples até o mais complexo, quase que toda a cadeia de serviço de saúde, conseguimos fazer nas nossas próprias infraestruturas”, explica, informando que atualmente a empresa tem mais de 90 clínicas, aproximadamente 30 hospitais e operações, e uma presença muito forte nos Estados do Sudeste e agora, Sul do Brasil, com as aquisições recentes.

Falando da transição de ser uma empresa da Bain Capital e passar a ser posteriormente de capital aberto, Calandrino diz que a seu ver são dois momentos bem distintos. O período da entrada da Bain Capital, segundo ele, foi essa conversão de empresa familiar para uma empresa profissionalizada, trazendo muita gestão e todos esses pontos. Na segunda etapa, que foi a abertura de capital em 2018, entra a questão da governança, ainda mais no caso da Bain Capital, que era dona de 100% da Intermédica. Ou seja, não havia compartilhamento de decisões com outros sócios, era um controle absoluto da companhia. Mas, após a abertura de capital, vem a instituição de um conselho fiscal, membros independentes no conselho de administração, relatório de sustentabilidade, um tema que, segundo ele, sempre teve atenção da empresa,

“Como o Fernando comentou, geralmente um fundo de private equity faz um plano de investimento com uma previsão de saída de cinco anos. A partir do momento em que a Bain optou pela abertura de capital, acho que é um caminho sem volta para perpetuação da companhia”

“mas uma empresa de um dono só não precisava mostrar para ninguém, não precisava falar para ninguém. A partir do momento em que se faz a abertura de capital e tem uma base de acionistas pulverizada, precisa começar a mostrar mais o que faz”, explica, dizendo que é como se fosse um marketing de relações com investidores, que inclui por exemplo participação em conferências fora do Brasil, e tomar as decisões do dia a dia de forma muito mais estruturada. Antes da abertura do capital, conta Calandrino, mandava-se um e-mail para os sócios da Bain Capital, tomava-se uma decisão “e pronto, era fácil”. Agora, há todo o rito de passar pelos comitês internos, de passar pelo conselho, com o voto dos membros independentes. Para ele, que passou pelo processo da profissionalização, do início da Bain — “É acho que o Fernando comentou muito bem essa gestão de choque que o private equity faz” —, o caso da Intermédica foi bem curioso, porque a Bain comprou 100%, mas não houve grande troca de gestores e sim mais adição de novas pessoas ao time.

Calandrino conta que o fundador, doutor Paulo, era o presidente, era o diretor de novos negócios, era o diretor de marketing, “era o diretor de tudo e tocava a companhia muito bem”, relata. A diferença que teve com a entrada da Bain, segundo ele, foi essa introdução de novos gestores, novas vice-presidências e, com a abertura de capital, toda essa questão de processos de tomada de decisão e compartilhamento

de riscos e de reporting para o mercado. Além disso, continua, há também a questão da perpetuação da companhia: “Como o Fernando comentou, geralmente um fundo de private equity faz um plano de investimento com uma previsão de saída de cinco anos. A partir do momento em que a Bain optou pela abertura de capital, acho que é um caminho sem volta para perpetuação da companhia”, afirma. Hoje, a Intermédica vale cerca de R\$ 40 bilhões na Bolsa, informa Calandrino, e isso torna difícil ver qualquer outro futuro para a companhia que não seja continuar crescendo e se perpetuando, dificilmente passando para outros controladores.

Segundo o palestrante, a abertura de capital foi muito importante porque passou esse sentimento de ownership dos gestores e essa responsabilidade com a perpetuação da companhia, seja na tomada de decisão com investimentos, novos produtos ou novas áreas de atuação.

A escolha de onde investir

Abordando a forma de a Intermédica decidir por algum investimento, Calandrino diz que seriam quase os mesmos que foram apontados por Fernando Pereira: “Para uma companhia de capital aberto, eu diria que é praticamente a mesma coisa, exceto pelo pilar de mercado (setor de atuação) e saída”, diz ele, explicando que o setor de atuação já está definido que é o de saúde, que é o setor da companhia. “É o último pilar que o Fernando apresentou,

que é a saída, no nosso caso, não tem essa preocupação, porque a Intermédica, no fundo, tem a ideia da perpetuação da companhia”. A busca, diz Calandrino, é pelo crescimento de receita, por sinergias operacionais, melhorias de produto. E cita alguns exemplos. Em 2015, a Intermédica adquiriu a Santo Amaro, que é uma operadora de saúde focada na Grande São Paulo e que tinha dois hospitais, um na Zona Sul e outro na Zona Leste. Era uma operadora fundada por sete sócios médicos, já estava num estágio de desenvolvimento e de crescimento baixo, e os sócios já com uma idade um pouco mais avançada. Para a Intermédica, diz ele, era uma aquisição perfeita, porque os hospitais estavam com baixa ocupação, baixa rentabilidade. “E, no caso da Intermédica, para operar um modelo verticalizado, é como se tivéssemos o poder de direcionar os pacientes para as nossas clínicas, para os nossos hospitais”, salienta. Então, um hospital com baixa ocupação, com baixa rentabilidade, casava perfeitamente com a necessidade que a Intermédica tinha por leitos na Zona Leste e na Zona Sul. Após a aquisição, os pacientes da Intermédica foram direcionados para esses dois hospitais. Já tinham todo instalado, então a rentabilidade desses hospitais aumentou drasticamente e a percepção de qualidade, para os beneficiários, foi muito boa. A Intermédica, relata, investiu nos hospitais, fez reformas e troca de equipamentos. “Foi um ganho para os beneficiários da Intermédica,

para os acionistas da Santo Amaro, que tiveram a saída deles, suas aposentadorias, e para os acionistas da Intermédica, que tiveram todo esse crescimento de receita, crescimento de margem, ganhos de eficiência etc”, relata Calandrino. Segundo ele, pode-se dizer que os critérios são muito parecidos com o de um private equity; a diferença é que o setor já está definido e não é preciso se preocupar com a saída, porque o fim é a própria destinação dos ativos para a Intermédica.

E diz ainda que o exemplo citado, da aquisição da Santo Amaro, que tinha um hospital da Zona Sul e outro na Zona Leste, mostra também um ponto muito importante para a estratégia de aquisição que é a questão da complementariedade geográfica. E, para operar esse modelo verticalizado, é preciso ter densidade de beneficiários. “Não adianta eu comprar um hospital numa praça onde não tenho atuação nenhuma e onde não tenho previsão nenhuma de atuar”, ressalta, dizendo que o caminho é ter hospitais em praças onde se quer vender plano de saúde para atuar com esse modelo verticalizado, onde se consegue ter eficiência máxima na gestão do ativo fixo do hospital, na clínica, e conseguir oferecer um plano de saúde mais barato. Por isso, a Intermédica busca sempre ativos próximos das regiões onde já atua. E diz que em 2014 e 2015 foram considerados muitos ativos na Região Metropolitana de São Paulo, num raio de 100 quilômetros de São Paulo; depois, alargou-

“Não adianta eu comprar um hospital numa praça onde não tenho atuação nenhuma e onde não tenho previsão nenhuma de atuar”

se para ativos mais no interior: Mogi das Cruzes, Sorocaba, por exemplo. E mais recentemente Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina.

