

JBES

Jornal Brasileiro de
Economia da Saúde

Brazilian Journal of Health Economics

JUNHO 2011, VOLUME 3, NÚMERO 2 | JUNE 2011, VOLUME 3, NUMBER 2



Utilização de recursos e custos associados às cirurgias de reconstrução de mama pós-mastectomia com expansores temporários versus expansores permanentes sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar

Resource utilization and cost analysis of breast reconstruction after mastectomy with temporary versus permanent expanders from the perspective of the Brazilian Private Health System

Roberta Arinelli Fernandes, Maíra Libertad Soligo Takemoto, Angelo Gustavo Zucca Matthes, Marcela Caetano Cammarota, Márcio Miranda Arcoverde, Murillo Francisco Pires Fraga

Nova técnica de avaliação do sistema de gestão de uma fundação hospitalar

The new technique of evaluation of management system of an hospital foundation

Vidigal Fernandes Martins, Vinicius Silva Pereira

Avaliação econômica do ranibizumabe no tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI) exsudativa

Economic evaluation of ranibizumab in the treatment of exudative age-related macular degeneration (AMD)

Maíra Libertad Soligo Takemoto, Cibele Suzuki, Roberta Arinelli Fernandes, Plínio Marcos Leal Santos, Ana Clara Melo Tolentino, Nilcéia Lopes da Silva

Aspectos da qualidade e recuperação de serviços na saúde: um enfoque nos serviços odontológicos

Aspects of recovery and quality of health services: a focus on dental services

Janduhy Camilo Passos, Vidigal Fernandes Martins, Marco Aurélio Afonso Abreu

Corporate governance in teaching hospitals: a study on a university hospital

Vidigal Fernandes Martins, Vinicius Silva Pereira, Peterson Elizandro Gandolfi



JBES

Jornal Brasileiro de Economia da Saúde

Brazilian Journal of Health Economics

JUNHO 2011, VOLUME 3, NÚMERO 2 | JUNE 2011, VOLUME 3, NUMBER 2

EDITOR (Editor)

Stephen Doral Stefani

Medical Oncologist of the Instituto do Câncer Mãe de Deus, Porto Alegre, RS. Professor of Fundação UNIMED. President of Brazilian Chapter of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Chair of Health Care Policymakers & Payers Committee at ISPOR Latin America Consortium

CONSELHO EDITORIAL (Editorial board)

Alexandre Lemgruber

Office of Economic Evaluation of Health Technologies, Head. ANVISA

Áquilas Mendes

President of the Brazilian Association of Health Economics (ABRES). Associate Professor, School of Economic Science, PUC/São Paulo and FAAP/ São Paulo

Augusto Guerra

Head of Pharmaceutical Assistance, Health State Secretary, Minas Gerais

Bernardo Rangel Tura

Researcher, Clinical Epidemiology Department, National Institute of Cardiology, Health Ministry

Carisi Anne Polanczyk

Associate Professor of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)

Cid Vianna

Director and Associate Professor, Institute of Social Medicine, State University of Rio de Janeiro (UERJ)

Denizar Vianna Araújo

Associate Professor, Internal Medicine, State University of Rio de Janeiro (UERJ)

Eliézer Silva

Professor, Post Graduation Program of Anesthesiology, University of São Paulo (USP)

Fabiola Sulpino Vieira

Head of Projects and Programs, Health Economics and Development Department, MoH, Brazil

Francisco Acurcio

Associate Professor of Medicine, Federal University of Minas Gerais (UFMG)

Giácomo Balbinotto Neto

Associate Professor, School of Economic Science, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS)

Helena Cramer

Researcher, Clinical Epidemiology Department, National Institute of Cardiology, Health Ministry

Isabela S. Santos

Head of Department, Health Technology Assessment, National Agency of Private Health Insurance/MoH, Brazil

Luciana Bahia

Coordinator of Pharmacoeconomics Department, Brazilian Society of Diabetes

Marcos Bosi Ferraz

Professor and Director, São Paulo Center for Health Economics, Federal University of São Paulo (UNIFESP)

Maria Cristina Sanches Amorim

Full Professor, Economic Department, Pontifícia Universidade Católica - São Paulo

Maurício Vianna

Former Head of Department, Health Technology Assessment, MoH, Brazil

Nelson Teich

Health Economic Specialist, European School of Health Economics and University of York

Otávio Berwanger

Director, Institute of Research and Education, Hospital do Coração - São Paulo

Otávio Clark

Medical oncologist, PhD, Vice-president of Medinsight-Evidencias consulting

Rosângela Caetano

Associate Professor of Institute of Social Medicine of the State University of Rio de Janeiro (UERJ)

Stephen Doral Stefani

Medical Oncologist of the Instituto do Câncer Mãe de Deus, Porto Alegre, RS. Professor of Fundação UNIMED. President of Brazilian Chapter of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Chair of Health Care Policymakers & Payers Committee at ISPOR Latin America Consortium

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL (International Editorial Board)

Atanacio Valencia-Mendoza

Researcher in Health Economics, Department of Health Economics, National Institute of Public Health, México

Bengt Jönsson

Full Professor - Stockholm School of Economics

Federico Augustovski

Director, Health Economic Evaluation and Technology Assessment, Institute for Clinical Effectiveness & Health Policy (IECS)

Fernando Pio De la Hoz Restrepo

Associate Professor, Department of Public Health, School of Medicine, Universidad Nacional de Colombia

Gisela Kobelt

MSc. University of Strasbourg. PhD Health Economics at Karolinska Institute in Stockholm

Lou Garrison

Professor, Pharmaceutical Outcomes Research & Policy Program. Department of Pharmacy, University of Washington

Nelson Rafael Alvis Guzman

Group of Investigation for Health Economics, University of Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia

Stuart Peacock

Co-Director, National Centre for Health Economics, Services, Policy and Ethics. Senior Scientist, British Columbia Cancer Agency. Associate Professor, University of British Columbia

Suzanne Jacob Serruya

Consultant of Latin America for Perinatology/Women and Reproductive Health - Pan American Health Organization (PAHO)

Uwe Siebert

Professor of Public Health (UMIT). Associate Professor of Radiology (Harvard University). Chair, Dept. of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment. UMIT - University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology



NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Informações gerais

1. O *Journal Brasileiro de Economia da Saúde (J Bras Econ Saúde)* é uma publicação com a chancela acadêmica do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro para conteúdos científicos, com periodicidade trimestral. É dirigido à pesquisadores e formuladores de políticas de saúde, gestores e avaliadores do processo de incorporação de tecnologias em saúde. São aceitos para avaliação: estudos de custo da doença, análise econômica em saúde, análise de impacto orçamentário, estudo observacional, ensaio farmacoeconômico, inquérito epidemiológico, inovação metodológica e revisão da literatura, sob a forma de artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização e editoriais (conforme detalhamento a seguir). Os artigos podem ser submetidos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Autores interessados em traduzir seu artigo para inglês podem solicitar um orçamento de tradução ao *J Bras Econ Saúde*. O *Journal Brasileiro de Economia da Saúde* não recebe subsídios financeiros de nenhuma sociedade, instituição governamental ou associação. Trata-se de iniciativa privada e independente. Os recursos responsáveis por seu manutenção provêm da comercialização do espaço editorial destinado à publicação de artigos cujo desenvolvimento tenha recebido suporte financeiro de empresas privadas. Também são comercializadas cotas de patrocínio institucional. As submissões de artigos não são passíveis de cobrança. A tabela de custos para publicação deve ser consultada junto à Editora.

2. Artigos submetidos ao *J Bras Econ Saúde* devem ser inéditos, isto é, não devem ter sido publicados nem submetidos para análise por outras revistas, no todo ou parcialmente. Em casos de figuras já publicadas, autorização deve ser obtida e a fonte deve ser citada. Uma vez publicados, os artigos passam a ser de propriedade do JBES.

3. As Instruções para Autores do *J Bras Econ Saúde* incorporam as recomendações dos *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A versão completa do texto está disponível em www.icmje.org. Manuscritos que estiverem em desacordo com as instruções aqui apresentadas serão devolvidos para a incorporação de ajustes antes da avaliação pelo Conselho Editorial.

4. Todo artigo publicado no *J Bras Econ Saúde* passa pelo processo de revisão por especialistas (*peer review*). Os artigos submetidos são primeiramente encaminhados aos editores para uma avaliação inicial quanto ao escopo do trabalho e às exigências editoriais do *Journal*. Se a avaliação é positiva, o artigo é enviado a dois revisores especialistas na área pertinente. Todo o processo é anônimo, ou seja, os revisores são cegos quanto à identidade dos autores e seu local de origem e vice-versa. Após a avaliação do artigo pelos revisores, os artigos podem ser aceitos sem modificações, recusados ou devolvidos aos autores com sugestões de modificações, sendo que cada artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e modificações, sem que isso implique necessariamente a aceitação futura do trabalho.

5. O número de autores de cada manuscrito fica limitado a seis. O conceito de co-autoria implica contribuição substancial na concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados e redação ou revisão crítica do texto. Contribuições significativas feitas ao estudo, mas que não se enquadram nesses critérios, podem ser citadas na seção de agradecimentos.