Calandrino explica que a Intermédica acredita muito nesse crescimento por cinturões geográficos, que possibilita uma sinergia operacional entre os ativos — por exemplo, um hospital em Americana, adquirido recentemente, tem uma sinergia operacional muito grande com Campinas; são municípios próximos — seja gestão de insumos para o hospital, compra de OPME, toda a parte logística. E explica ainda que, além do grande ganho de eficiência operacional, há também a questão comercial.

Um beneficiário de um plano verticalizado, primordialmente, tem acesso à rede própria de atendimento, explica Calandrino. “Então, se eu tenho rede própria em Campinas, mas não em Americana, dificilmente vou conseguir vender plano de saúde para uma empresa que tenha o escritório comercial em Campinas e uma unidade fabril em Americana”, detalha, dizendo que é preciso ter estrutura nas duas cidades onde essa empresa está presente. Então, essa complementariedade geográfica, na hora de fazer as aquisições, além da eficiência operacional, traz esse ganho comercial de tornar o produto mais atrativo para as empresas da região, o que favorece a venda para novos beneficiários. O palestrante informa que a Intermédica passou, por crescimento orgânico ou por aquisições, de 1,5 milhão de beneficiários em 2014 para 4,3 milhões no final de 2020, considerando as aquisições que foram anunciadas.

Comentando sobre a operação na Bolsa de Valores, e de como a qualidade de atendimento pode ser vista por investidores que compram e vendem ações todo dia, Calandrino diz querer fazer uma “brincadeirinha”: “A gente tem, às vezes, a impressão de que o investidor de Bolsa é todo mundo igual ao Lobo de Wall Street, que é um bando de louco que

quer comprar e vender no dia seguinte.” E, sim, diz ele, há esse tipo de investidor, com certeza, mas numa empresa como a Intermédica, com um valor de mercado de R\$ 40 bilhões, com 80% das ações no mercado, em livre circulação, a grande maioria dos investidores são de longo prazo. São fundos que estão preocupados com a sustentabilidade do negócio e que estão sim preocupados com a qualidade e até forçam a Intermédica a fazer o mesmo. A questão do ESG (Environmental, Social and Governance), que está tão em voga hoje, diz Calandrino, foi um movimento muito puxado pelos grandes fundos americanos e europeus na exigência que as investidas tenham práticas adequadas de ESG.

Então, com investidores de longo prazo que estão preocupados com a sustentabilidade do negócio, “não adianta querer economizar na qualidade para ganhar e ter um trimestre de lucro muito bom, e no médio prazo, perder os meus beneficiários por conta da qualidade do serviço”. E mais: é preciso ter qualidade para trazer beneficiários de outras operadoras que têm um ticket mais elevado que a Intermédica. Como? “Mostrando que a qualidade médica não se discute. É o que o Fernando comentou: não é a qualidade médica que a gente está colocando em questão aqui para reduzir custo; é mais a questão de eficiência”, afirma. “E tenho que ser eficiente o suficiente para trazer o beneficiário que não tem plano de saúde”, isto é, aquela padaria, aquele açougue, o mercadinho que não tenha o plano de saúde. E, com a Intermédica oferecendo um ticket médio de R\$ 200 reais por mês, é possível oferecer o plano de saúde para o seu beneficiário que, antes, dependia do SUS. “Ter esse balanço de qualidade, mas com eficiência, para ter um custo acessível, é a nossa missão, o jeito que a gente enxerga o investimento no setor de saúde. A qualidade médica não se discute; o que buscamos é eficiência máxima”, salienta.

30º. SEMESTRE DE DEBATES FGVSAÚDE

▪ Debate 08/12/2020

<https://www.youtube.com/watch?v=9jVP6KRW3I0>

Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021

A ANFITRIÃ

Ana Maria inicia com um agradecimento à empresa ABBVIE pelo apoio dado ao evento, feito desta vez de forma on line. E que o tema escolhido para debate “é uma visão de esperança: “Temos trabalhado bastante com mensagens positivas nos últimos dias”, diz ela, citando o tema a ser debatido que é “Quais são os caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021”.

ANFITRIÃ:

Ana Maria Malik

FGV EAESP - FGV Saúde

Falando sobre a pandemia da COVID-19, Ana Maria comenta que são conhecidas as grandes consequências econômicas e sociais no mundo inteiro e que ainda desconhecemos seus efeitos a longo prazo. “Só me lembro que tinha gente que, há algum tempo, falava diretamente que no final do ano já seria o pós-pandemia. E a gente percebe que não está correto, infelizmente”, lamenta. Diante dessa situação então, há uma série de fatores, além das medidas sanitárias e

médicas para o controle da pandemia, que precisam ser considerados, como alguns dos determinantes sociais, as condições crônicas, seus fatores de risco, todas as desigualdades – “nas quais o Brasil é PHD” – e o acesso aos cuidados. São aspectos que precisam ter prioridade, diz a anfitriã, e serem incluídos na agenda dos profissionais e das organizações da saúde.

Ana Maria agradece em seguida aos professores Alberto Ogata e Wilson Rezende, que são os idealizadores da

agenda de debates nesse semestre. E menciona o moderador da noite, que é Ogata. Agradece também a presença dos convidados: “São três pessoas que eu sempre acho que vale a pena me deslocar para ouvir. Agora não preciso nem me deslocar porque estou em casa e é só ligar a internet para ouvi-los”. São eles Marcia Castro, Jarbas Barbosa da Silva Júnior e Deborah Malta. Sobre Marcia Castro, informa que é chefe do Departamento de Saúde Global e População na Faculdade de Saúde Pública da Harvard, a T.H. Chan School of Public Health. Também é codiretora do Programa de Estudos Brasileiros do Rockefeller Center For Latin American Studies, faz pesquisa sobre doenças infecciosas, modelos de análises espacial e mortalidade no Amazonas; é graduada em Estatística pela UERJ, fez mestrado na Federal de Minas Gerais e é PHD em demografia pela Universidade de Princeton. No ano passado, Marcia foi objeto de uma matéria da Revista Piauí, “então é uma celebridade”.

Sobre o professor Jarbas Barbosa da Silva Júnior, Ana Maria informa que é subdiretor na Organização Panamericana de Saúde (OPAS), médico formado na Universidade Federal de Pernambuco, especialista em saúde pública e epidemiologia na ENSP, mestre em ciências médicas e doutor em saúde pública, pela UNICAMP. Teve diversos cargos técnicos e de chefia no SUS, entre os quais: secretário municipal de Saúde de Olinda e secretário estadual de Saúde de Pernambuco. Trabalhou bastante com epidemiologia no Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e foi secretário de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde, tornando-se secretário-executivo do ministério. Já na OPAS, trabalhou muito tempo como membro da delegação brasileira na OMS, como presidente do comitê executivo organização, entre outras

funções, das quais as duas posições mais recentes foram a de diretor-presidente da ANVISA e, desde 2018, subdiretor da Oficina Sanitária Panamericana de Saúde em Washington, “onde está passando mais frio do que nós que estamos no Brasil. Ele e a Marcia não estão com frio, mas estão em um clima e em fuso horário diferentes do nosso”, comenta Ana Maria.