6. Artigos de pesquisas clínicas (*clinical trials*) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors (por exemplo, www.actr.org.au, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.uminn.ac.jp/ctr/index/htm e www.trialregister.nl). O número de identificação do estudo deverá ser apresentado ao final do resumo.

7. Para textos que forem aceitos para publicação, uma declaração, assinada por todos os autores deverá ser enviada à revista, contendo as seguintes informações: a) o manuscrito é original; b) o manuscrito não foi publicado nem submetido à outra revista, nem o será se vier a ser publicado no *J Bras Econ Saúde*; c) todos os autores participaram ativamente na elaboração do estudo e aprovaram a versão final do texto; d) situações de potencial conflito de interesse (financeiro ou de outra natureza) estão sendo informadas; e) foi obtida aprovação do estudo pelo comitê de ética da instituição à qual o trabalho está vinculado (para artigos que relatam dados de pesquisa experimental); f) foi obtido consentimento informado dos pacientes incluídos no estudo (quando aplicável). As informações sobre a aprovação do estudo por comitê de ética e a obtenção de consentimento informado também devem constar na seção Métodos do artigo.

8. Antes da publicação dos artigos aceitos, os autores correspondentes receberão, via e-mail, em arquivo PDF, o artigo editorado para aprovação. Nessa fase, as correções devem limitar-se a erros tipográficos, sem alteração do conteúdo do estudo. Os autores deverão devolver as provas aprovadas via e-mail ou fax até 48 horas após o recebimento da mensagem.

Tipos de artigos publicados

Artigos originais. Trabalhos resultantes de pesquisa científica que apresentam dados originais sobre Economia da Saúde e incluem análise estatística descritiva e/ou inferências de dados próprios. Esses artigos têm prioridade para publicação. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo e palavras-chave, **abstract e keywords**, texto (dividido nas seções Introdução, Métodos, Resultados, Discussão ou equivalentes, Conclusões), agradecimentos (se aplicável), lista de referências (máximo de 40), tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver).

Artigos de revisão. Trabalhos que têm por objetivo reunir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. Devem incluir síntese e análise crítica da literatura levantada e não ser confundidos com artigos de atualização. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo e palavras-chave, **abstract e keywords**, texto, lista de referências, tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver).

Artigos de atualização ou opinião. Trabalhos que relatam informações geralmente atuais sobre tema de interesse para determinadas especialidades (por exemplo, uma nova técnica de modelagem ou método). Têm características distintas de um artigo de revisão, visto que não apresentam análise crítica da literatura. Devem ser compostos de: página de rosto, resumo e palavras-chave, **abstract e keywords**, texto, lista de referências, tabelas (se houver), legendas de figuras (se houver) e figuras (se houver).

Cartas ao leitor. Cartas ao editor comentando, discutindo ou criticando os artigos publicados no *J Bras Econ Saúde* serão bem recebidas e publicadas desde que aceitas pelo Conselho Editorial. Devem ser compostas de: título, nome do autor, identificação da publicação que está sendo comentada e lista de referências (se houver). Recomenda-se um máximo de 500 palavras, incluindo referências. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada juntamente com a carta.

Preparação dos originais

Utilize preferencialmente o processador de texto Microsoft Word®. Os trabalhos devem ser digitados em fonte Times New Roman tamanho 12, espaço simples, alinhados à esquerda, iniciando cada seção em página nova, na seguinte ordem: página de rosto, resumo e palavras-chave, abstract e keywords, texto, agradecimentos, lista de referências, tabelas, legendas de figuras e figuras. Todas as páginas devem ser numeradas.

Síglas devem ser definidas por extenso na primeira ocorrência no texto; após a primeira ocorrência, somente a sígla deverá ser utilizada. No resumo, o uso de sígla deve ser evitado.

Substâncias devem ser apresentadas utilizando seu nome genérico. Se relevante, o nome comercial da substância e o fabricante podem ser informados entre parênteses.

A apresentação de unidades de medida deve seguir o sistema internacional (SI).

Genes de animais devem ser apresentados em itálico com inicial maiúscula (exemplo: Sox2); genes de seres humanos também devem ser apresentados em itálico, porém com todas as letras maiúsculas (exemplo: SOX2). Proteínas devem seguir o mesmo padrão de maiúsculas/minúsculas, porém sem itálico.