Quanto à terceira convidada, Deborah Carvalho Malta, a anfitriã informa que é médica, professora associada e pesquisadora da Escola de Enfermagem da UFMG. Tem doutorado em saúde coletiva pela UNICAMP e pós-doutorado pela Universidade Nova de Lisboa no Instituto de Higiene e Medicina Tropical em avaliação de saúde. Foi coordenadora-geral e diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde do Ministério da Saúde. Atualmente, compõe o comitê científico do Global Burden of Disease (GBD) em Seattle e coordena o grupo de pesquisa do grupo no Brasil, além de coordenar também o Observatório de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Mencionando o tema do debate, Ana Maria pergunta: “Quem é que não quer saber o que vai acontecer em 2021, seja como for?” “Mas, mais ainda, para ter brasileiros mais saudáveis, que acho que é o meu sonho”, afirma. E levanta as questões de o que vai acontecer na política? O que vai acontecer na economia? O que vai acontecer com a vacina? O que vai acontecer com as outras doenças? O que vai acontecer no país? “Sei sei que ninguém aqui trouxe bola de cristal, mas considero que é uma oportunidade de ouvir pessoas que têm conhecimentos superimportantes e debater com eles”, diz Ana Maria, agradecendo novamente a presença dos três convidados e ao professor Ogata, por ter aceito coordenar o evento.

- Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021
Debate 08/12/2020

O MODERADOR

Alberto Ogata começa manifestando sua alegria ao encerrar o ano e mais

esse semestre de debates do FGV Saúde com esses três convidados para discutir esse tema. “Acho que o tema é muito oportuno e os nossos convidados certamente nos ajudarão a refletir, a buscar caminhos para que a gente ajude a ter brasileiros mais saudáveis em 2021”, enfatiza, salientando que realmente desde março deste ano as pessoas, as cidades, o país, o nosso planeta não são mais os mesmos. E muitas vezes, diz ele, pensamos em trazer esse debate, porque o setor de saúde com frequência pensa que trazer saúde passa pela ótica da operação, com o pensamento de discutir testagem, tratamento, vacinação...

MODERADOR:
Alberto Ogata

FGV Saúde

”Mas sabemos que, mesmo que consigamos a vacinação em massa, o mundo não vai ser mais o mesmo. Isso está claro para nós”, salienta Ogata. Referindo-se ao Brasil, diz que algumas pessoas passaram a naturalizar esse patamar alto de mortes que estamos tendo. Mas afirma que esse fenômeno também não é novo, porque para muita gente são naturais as nossas taxas de morte por violência urbana, as taxas de morte por condições crônicas, a questão do racismo estrutural. “Então, tornar natural, entre aspas, essas coisas, passou a ser quase uma coisa comum em nosso país. E a gente aprendeu que a pandemia atinge a todo mundo, sem distinção”, diz Ogata, mas que também aprendemos que é variável. Depende do território, da renda, do acesso à atenção a saúde, ou até da possibilidade de fazer algum tipo de isolamento social. E, “infelizmente” também cada vez mais aprendemos a importância do nosso Sistema Único de Saúde, que cada vez mais é valorizado, “felizmente”. E vemos ainda

que o desemprego está atingindo taxas recordes e os auxílios emergenciais estão acabando. E continuam os problemas de saneamento básico e de insegurança alimentar. São fatos que aumentam a questão do risco da própria COVID-19.

Ogata menciona ainda que aprendemos com o GBD, com a professora Deborah, o quanto isso tem impactado em termos de anos vividos com incapacidade ou mortes prematuras. “No entanto, como a professora Ana Maria colocou, certamente esses momentos difíceis têm contribuído para que a gente repense nossos valores, nossa relação com o planeta, com o meio ambiente. E que se busque um alinhamento virtuoso, que é isso que estamos buscando”, afirma. Assim, dentro dessa perspectiva, diz o moderador que o FGV Saúde não poderia estar mais feliz em reunir a professora Marcia, a professora Déborah e o professor Jarbas para trazer o conhecimento, a visão e a experiência para discutir esse tema.

- Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021
Debate 08/12/2020

ANTES DE MAIS

nada, Marcia diz querer agradecer imensamente o convite. E que é uma honra participar dessa conversa, fechando essa série de debates do FGV Saúde. Quanto ao tema do evento, Marcia diz achar importante refletir um pouco sobre qual vai ser a saúde do brasileiro no ano que vem. E pensar que não é só o Brasil, mas o mundo inteiro que está doente neste momento. E diz então que irá falar dos desafios que vamos ter em termos de saúde no contexto brasileiro – “E o contexto é absolutamente chave nessa discussão”, salienta Marcia. A seu ver, o contexto envolve os determinantes sociais de saúde, que é um modelo conceitual usado em saúde pública. E que, segundo Marcia, engloba tudo: vai do nível individual, domicílio, comunidade, a aspectos políticos, ambientais, etc.

PALESTRANTE:

Marcia Castro

Faculdade de Saúde Pública da Harvard

Com relação aos determinantes sociais de saúde, comenta uma tabela que mostra diferentes variáveis e as desigualdades estruturais, para o racismo estrutural, para questões de inequidade que estão enraizadas nos diferentes países. “Então, é

absolutamente fundamental que se tenha esse olhar para entender onde estávamos antes da pandemia, onde estamos indo com a pandemia e como se pode tentar mitigar esses problemas no futuro”, salienta.

Tabela 1.

Determinantes Sociais de Saúde

Social	Desigualdades, racismo, pobreza, fome, educação, acesso ao direito de voto, direitos humanos, igualdade de gênero, estigma
Política	Políticas públicas, regime de governo, exploração/colonialismo, diplomacia, compromissos globais
Ambiental	Urbanização, qualidade da moradia, infraestrutura, manejo de recursos naturais, clima
Demográfico	Estrutura etária, transição demográfica (fecundidade, mortalidade), migração, comorbidades
Econômico	Emprego, renda, globalização, dívida pública, aquisição de insumos, transporte
Saúde	Acesso à saúde, custo, qualidade, cobertura, universalização, prevenção/conhecimento, disponibilidade de profissionais/serviços

Segundo a palestrante, antes mesmo de a COVID chegar, já tínhamos um cenário que era um desafio. E que após alguns anos trilhando o caminho certo para a redução das desigualdades, a crise econômica de 2015 criou uma reversão nas tendências de redução. E termina-se 2018 com um nível de desigualdade maior do que começamos em 2012 e com um nível de pobreza ainda maior. Alguns economistas já estão começando a levantar a hipótese de que a década de 2010 seja outra década perdida no Brasil. E só para dar uma ideia, continua Marcia, em 2019 os 10% mais ricos na sociedade brasileira concentravam 55% da renda total.