Página de rosto

A página de rosto deve conter:

- Título conciso e explicativo, representando o conteúdo do trabalho, em português e inglês
- Título resumido (máximo de 150 caracteres)
- Nomes dos autores
- Afiliação dos autores, indicando departamento/unidade, instituição e região geográfica
- Nome da instituição onde o trabalho foi executado
- Informações sobre auxílios recebidos sob a forma de financiamento, equipamentos ou medicamentos
- Congressos onde o estudo foi apresentado
- Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor correspondente

Resumo e abstract

Todos os trabalhos devem apresentar um resumo em português e um **abstract** em inglês. Trabalhos escritos em espanhol devem apresentar, além do resumo no idioma original, também um resumo em português e um **abstract** em inglês. O conteúdo dos textos deve ser idêntico, e não deve ultrapassar 250 palavras. Para artigos originais, o resumo deve ser estruturado como segue: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Para relatos de caso, artigos de revisão e artigos de atualização, o resumo não deve ser estruturado. Deve-se evitar o uso de abreviações no resumo, e não devem ser citadas referências.

Logo após o resumo/**abstract/resumen**, deverão ser apresentadas de três a seis palavras-chave que sejam integrantes da lista de Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>).

Agradecimentos

Esta seção é dedicada a reconhecer o trabalho de pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica co-autoria, ou de pessoas ou instituições que tenham dado apoio material.

Referências bibliográficas

No texto, as citações serão identificadas entre parênteses, pelo sobrenome do autor seguido do ano de publicação. Exemplos: um autor (Steptoe, 1978), dois autores (Edwards & Steptoe, 1980), mais de dois autores (Van Steirteghem *et al.*, 1988).

A lista de referências deve ser apresentada em ordem alfabética (último sobrenome de cada autor seguido das duas primeiras iniciais), e não deve ser numerada. Trabalhos do mesmo autor devem ser ordenados cronologicamente; trabalhos de mesmo autor e ano devem ser identificados com letras após o ano (2000a, 2000b, etc.). A apresentação das referências seguirá os modelos propostos nos *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (ver exemplos a seguir). Todas as referências citadas na lista devem ser mencionadas no texto e vice-versa.

1. **Artigo de periódico:** Edwards RG, Steptoe PC, Purdy JM. Establishing full-term human pregnancies using cleaving embryos grown in vitro. *Br J Obstet Gynaecol.* 1980;87:737-56.

2. **Livro:** Wolf DP, Quigley MM, eds. *Human in vitro fertilization and embryo transfer.* New York: Plenum Press; 1984.

3. **Capítulo de livro:** Simpson JL. Gonadal dysgenesis and sex abnormalities: phenotypic-karyotypic correlations. In: Vallet HL, Porter IH, eds. *Genetic mechanisms of sexual development.* New York: Academic Press; 1979. p. 365-77.

4. **Artigo de revista eletrônica:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [revista eletrônica].* 2002 Jun [citado 2002 ago 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

5. **Artigo publicado na Internet:** Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40. Disponível em: <http://www.jmir.org/2004/4/e40/>. Acessado: 29/11/2004.

6. **Site:** OncoLink [site na Internet]. Philadelphia: University of Pennsylvania; c1994-2006. [atualizado 2004 set 24; citado 2006 mar 14]. Disponível em: <http://cancer.med.upenn.edu/>.

7. **Software:** Smallwaters Corporation. *Analysis of moment structures: AMOS [software].* Version 5.0.1. Chicago: Smallwaters; 2003.

Tabelas e figuras

Tabelas e figuras (gráficos, fotografias, etc.) devem ser numeradas em algarismos arábicos conforme a ordem de aparecimento no texto e devem ter legendas individuais, apresentadas ao final do trabalho. Cada tabela e figura deve ser submetida em folha separada.

Nas tabelas, deverão ser utilizadas apenas linhas horizontais, e cada dado deverá constar em uma célula independente. Explicações sobre itens das tabelas devem ser apresentadas em notas de rodapé identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Figuras em geral (gráficos, fotografias, etc.) serão publicadas em preto e branco. Despesas com a eventual reprodução de fotografias em cor serão de responsabilidade do autor.

Figuras podem ser submetidas eletronicamente, nas extensões .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi (para possibilitar uma impressão nítida), ou por correio (ver instruções de envio mais adiante). Todas as figuras enviadas pelo correio devem ser identificadas no verso com o uso de etiqueta colante contendo o nome do primeiro autor, o número da figura e uma seta indicando o lado para cima.

Fotografias escaneadas não serão aceitas; fotografias em papel devem ser encaminhadas pelo correio. Fotografias de pacientes não devem permitir sua identificação.

Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões.

Figuras já publicadas e incluídas em artigos submetidos devem indicar a fonte original na legenda e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos (editora ou revista).