Outro aspecto que ela acha importante mencionar, e que já vem de antes do coronavírus chegar, é que o Brasil tem uma desigualdade em expectativa de vida ao nascimento muito grande, que variam muito entre os Estados, e pode ir de quase 79 anos de idade até em torno de 73. E quando se olha para esses diferenciais por raça, vemos que há uma disparidade enorme entre negros, pardos e brancos. Que para o Brasil é em torno de três anos, mas que chega até sete anos no Estado de Roraima, na Amazônia Brasileira.

Considerando esse contexto de desigualdades de tudo – infraestrutura, recursos, de saúde, de renda e desigualdades raciais –, afirma Marcia, a COVID torna as coisas um pouco mais complicadas. Escancara as desigualdades que temos em populações vulneráveis, e os indígenas principalmente sofrem uma carga muito mais alta tanto em incidência como em mortalidade pelo coronavírus. E isso é uma realidade que também se observa nos Estados Unidos, onde a incidência é quase o dobro entre os indígenas. E é o mesmo em geral na Amazônia, no bioma amazônico. Segundo a palestrante, as maiores taxas, à exceção de uma área no Peru, estão concentradas exatamente na porção brasileira da Amazônia, onde há cerca de 180 povos indígenas, dos quais 161 já foram afetados.

Segundo Marcia, a principal carga em mortalidade acontece no Estado do Amazonas, com 215 mortes até 9 de novembro. E repete-se a disparidade enorme em termos de raça, novamente tendo os negros e pardos desproporcionalmente

muito mais afetados em mortalidade. “Na verdade, depois de idade, raça é o principal fator de risco para a mortalidade por COVID entre as pessoas que foram hospitalizadas”, relata Marcia, salientando que o mesmo se observa na mortalidade materna. Grávidas e puérperas negras e pardas são mais atingidas pela mortalidade. E falando sobre outra realidade brasileira, a do racismo estrutural, Marcia diz que é um aspecto que finalmente estamos começando a debater “com todas as letras, ainda que lideranças do nosso país neguem isso”.

Mais demanda por serviços de saúde

Para Marcia, “não é preciso ter bola de cristal” para enxergar o que vai acontecer após a pandemia. E menciona que, primeiro, vamos ter uma demanda maior por serviços de saúde. E por vários motivos. Um deles é que estamos aprendendo sobre as consequências, as sequelas de quem teve COVID e sobreviveu. As sequelas são bem diversas e não se sabe quanto tempo vão durar. Algumas envolvem o comprometimento de um ou mais órgãos. E já há hospitais com grupos só estudando as sequelas da COVID. Então, pondera Marcia, quanto tempo isso vai levar? Qual vai ser a demanda? Qual vai ser a complexidade dos serviços demandados no sistema de saúde? Para ela, isso será descoberto no próximo ano ou talvez até em próximos anos.

Outro aspecto que a palestrante comenta é que, além dessa demanda das sequelas da COVID, temos uma demanda de complicações que já estão acontecendo, e que vão continuar acontecendo, em função da ruptura da atenção primária durante a pandemia. “Sabemos que a estratégia de saúde da família não estava funcionando talvez em grande parte do Brasil, e isso gera uma ruptura em todo o atendimento dos idosos, controle de pressão alta, diabetes, o que vai ter uma consequência que vai cair lá na ponta no sistema de saúde”, alerta. A outra demanda é motivada pela saúde mental. “E aqui nem precisamos perder muito tempo discutindo isso, porque as evidências são claras”, diz Marcia, mencionando um divulgado no começo de novembro na revista Lancet feito nos Estados Unidos mostrando que um em cada cinco pacientes que sobreviveram

“e que também sabemos que está batendo na porta”, é que durante os períodos de distanciamento físico foi observado um aumento da violência doméstica, tanto contra mulher como contra criança.

à COVID são diagnosticados com transtornos mentais. “Então pode ser que todo esse modelo lindíssimo que o sistema de saúde desenvolveu para atendimento de pacientes com problemas mentais está meio correndo risco de voltar décadas, para um modelo que é ineficiente e que não ajuda esses pacientes a se recuperarem dessas complicações”, alerta.

Para Marcia, o problema principal dessa demanda adicional que vamos ter que abordar a fim de promover um ambiente em que os brasileiros sejam mais saudáveis é que ela acontece em um momento em que os profissionais de saúde já estão trabalhando no limite. E para ilustrar mostra os resultados da terceira onda de uma pesquisa feita pela FGV com profissionais de saúde, registrando o altíssimo percentual de profissionais de saúde que têm medo da COVID e que estão trabalhando com sua saúde mental afetada. Será então uma demanda por serviços de saúde com profissionais que já estão no limite, exaustos, estressados, vivendo um momento em que não dá nem para parar e descansar um pouquinho para recuperar-se. Outra demanda que Marcia cita, “e que também sabemos que está batendo na porta”, é que durante os períodos de distanciamento físico foi observado um aumento da violência doméstica, tanto contra mulher como contra criança. E isso tem consequências múltiplas, ressalta, citando que o problema tem também

uma ligação com a saúde mental com o desenvolvimento infantil. Ou seja, lamenta Marcia, podemos ter crianças com o desenvolvimento infantil comprometido não só pela violência que podem ter sofrido, mas por terem visto violências acontecerem em seus domicílios – “que é o que chamamos de estresse tóxico”. E se olharmos para isso em médio e longo prazo, ressalta, teremos um impacto no capital humano que está diretamente ligado ao desenvolvimento de um país. E aqui temos tendências que são importantes de levar em conta, continua a palestrante, mencionando que o Brasil tem uma população que está envelhecendo, o que já se liga diretamente à ocorrência de doenças crônicas. Além disso, resultados sobre pesquisa de saúde, como a feita nacionalmente pelo IBGE recentemente, mostram uma tendência que já se vinha observando, através de outra pesquisa chamada Vigitel, que é o aumento da obesidade e do sobrepeso entre a população brasileira. Os resultados divulgados mostram que cerca de 60% tem sobrepeso e 26% é obesa. E entre idosos os números são maiores e têm crescido nos últimos anos.

A rejeição à vacina

Marcia menciona em seguida um outro componente derivado do quadro brasileiro de saúde, que são o que chamamos de determinantes comerciais de saúde. Ou seja, os canais através dos

quais corporações acabam propagando as doenças não transmissíveis. E isso inclui fumo, bebidas açucaradas e alimentos processados. Marcia diz que, antes de falar sobre o que é preciso fazer, é importante dizer que parte desses problemas pode começar a ser mitigado ao longo do tempo na medida em que tenhamos uma vacina, “apesar de toda a discussão em torno de qual vai ser a vacina, se vai ser dose única, como vai ser distribuída e, acima de tudo, se os brasileiros vão tomar a vacina.

Segundo a palestrante, existe uma pesquisa feita pelo IBOPE no final de agosto mostrando que um a cada quatro brasileiros não tomariam a vacina, e, dentre esses que não tomariam, mais da metade simplesmente não acredita que a vacina é segura. Marcia menciona um estudo da Lancet, publicado no final de setembro, que avalia três variáveis relacionadas à vacinação: vacinas são seguras; vacinas são importantes; vacinas são efetivas. E o Brasil, entre 2015 e 2018, piorou nos três indicadores. Então, diz ela, há muito trabalho para ser feito. E ainda pensando nos determinantes sociais de saúde e na importância do contexto não só para entender quais são as condições de saúde e os desafios que precisam ser abordados, mas também para entender qual tem que ser a resposta, Marcia diz que, se não olharmos para esses determinantes sociais, não conseguiremos dar uma resposta que realmente resolva a raiz dos problemas. E aí, alerta, muito provavelmente o que teremos é um cenário em que aquelas desigualdades que mencionou no começo aumentam ainda mais.

Segundo Marcia, acabaremos criando um buraco ainda maior entre aqueles que têm e aqueles que não têm acesso a recursos, à renda, a recursos de saúde, à infraestrutura, etc.. E que, conforme vários relatórios que foram emitidos pela CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe) estudando a América

Latina, com tudo o que está acontecendo durante a pandemia, podemos acabar tendo uma situação econômica com um nível de desigualdade que não se vê há décadas na região. Então, qual é a saída?, pergunta. A saída é o SUS, responde. “Aliás, o o Brasil tinha a ferramenta para poder dar uma resposta para essa pandemia e dar uma lição ao mundo de como você consegue responder a uma emergência de saúde pública usando o seu sistema de saúde, usando a sua rede de serviços que estão disponíveis”, ressalta. “O Brasil perdeu a chance de usar essa rede de serviços, e eu acho que grande parte das mortes que observamos poderiam ter sido evitadas se tivéssemos uma resposta mais efetiva.”

Marcia afirma que estamos vivendo um momento em que o SUS é pouco valorizado, sucateado, de certa forma. Mas ele é a saída. E, acima de tudo, é a saída de uma forma que aborde a equidade, que é um dos princípios do SUS. Porque, num país extremamente desigual e onde essa desigualdade aumenta ainda mais, a saída para termos brasileiros mais saudáveis tem que ser baseada no pilar da equidade, ressalta Marcia. Ou então não resolve o problema. Mas, para ser baseada no pilar da equidade, tem que ter como sua base o SUS e a estratégia de saúde da família.. Ou seja, o Brasil tem as ferramentas, “e ao invés de destruí-las, tem que valorizá-las e usá-las. Até porque sabemos o que o SUS fez ao longo de três décadas”, diz ela, mencionando que o sistema fez exatamente o que a se precisa fazer agora: levar saúde a todos e reduzir as desigualdades. “A alternativa é a barbárie. E aí não tem como piorar mais ainda a situação atual”, afirma. E novamente ressalta que é preciso que os brasileiros valorizem o SUS “e entendam que esse sistema é fruto das suas próprias conquistas, das conquistas da sociedade, e a maneira para prover um futuro em que os brasileiros sejam mais saudáveis”.

- Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021
Debate 08/12/2020

PALESTRANTE:

**Jarbas Barbosa da
Silva Júnior**

Organização Pan-Americana
de Saúde

“É UMA HONRA e uma alegria estar participando com duas boas amigas, a Marcia Castro e a Deborah Carvalho”, diz Silva Júnior ao abrir sua palestra. Ele agradece Ana Maria Malik pela gentileza das várias iniciativas que tem coordenado dentro da FGV de pensar e repensar o futuro da saúde no Brasil. Para responder à pergunta do tema do painel, sobre os caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021, Silva Júnior avalia que primeiro temos que ter uma boa estratégia de controle da pandemia, de recuperação dos danos produzidos, que são vários em várias áreas do sistema de saúde. “É um primeiro passo para que não continuemos piorando”, salienta, mencionando que Marcia Castro fez referência a dados sobre saúde e que a OPAS lançou em junho um relatório, em conjunto com a CEPAL, em que é mostrado que a estimativa é de que vamos retroagir quase 14 anos em termos de pobreza e de pobreza extrema na região. O impacto no PIB também vai ser muito grande, embora a CEPAL, em uma atividade que vimos nessa semana, disse que está revisando o PIB e que melhorou um pouco. Ou seja, em vez de uma redução média de 8 pontos percentuais na América Latina e no Caribe, talvez retroceda 8, “ou seja, do terrível para o péssimo”.

De qualquer forma, ressalta, os impactos sociais e econômicos com a pandemia são muito fortes, tiveram e ainda têm relação complexa de causa e efeito. Os determinantes sociais e econômicos na América Latina, diz Silva Júnior, moldaram a maneira como respondemos à pandemia. “Quando olhamos as curvas de transmissão da América Latina — e muitas vezes a imprensa tenta olhar com os olhos da Europa dizendo: “Quando foi o pico da primeira onda? Quando vai começar a segunda onda?” — vemos nitidamente que os países da América Latina fizeram um esforço e conseguiram evitar em sua grande maioria aquela explosão de casos com gente morrendo em corredor que vimos em Nova York, no norte da Itália, na França”, relata. Por outro lado, por vários motivos, que envolvem mensagens confusas, negacionismo, os determinantes sociais e econômicos tiveram um peso muito grande.

Desafio de controlar transmissão

A pobreza, as pessoas que vivem em condição de aglomeração quase que

permanente nas favelas das grandes cidades da América Latina e do Brasil, qualquer política de distanciamento social, lockdown ou seja lá o que for necessário usar para interromper ou reduzir a velocidade de transmissão, se torna um desafio. Com exceção de Guayaquil e Manaus, “onde houve explosão de casos e gente morrendo inclusive com sobrecarga até em cemitério”, nos outros lugares vê-se que a transmissão começa a crescer mais lentamente, mas os países não conseguem controlá-la de maneira efetiva, o que cria um platô de transmissão prolongada, uma onda prolongada. Claro que dentro de um país do tamanho do Brasil, ressalta o palestrante, muitas vezes significa que está diminuindo a transmissão em uma região e começando a crescer na outra, depois se movendo para uma terceira ou quarta, e assim por diante. “Mas, na verdade, nós não chegamos a ter em nenhum país da América Latina o quadro — com exceção do Uruguai, que não teve transmissão comunitária disseminada até agora — que tivemos no começo do verão europeu, onde a transmissão estava

praticamente controlada e voltou a crescer depois”, relembra, mencionando que a transmissão chegou a ter na Espanha e França um número de mortes por dia – que talvez seja um indicador melhor que o número de casos, porque não depende tanto de capacidade de testagem – que nunca chegamos a ter. O Brasil felizmente conseguiu reduzir de mil para 400 e pouco, e agora subiu de novo para 600 casos. “Quer dizer, é uma transmissão ainda muito forte, se pararmos para pensar. E grande parte disso é alimentada pela dificuldade e por essa moldura social e econômica que termina limitando a capacidade de políticas efetivas, entre outros motivos”, salienta Silva Junior.