Envio/submissão de artigos

Os artigos devem ser submetidos preferencialmente por e-mail (jbbs@bes.com.br) ou pelo site: www.jbes.com.br. Texto e figuras devem ser enviadas como um anexo à mensagem. Figuras (exclusivamente gráficos e fotografias digitais) podem ser enviadas nas extensões .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo total (do conjunto de figuras) de 3 MB.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

General information

1. The *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde* (Brazilian Journal of Health Economics - **J Bras Econ Saúde**) is a quarterly journal that is academically supported by the Medical Practice Department of the School of Medical Sciences at Universidade do Estado do Rio de Janeiro. The journal is directed to researchers and health policy planners, as well as managers and evaluators of health technology incorporation. The following categories of articles may be submitted for consideration of publication: Disease cost studies, health economics analysis, budget impact analysis, observational studies, pharmacoeconomics essays, epidemiological surveys, methodological innovations and review of the literature. These articles may be presented as original articles, review articles, updates and editorials (details on each format are presented below). Manuscripts may be submitted in Portuguese, Spanish or English. Authors who are interested in translating their articles into English may request a translation estimate to the *J Bras Econ Saúde*. The *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde* does not receive financial support from any society, governmental institution or association. It is a private, independent initiative. Financial resources of the publication come from commercialization of publishing space to manuscripts that received financial support from private companies. Some institutional sponsorship quotas are also commercialized. Submission of the manuscripts is free of charge. A table of publication costs may be requested to the publishing house.

2. The manuscripts submitted to the **J Bras Econ Saúde** should be unpublished, that is, partial or complete versions of them should not have been submitted for consideration of publication in other journals. In the case of figures that have already been published, the authorization for reprint should be provided, and the source, cited. Once published, the articles become property of the JBES.

3. The **J Bras Econ Saúde** instructions for authors incorporate the recommendations of the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. The complete version of these requirements is available in www.icmje.org. Manuscripts that do not comply with the instructions presented here will be sent back to the authors for review before they are evaluated by the Editorial Board.

4. Every article published in the **J Bras Econ Saúde** is sent to expert consultants for peer review. Manuscripts are initially analyzed by the editors to be evaluated in terms study objectives and editorial requirements of the Journal. When accepted by the editor, the manuscript is sent to two expert reviewers in the area of study. The whole process is confidential. The reviewer is blind to the identity and affiliation of the authors, and vice-versa. After the manuscript is evaluated by the reviewers, it may be either accepted unaltered, or rejected, or returned to the authors with suggestions for changes. Any manuscript may be returned to the authors several times for clarification or changes, but this is not a guarantee of future publication.

5. The maximum number of authors per manuscript is six. Co-authorship implies in substantial contribution to conceiving and planning the study; data analysis and interpretation; writing and critical review of the text. Significant contributions to the study that do not fit these categories may be cited in the acknowledgements section.

6. Clinical trials should be registered in one of the in a public trials registries acceptable to the World Health Organization and the International Committee of Medical Journal Editors (for example, www.actr.org.au, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.umin.ac.jp/ctr/index/htm and www.trialregister.nl). The trial registration identification number should be presented at the end of the abstract.

7. When the manuscript is accepted for publication, a declaration signed by all the authors should be sent to the Journal, stating that: a) the manuscript is original; b) it was not published or submitted for appreciation in other journal, and will not be, if published by the **J Bras Econ Saúde**; c) all the authors actively participated in the elaboration of the study and approved of the final version; d) any potential conflict of interest (financial or of other nature) is disclosed; e) the study was approved by the ethics committee of the institution where it was carried out (for manuscripts based on experimental trials); f) an informed consent forms were signed by all patients included in the study (when applicable). Information on approval by the ethics committee and informed consent should also be presented in the Methods section of the manuscript.

8. Before accepted manuscripts are published, the final proofs in PDF format will be sent to the corresponding authors, by e-mail, for final approval. Changes at this stage should be limited to typographical errors, without any alterations in the contents of the study. Authors should return corrected proofs by e-mail or fax within 48 hours of receipt.

Categories of articles

Original articles. Studies that are result of scientific research and present original data on Health Economics, and that include descriptive statistical analysis and/or inferences drawn on these data. These articles have priority for publication. They should have the following sections: cover sheet, abstract and keywords in Portuguese, abstract and keywords in English, main text (divided into Introduction, Methods, Results, Discussion or similar section, Conclusions), acknowledgements (if applicable), references (no more than 40), tables (if any), legends to the figures (if any) and figures (if any).

Review articles. Studies whose objective is to summarize, analyze, evaluate or resume investigation trials that have already been published in scientific journals. These articles should include a summary and critical analysis of the literature, and they should not be confused with update articles. Review articles should have the following sections: cover sheet, abstract and keywords in Portuguese, abstract and keywords in English, main text, references, tables (if any), legends to the figures (if any) and figures (if any).

Update or opinion articles. Studies that report updated information on some subject of interest of given specialties (for example, a new modeling technique or method). They have characteristics that are different from the review article, once they do not present any critical analysis of the literature. They should have the following sections: cover sheet, abstract and keywords in Portuguese, abstract and keywords in English, main text, references, tables (if any), legends to the figures (if any) and figures (if any).

Letters to the reader. Letters to the editors commenting, discussing or criticizing articles published in the **J Bras Econ Saúde** are welcomed and published, provided they are accepted by the Editorial Board. They should have the following sections: title, name of the author, identification of the article the author is commenting, and list of references (if any). It is recommended that letters to the editor should not exceed 500 words in text, including the references. Whenever possible, the author's reply will be published together with the letter.

Manuscript preparation

Manuscripts should be preferentially sent as a Microsoft Word® file. Use Times New Roman, 12-point font; double-spaced text, aligned to the left. Start each section on a new page, in the following order: cover sheet, abstract and keywords in Portuguese, abstract and keywords in English, main text, references, tables (if any), legends to the figures (if any) and figures (if any). All pages should be numbered.

Abbreviations should be expanded when they are first mentioned in the text; after that, use only the abbreviation. Avoid the use of abbreviations in the abstract.

Substances should be presented by their generic names. If relevant, the commercial name of the substance and the manufacturer may be presented between parentheses.

All units of measure should conform to the International System of Units (SI).

Animal genes should be written in italics with only the first letter capitalized (for example: *Sox2*); human genes should also be written in italics, but all letters should be capitalized (for example: *SOX2*). Protein products should follow the same standard of animal / human genes for capital letters, but should not be italicized.

Cover sheet

The cover sheet should have:

- A concise and clear title, both in Portuguese and in English, representing the content of the study.
- Summarized title (no more than 150 characters)
- Name of the authors
- Affiliations of the authors, indicating the department / unit, institution and geographical region.
- Name of the institution where the study was carried out.
- Information on support received in the form of grants, equipment or drugs.
- Congresses where this study was presented.
- Name, address, telephone and fax numbers, and e-mail of the corresponding author.

Abstract in Portuguese and in English

All manuscripts should have an **abstract** in Portuguese and one in English. Manuscripts that are written in Spanish should also have **abstracts** in Portuguese and in English, besides the one in Spanish. The content of these abstracts should be identical and they should not exceed 250 words each. Abstracts of original articles should have the following structure: Objective, Methods, Results and Conclusions. Case reports, review and update articles should not have structured abstracts. Abbreviations should be avoided in the abstract, and it should have no references.

Three to six keywords chosen from those available in the Health Science Descriptors (<http://decs.bvs.br>) should be presented after the abstracts in Portuguese, English and Spanish.

Acknowledgments

This section should be used to recognize the work of people who had collaborated intellectually with the study but do not fulfill the requirements of co-authorship, or people or institutions that have provided material support.

References

Throughout the text, citations should be identified between parentheses using the last name of the authors and the year of publication. Examples: one author (Step toe, 1978), two authors (Edwards & Steptoe, 1980), more than two authors (Van Steirteghem *et al.*, 1988).

The list of references should be presented in alphabetical order (using the last name of each authors followed by the two first initials). This list should not be numbered. Reports of the same author should be presented chronologically; reports of the same author in the same years should be identified with letters after the year (2000a, 2000b, etc.). References will be presented according to the models proposed in the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (see examples below). All references listed should be mentioned in the text and vice-versa.

1. Journal article: Edwards RG, Steptoe PC, Purdy JM. Establishing full-term human pregnancies using cleaving embryos grown in vitro. *Br J Obstet Gynaecol.* 1980;87:737-56.

2. Book: Wolf DP, Quigley MM, eds. Human in vitro fertilization and embryo transfer. New York: Plenum Press; 1984.

3. Book chapter: Simpson JL. Gonadal dysgenesis and sex abnormalities: phenotypic-karyotypic correlations. In: Vallet HL, Porter IH, eds. Genetic mechanisms of sexual development. New York: Academic Press; 1979. p. 365-77.

4. Electronic journal article: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [electronic journal]*. 2002 Jun [cited on 2002 ago 12];102(6): [approximately 3 p]. Available in: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

5. Internet article: Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40. Available in: <http://www.jmir.org/2004/4/e40/>. Accessed on: 11/29/2004.

6. Site: OncoLink [Internet site]. Philadelphia: University of Pennsylvania; c1994-2006. [updated on 2004 set 24; cited on 2006 mar 14]. Available in: <http://cancer.med.upenn.edu/>.

7. Software: Smallwaters Corporation. Analysis of moment structures: AMOS [software]. Version 5.0.1. Chicago: Smallwaters; 2003.

Tables and figures

Tables and figures (graphs, pictures, etc) should be numbered in Arabic numerals in the order they appear in the text, and their individual legends should be presented in the end of the manuscript. Each table and figure should be submitted on a separate sheet.