Ele diz acreditar que também em 2021 será preciso combinar bem uma estratégia de como lidar com a COVID-19 e com os impactos produzidos por ela. Quando se olha a imunização na América Latina no primeiro semestre, diz ele, vemos que houve 24% menos doses aplicadas de vacinas do que no primeiro semestre de 2019; redução de todos os diagnósticos de câncer nesse ano; queda abrupta em alguns países de diagnósticos de casos de malária. Mas, quando olhamos a capacidade de testagem, vê-se porque os casos caíram de maneira abrupta: porque a capacidade de testagem caiu de maneira abrupta. Para Silva Junior, a estratégia de recuperação tem de ser igual àquela mencionada quando se fala em recuperar a economia. Que é buscar o que vamos fazer para, pelo menos, não deixar que os ganhos parciais que tivemos até agora retroajam cinco, dez anos. “Porque é isso que pode ocorrer se nada for feito de uma maneira específica. Se a gente só abre tudo e acha que está tudo normal, que as mulheres que deixaram o screening de câncer de cólon de útero ou de câncer de mama, ou as crianças não vacinadas, ou os tuberculosos que não foram diagnosticados vão aparecer milagrosamente ou espontaneamente, nós teremos, digamos assim, uma bolha durante esse ano e muito provavelmente no próximo também”, alerta, explicando que, mesmo com a vacina —temos vacinas para várias doenças, mas que só tem uma doença erradicada mundialmente, que é a varíola; outras, eliminadas regionalmente, como é o caso da poliomielite, eliminada já quase

no mundo inteiro —. não conseguimos terminar com a doença. Mas seguramente o primeiro objetivo da vacina vai ser salvar vidas, proteger os mais vulneráveis.

Lições aprendidas

Silva Junior estima que irão passar meses até que tenhamos uma vacina e que possamos pensar em uma estratégia de eliminação completa da transmissão. Mas que, mesmo assim, isso não vai de maneira nenhuma fazer com que se abra mão do que já se sabe que funciona. E menciona estudos em Nova York que demonstraram que, se o lockdown na cidade tivesse sido decretado 15 dias antes, teria poupado 36 mil vidas. “Ou seja, usar máscara, manter distância, evitar aglomeração, lugar fechado, manter fechados serviços e atividades não essenciais que estão funcionando, são aspectos que formam uma tremenda cultura de combate. Para Silva Junior, esperar pela vacina, ou como se a vacina fosse uma coisa milagrosa, é um equívoco completo do ponto de vista de uma estratégia abrangente de saúde pública que vai ter que lidar com várias medidas, “porque nenhuma delas isoladamente vai ser capaz de eliminar completamente e rapidamente a transmissão”. “Eu creio também, e concordo muito com a Marcia sobre isso, que a pandemia chamou a atenção para alguns dos problemas estruturais que temos”, diz o palestrante e menciona uma pesquisa de opinião desta semana mostrando que há maior valorização do SUS pela sociedade produzida pela própria pandemia. “Que isso se transforme em uma busca de resolver problemas estruturais do SUS”, espera Silva Junior. E menciona por exemplo os problemas de financiamento, comentando que a OPAS, no ano passado, lançou um relatório elaborado por uma comissão de alto nível que era presidida pela então presidente Bachelet — que depois virou alta comissária das Nações Unidas para direitos humanos —, com economistas de saúde. O resultado mostrou que quem não tem pelo menos 6% do PIB como gasto público com saúde, não consegue manter sistemas universais. E há países europeus que gastam já muito mais do que isso, 8%, 9%. Em países da América Latina, a média é 3%. O Brasil, diz ele, tem um gasto com saúde enorme; 9% do PIB.

Mas quando esse gasto é decomposto entre público e privado, se vê que a maior fatia é do privado – para atender 25% das pessoas, que têm seguro privado – enquanto que cerca de 4% só do PIB é para atender os 75% na área assistencial, e os 100% para as funções universais que o SUS desempenha: vacinação, transplante de órgão, regulação sanitária, vigilância epidemiológica, “tudo isso que funciona para todo mundo independentemente se tem seguro ou não”, salienta Silva Junior, dizendo prever que isso vai chamar a atenção também para os problemas de gestão; para o tema da equidade “muito bem tratado pela Marcia”. Silva Junior diz ainda acreditar também que se trata de um dos grandes desafios que temos na América Latina, não só no Brasil. “Lembro dos últimos relatórios de Vigitel que lançamos juntos, eu e Deborah, em que chamávamos a atenção: o Brasil tem uma história de sucesso na redução de tabagismo. É anterior até ao SUS, tem 30 e poucos anos já que começaram políticas consistentes de combate ao tabagismo”, menciona, dizendo que atualmente o Brasil tem uma das menores prevalências entre fumantes adultos do mundo. Mas quando se desagrega isso, pegando por nível de escolaridade, “o último dado que tenho na cabeça é que entre os mais instruídos a prevalência era só de 10%, e, nos menos instruídos, 18%”. Ou seja, diz o palestrante, toda vez que se trabalha com médias, e médias nacionais em um país com tanta desigualdade, na verdade escondemos problemas gravíssimos. E isso serve para tudo. Segundo Junior Silva, às vezes pensamos que desigualdade e iniquidade são só relacionadas com doenças transmissíveis. “Isso é um mito completo. Todos os fatores de risco de doenças crônicas estão se acumulando mais rapidamente, ou persistindo entre os mais pobres – como tabagismo, sobrepeso”, alerta, e ressalta que não está nem falando de doenças transmissíveis, “para as quais temos ainda alguns indicadores inaceitáveis: incidência de 300, 400 por 100 mil em bairros. Alguns bairros do Rio de Janeiro, por exemplo, para não ir muito longe”, informa.

Para ele, trata-se de uma velocidade de redução de algumas doenças em que já poderíamos estar muito mais adiantados.

E mencionando a hipertensão, “que talvez seja o grande matador, o grande responsável por mortes em doenças crônicas”, diz que desde 2013 talvez tenha melhorado um pouco.

E ressalta que, a seu ver, não há dúvida de que a atenção primária é a melhor estratégia – “e eu diria a única estratégia” – que temos para garantir realmente acesso universal ao sistema de saúde. O fato de o acesso ser livre muitas vezes nos leva a pensar que é igual para todas as pessoas. “Não é. Barreiras sociais, econômicas, culturais, o próprio racismo estrutural que a Marcia mencionou, são barreiras que se um sistema de saúde não consegue identificar de maneira apropriada não poderá desenvolver estratégias para superá-las. E tem de haver vontade política de superá-las.”, salienta Silva Junior. “E aí vamos melhorando as médias, claro.”

Melhores médias

Entretanto, o palestrante afirma que melhorar média muitas vezes é um engano, “porque se está melhorando entre os que já eram melhores, enquanto os que estão piores estão melhorando, mas em uma velocidade muito menor”, esclarece. E quando se usa o que poderia ser um critério do que é ético em saúde, vemos que diferenças como temos dentro do Brasil, por raça, cor, nível de renda, nível educacional, são absolutamente inaceitáveis. Ou seja, são aquelas que dizemos que, além de serem diferenças, são diferenças injustas, são as iniquidades. Então, pensando para 2021, Silva Junior afirma ser necessário adotar essa estratégia de recuperação do sistema de saúde, de buscar colocar na agenda esse sistema, que é importante. Porque 70% das mortes no Brasil já são por doenças crônicas, não são velhinhos de 90 anos que estão morrendo. “É gente de 50, 55 anos que está morrendo de AVC, infarto, porque não teve a pressão controlada por vários motivos”, lamenta. E menciona também serem inaceitáveis os dados que temos de violência e acidentes. E a possibilidade de emergência em saúde pública como estamos tendo agora com a COVID. “Creio que esses são alguns dos temas que precisamos debater para ter um 2021 mais saudável.”

- Caminhos para termos brasileiros mais saudáveis em 2021
Debate 08/12/2020

DEBORAH

inicia sua palestra dizendo ser uma grande oportunidade estar com o professor Ogata e Ana Maria Malik nesse painel. “É uma imensa alegria encontrá-los e revê-los. Acho esse debate extremamente oportuno”, afirma.

PALESTRANTE:

**Deborah Carvalho
Malta**

Escola de Enfermagem da
UFMG

Detalhando o caminho que escolheu para falar do tema do evento, Deborah explica que envolve falar dos desafios e dialogar com as metas da agenda 2030 de mortalidade de doenças crônicas. E menciona que o recorte que irá mostrar não é tanto do Vigitel e nem da PNS (Pesquisa Nacional de Saúde). Será a apresentação com mais detalhes de uma pesquisa muito recente feita pela UFMG e também sobre algumas pesquisas que a universidade tem conduzido de análise das bases de dados de internação e de mortalidade.

Em relação ao período que estamos vivendo, Deborah diz achar que, sem dúvida, é o maior acontecimento do século XXI. “Mudanças profundas na economia, aumento das desigualdades. Certamente o mundo já não é o mesmo, e 2021 nos trará grandes novidades”, afirma, e menciona haver em sua opinião um certo paradoxo: “Ao mesmo tempo que temos muita valorização da ciência, sobre a qual nunca tivemos tantos debates, temos a proliferação das fake news”, cenário com o qual estamos convivendo “ombro a ombro”.

Deborah menciona uma pesquisa recente em relação ao crescimento da confiança no SUS, que mostra que foi a instituição que mais teve o seu reconhecimento por parte da população brasileira. “Se há um legado positivo da pandemia, eu destacaria esse”, diz, acrescentando que estamos também convivendo com muitas mudanças nos formatos de atendimento dos serviços de saúde. Uma queda impressionante das internações por outras causas, que não a COVID. E também na APS, na atenção primária, seja na priorização das síndromes gripais, levando a uma ruptura no acompanhamento longitudinal não só dos pacientes com doenças crônicas, dos doentes mentais, mas também a uma redução no acompanhamento das gestantes e da imunização.

No setor privado, a palestrante menciona a ampliação da telemedicina, da teleconsulta. Ou seja, mudanças muito intensas. E anuncia que seu recorte é mais no contexto das doenças crônicas, “que é onde eu tenho trabalhado com muita intensidade”.

Doenças crônicas

E nesse sentido fala sobre a taxa de mortalidade por essas doenças, que chega a 75% das mortes no Brasil, o que mostra a importância e a magnitude das doenças crônicas no país. Um terço dessas mortes são prematuras. E há grande predomínio dessas taxas na população de baixa renda e escolaridade. E mais: essas doenças afetam também o conjunto da economia não só no país, mas globalmente. É um quadro que, no contexto da COVID, foi muito exacerbado, diz Deborah, emendando que a população mais vulnerável é exatamente a população com doenças crônicas, ou com algum tipo de fator de risco, como a obesidade no Brasil. E aqui destaca também o excesso de mortalidade que não é decorrência da COVID, mas por outras causas naturais. Também nesse caso, as doenças crônicas lideram, especialmente as cardiovasculares. “E nós estamos com mudanças radicais nos estilos de vida, o que certamente terá muito impacto em 2021”, alerta a palestrante. “Temos aí um contexto nacional do plano de enfrentamento das doenças crônicas – o doutor Jarbas lançou junto com a presidenta Dilma o nosso plano em 2011 na Assembleia das Nações Unidas, tendo uma série de compromissos globais, seja no plano global ou no plano regional”, informa, mencionando a agenda dos ODS (Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável). Ou seja, o tema das doenças crônicas entra na agenda 2030 na proposição da redução de 30% da taxa de mortalidade das doenças crônicas.

Mas aqui ela questiona: “Frente ao cenário da pandemia, como essas metas serão atingidas? O que temos? Recentemente, diz Deborah, a UFMG publicou na Population Health Metrics uma análise das taxas de mortalidade prematura por doenças crônicas. “E se estávamos declinando com uma velocidade de mais de 2% ao ano e iríamos certamente atingir as metas no 2030, nos últimos anos, no contexto de crise após 2015-2016, no contexto de austeridade, de redução de investimentos em saúde e aumento da pobreza, tivemos uma oscilação e uma tendência de crescimento”, explica. E aí

nós invertemos. As projeções para 2030 são, inclusive, de aumento. Quer dizer, já eram antes da COVID. “Em função disso, organizamos uma parceria que envolveu a FIOCRUZ, a UFMG e a Universidade Estadual de Campinas, e junto com a professora Célia Lande e a professora Marilize, conduzimos uma pesquisa usando um formulário eletrônico entre 24 de abril e 24 de maio, também acionando toda uma rede de colaboradores nas diversas instituições de pesquisa do país”, diz Deborah, informando que a pesquisa atingiu 45 mil brasileiros e usou pesos de pós-estratificação. O que mostrou um cenário que nos ajuda a pensar os desafios para 2021.

Segundo ela, o primeiro ponto positivo dessa pesquisa é que 75% dos brasileiros aderiram ao distanciamento social: ficaram em casa, alguns só saindo mesmo para atendimento em saúde. E isso foi ainda mais elevado nas pessoas com doenças crônicas; chegou a 79%. Foi perguntado também, no levantamento se essas pessoas tinham algum tipo de comorbidade. O resultado é que 34% referiram algum diagnóstico de doenças crônicas, que naturalmente aumentava com a idade; e acima de 60 anos chegou a 58%. Perguntou-se também como foram as mudanças no estado de saúde, por conta da pandemia e do distanciamento. Para quem tem hipertensão, houve mudança para 28%, chegando a 46% para as pessoas com depressão.

Outro aspecto mostrado pelos resultados da pesquisa, diz Deborah, que configurou um dos principais autorrelatos da população, foi a mudança no estado de ânimo: sentimentos de tristeza e depressão foram amplamente referidos pelos brasileiros durante esse período. E os estilos de vida mudaram radicalmente: em relação ao tempo de prática de atividade física. O recomendado são 150 minutos ou mais por semana. Se antes da pandemia 30% da população adulta praticava esse tempo com regularidade, durante a pandemia isso despencou para 12,6%. Também houve um aumento muito grande do tempo sedentário assistindo à TV: de uma hora e 50 minutos passou para três horas e 20 minutos. Em frente ao

computador houve maior ampliação: de três horas e 50 minutos para cinco horas e 20 minutos. “E todos nós entramos nessa categoria, por causa do home office”, lembra.

Entre os adultos, houve redução do consumo de alimentos saudáveis, especialmente de verduras e legumes. O de frutas foi preservado. Foi reduzido o consumo de feijão e aumentou o consumo de ultraprocessados, seja pizza congelada, salgadinhos de pacotes, alimentos doces. E aqui Debora alerta para as evidências que existem sobre o malefício dos alimentos ultraprocessados para a saúde em geral.