Tables should have only the horizontal lines, and each result should be placed in one independent cell. Explanations on the items in the tables should be presented in footnotes identified by the following symbols, in this order: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Figures (graphs, pictures, etc.) should be printed in black and white. Reproduction of color pictures will be made at the expense of the author. Figures may be electronically submitted using file extensions .jpg, .gif or .tif, with a minimum resolution of 300 dpi (for clear printing results), or sent by mail (see mailing instructions below). All figures sent by mail should be identified by a label pasted on its back with the name of the first author, the number of the figure and an arrow showing the top of the picture.

Scanned pictures are not acceptable; printed pictures should be sent by mail. Authors should make every effort to preserve the anonymity of the patient by removing or concealing any identifiable features.

Graphs should be presented only in two dimensions.

Figures that have already been published in other articles should indicate the original source in the legend, and should be presented together with a letter of authorization provided by the owner of the copyright (publishing house or journal)

Article submission

Articles should preferentially be sent by e-mail (jbes@jbes.com.br) or by the website www.jbes.com.br. The text and figures should be sent as attachments. Figures (exclusively digital graphs and pictures) may be sent as .jpg, .gif or .tif files with minimum resolution of 300 dpi and 3 MB maximum file size (for the set of figures).



doctorpress.

Doctor Press Editora Científica

www.doctorpress.com.br

R. Lutécia, 990 - Cj 3 - São Paulo - SP - CEP 03423-000
Tel.: 55-11-3895-0009 / 55-11-8326-1412

JBES - Jornal Brasileiro de Economia da Saúde
www.jbes.com.br

Publisher: Osmar A. Silva
Revisão: Jane Muniz, Paula Tavoraro
Editor de arte: Maurício Domingues
Editoração: Modo Design
Impressão: Pigma Gráfica e Editora Ltda
Periodicidade: Trimestral

Assinatura anual local: R\$ 120,00. Em até 3 parcelas de R\$ 40,00

Assinatura anual internacional: US\$ 100,00

Annual local subscription: R\$ 120,00

Annual international subscription: US\$ 100,00

O Jornal Brasileiro de Economia da Saúde (JBES) é uma publicação periódica independente, trimestral e destina-se a disseminar o conhecimento científico nas áreas de economia da saúde e de avaliação de tecnologias em saúde (ATS). Nenhum artigo ou parte integrante de qualquer conteúdo publicado em suas páginas poderá ser reproduzido sem prévia autorização por escrito da Doctor Press Editora Científica.

Os anúncios veiculados nesta edição são de exclusiva responsabilidade dos anunciantes, assim como os conceitos emitidos em artigos assinados são de exclusiva responsabilidade de seus autores, não refletindo necessariamente a opinião do JBES e da Doctor Press Editora Científica.

The Brazilian Journal of Health Economics (BJHE) is an independent quarterly periodic and aims to disseminate scientific knowledge among Health Economics and Health Technology Assessment (HTA) fields. No one article or part of any content published in its pages can be reproduced without the editor's prior authorization.

All the information on this edition about the announced products is under the entire responsibility of the advertisers, as well as concepts within signed articles are under exclusive responsibility of their authors, and do not necessarily express JBES and Doctor Press Editora Científica's opinion.

JBES

Jornal Brasileiro de
Economia da Saúde
Brazilian Journal of Health Economics

JUNHO 2011, VOLUME 3, NÚMERO 2 | JUNE 2011, VOLUME 3, NUMBER 2

SUMÁRIO SUMMARY

EDITORIAL | EDITORIAL

- 210 **Próximos passos**
Stephen Doral Stefani

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 211 **Utilização de recursos e custos associados às cirurgias de reconstrução de mama pós-mastectomia com expansores temporários *versus* expansores permanentes sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar**
Resource utilization and cost analysis of breast reconstruction after mastectomy with temporary versus permanent expanders from the perspective of the Brazilian Private Health System
Roberta Arinelli Fernandes, Maíra Libertad Soligo Takemoto, Angelo Gustavo Zucca Matthes, Marcela Caetano Cammarota, Márcio Miranda Arcoverde, Murillo Francisco Pires Fraga
- 217 **Nova técnica de avaliação do sistema de gestão de uma fundação hospitalar**
The new technique of evaluation of management system of an hospital foundation
Vidigal Fernandes Martins, Vinicius Silva Pereira
- 227 **Avaliação econômica do ranibizumabe no tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI) exsudativa**
Economic evaluation of ranibizumab in the treatment of exudative age-related macular degeneration (AMD)
Maíra Libertad Soligo Takemoto, Cibele Suzuki, Roberta Arinelli Fernandes, Plínio Marcos Leal Santos, Ana Clara Melo Tolentino, Nilcéia Lopes da Silva