Quanto ao tabagismo, mostrou-se que fumantes são 12% nessa pesquisa, o que é semelhante ao encontrado tanto na PNS quanto no Vigitel. “E o que nós observamos é que, dentre os fumantes, 35% aumentaram o número de cigarros, o que é extremamente preocupante. Como o doutor Jarbas já mencionou, a queda no tabagismo é constante no Brasil, tem vindo sempre em declínio. Embora com essas enormes diferenças segundo a escolaridade”, explica, salientando porém que esse consumo pode ainda crescer, especialmente na quantidade de cigarros fumados.

A pesquisa também registrou aumento de 18% no consumo de bebidas alcoólicas. E o que mais chamou a atenção: em uma população mais jovem, especialmente em quem referiu que tinha sentimento de tristeza ou depressão, o aumento no consumo de bebidas chegou a 46%. Também se verificou redução no acesso aos serviços de saúde, aspecto ainda mais elevado na população que refere doenças crônicas, embora sejam pessoas que tenham procurado mais os serviços de saúde. Entre os que têm doenças crônicas, 24% procuraram esses serviços e dos que não têm foram 20%. E foi apurado que 11% tiveram dificuldades para marcar consultas, conseguir atendimentos e medicamentos. Neste caso, Deborah salienta que é essencial para os portadores de doenças crônicas o acompanhamento longitudinal e o acesso a medicamentos, aos procedimentos. E isso de fato foi interrompido.

Deborah menciona ainda outra

pesquisa da UFMG, divulgada na semana anterior, feita entre os adolescentes com perguntas semelhantes. Foram entrevistados por um questionário online 9.470 adolescentes. E observou-se que, entre eles, também caiu radicalmente a prática da atividade física e aumentou o tempo em telas; de três horas e 20 minutos para cinco horas e 30 minutos.

Em relação a outras evidências, como internação, em Belo Horizonte já há outras publicações da UFMG e do Instituto Cardoso mostrando a redução das internações por causas não COVID, em um estudo de série temporal comparando 2015 a 2019 com os primeiros meses, de fevereiro a junho, em relação às doenças cardiovasculares. Aqui, Deborah, informa que foi verificada uma redução significativa do conjunto das doenças cardiovasculares, também da síndrome coronariana aguda, e redução das internações em UTI. “E, ao contrário do que temos visto, também usando os dados de mortalidade, na época desse estudo – que já está publicado –, tivemos que utilizar os dados do registro civil, porque os dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) não estavam disponíveis no primeiro semestre”, explica. Mas salienta que foi bastante útil utilizar os dados do registro civil. E que, comparando, então, seis capitais no país, verificou-se aumento das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares não especificadas e redução da doença coronária aguda. Esse artigo, diz Deborah, está publicado na revista *Heart*, liderado por Luiza Brant, cardiologista da UFMG.

A conclusão então, diz a palestrante, é que a maioria das mortes ocorreu nos domicílios. Houve redução da procura dos serviços ambulatoriais, redução da internação e aumento das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, e os doentes morrendo em casa por causas não especificadas com um diagnóstico impreciso e, na maioria das vezes, em casas sem assistência médica. Essa análise foi liderada pela Fátima Marinho, diz Deborah, e nela verificou-se excesso de mortalidades não só por COVID, mas também por causas naturais. “Nessa análise por raça

e cor, também já citada pela Marcia Castro, tivemos taxas muito mais elevadas de mortes por outras causas que não a COVID, entre a população de pardos e pretos”, informa. O excesso de mortalidade foi 33% maior comparado com 2019 entre os negros do que entre os brancos, que foi de 15.6%. Ou seja, a histórica desigualdade racial do país foi muito mais acentuada durante essa pandemia. E os efeitos já são visíveis.

No geral, as pesquisas mostraram que, durante a pandemia, tem havido uma importante adesão da população às medidas benéficas de distanciamento social, o que em um primeiro momento foi muito importante para reduzir nossas taxas de transmissão. Mas tivemos também, como consequência do distanciamento social, piora nos estilos de vida da população: aumento da frequência do tabaco e do álcool, piora na atividade física, aumento no sedentarismo, piora no consumo de alimentos saudáveis e aumento de alimentos ultraprocessados. E esses indicadores foram todos piores na população de baixa renda e baixa escolaridade. E, embora os portadores de doenças crônicas tivessem procurado um pouco mais o atendimento à saúde, tiveram muito mais dificuldade no acesso a esses serviços. Houve ainda redução das internações por doenças cardiovasculares, o que mostra que as pessoas adoeceram e permaneceram em casa sem procurar o serviço.

Houve ainda excesso de mortalidade por doenças crônicas, por doenças cardiovasculares na pandemia. Pacientes morrendo em casa por causas inespecíficas. Maior mortalidade entre os negros. Tudo isso, diz Deborah, reforça a importância de políticas de enfrentamento e ações de cuidados aos portadores de doenças crônicas face à pandemia. E alerta que 2021 não pode ser um ano exclusivamente voltado para a imunização. As medidas de prevenção das doenças crônicas não devem ser interrompidas. Os serviços de saúde,

em especial os de atenção primária, precisam adaptar-se à nova realidade. E, como já referido por Marcia Castro, há uma grande exaustão dos nossos profissionais de saúde, “mas é essencial que a APS tenha consciência desse novo momento e da necessidade de dar continuidade aos cuidados contínuos, ao gerenciamento dos casos crônicos e à ênfase na promoção da saúde na promoção de estilos de vida saudáveis, em aconselhamentos específicos para as famílias, para os portadores de doenças crônicas e para os cuidadores”, resume Deborah. Para ela, é importante também que mensagens educativas possam ser veiculadas. Que os gestores de fato desencadeiem esse tipo de ação. Além de novas políticas regulatórias de doenças crônicas. E conta que, na África do Sul durante a pandemia, em um primeiro momento foi proibida inclusive a venda de cigarros.

No Brasil, diz a palestrante, temos todos os indicadores de que em 2021 as doenças crônicas podem se agravar. E de fato considerando as metas dos ODSs, notamos que, neste cenário de piora, de que podemos ter um agravamento, podemos não atingir essas metas, não só em função do cenário das políticas de austeridade, mas essencialmente pelo aumento da pobreza, da vulnerabilidade também no pós-pandemia. “Para 2021, eu diria que, além da agenda da vacinação, é fundamental a agenda da promoção da saúde, da continuidade dos cuidados”, enfatiza, e diz que é preciso também fazer um chamamento em relação ao SUS, fazer a defesa do SUS e, e em relação ao seu subfinanciamento, a Emenda Constitucional 95. Porque é incompatível com 2021 o corte de recursos, o congelamento de recursos da Emenda Constitucional 95. “É essencial que se conclame que a emenda constitucional e o teto de gastos sejam interrompidos. A meu ver, são esses grandes desafios. E eu destacaria isso para o debate.”



GVsaúde
Centro de Estudos
em Planejamento e
Gestão de Saúde