ARTIGO DE REVISÃO | REVIEW ARTICLE

- 235 **Aspectos da qualidade e recuperação de serviços na saúde: um enfoque nos serviços odontológicos**
Aspects of recovery and quality of health services: a focus on dental services
Janduhy Camilo Passos, Vidigal Fernandes Martins, Marco Aurélio Afonso Abreu
- 242 **Corporate governance in teaching hospitals: a study on a university hospital**
Vidigal Fernandes Martins, Vinicius Silva Pereira, Peterson Elizandro Gandolfi

247 NOTÍCIAS | NEWS

248 EVENTOS | EVENTS

Somos brindados, no Brasil, com grupo de profissionais e um contingente de material humano muito bem treinado e qualificado que nos obriga a tomar posição de ponta. Além disso, a necessidade de trabalhar com escassez histórica de recursos gerou uma geração de criativas e talentosas pessoas que, muitas vezes, se deparam com uma demanda de trabalho de rotina que quase inviabiliza alocar tempo para produção científica ou mesmo compartilhar informações de forma sistemática.

Com o desafio estimular estas pessoas e de aprimorar um trabalho que vinha sendo muito bem feito por meu antecessor, assumo como Editor do Jornal Brasileiro de Economia da Saúde. Definidamente o processo inicial é mais penoso e, vencidas as primeiras dificuldades, como oferecer espaço com credibilidade e crítica científica pertinente, cabe ampliarmos nossos objetivos. Cada vez mais, grandes congressos e encontros de economia

da saúde têm oferecido mais espaço para debates práticos, com discussão de novos modelos de gestão e relação entre atores, por exemplo. Nada mais pertinente do que oferecer espaço, no JBES, para estes debates.

Da mesma forma, temos meta de cumprir todos os quesitos necessários para ampliar a indexação do JBES. Agregando estudos originais – portanto informações inéditas extraídas de análises científicas com dados próprios – devemos cumprir este quesito a avançar neste caminho

Enfim... mão à obra. Como mencionei, temos as ferramentas... temos que usá-las.

Stephen Doral Stefani
Editor-chefe do Jornal Brasileiro de Economia da Saúde
stephens@terra.com.br

Utilização de recursos e custos associados às cirurgias de reconstrução de mama pós-mastectomia com expansores temporários versus expansores permanentes sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar

Resource utilization and cost analysis of breast reconstruction after mastectomy with temporary versus permanent expanders from the perspective of the Brazilian Private Health System

Roberta Arinelli Fernandes¹, Maíra Libertad Soligo Takemoto¹, Angelo Gustavo Zucca Matthes², Marcela Caetano Cammarota³, Márcio Miranda Arcoverde⁴, Murillo Francisco Pires Fraga⁵

Palavras-chave:

custos e análise de custo, mastectomia, implantes de mama mamoplastia

Keywords:

costs and cost analysis, mastectomy, breast implants, mammoplasty

RESUMO

Objetivo: Estimar os custos médicos diretos associados à reconstrução de mama pós-mastectomia em um tempo cirúrgico com expansor permanente (Becker™) versus reconstrução em dois tempos com expansor temporário, seguido pela colocação do implante definitivo no segundo tempo, sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura e painel de especialistas estimaram e validaram o padrão de tratamento das técnicas em horizonte temporal de 12 meses. O custo total de cada procedimento e o impacto orçamentário da incorporação do expansor permanente foram calculados. Análise de sensibilidade univariada testou como parâmetros o preço do expansor temporário, implante definitivo e expansor permanente, de acordo com diferentes fabricantes e o desconto sobre os preços de lista dos produtos. **Resultados:** Os custos para a reconstrução em dois tempos e em um tempo foram de R\$14.845 e R\$14.342, respectivamente. O custo incremental representa uma economia de R\$502 favorecendo a reconstrução em um tempo. Quando foram aplicados descontos sobre o valor do expansor permanente, essa economia variou de R\$502, no caso base, a R\$2.482, com desconto de 30% **. A análise de impacto orçamentário calculada para o cenário de uma operadora de planos de saúde com 1.000.000 de vidas previu uma economia de R\$41.825. **Conclusões:** A reconstrução em um tempo cirúrgico apresentou menor custo quando comparada à técnica em dois tempos.

ABSTRACT

Objective: To estimate direct medical costs associated with breast reconstruction surgery after mastectomy in single stage with permanent expander (Becker™ expander) versus two stage reconstruction with a temporary expander followed by a silicone implant, from the perspective of the private health care system. **Methods:** A systematic literature review and an expert panel were conducted to estimate and validate patterns of treatment for both techniques in a 12 month time horizon. Total costs for each procedure and budget impact analysis were calculated. One-way sensitivity analyses were conducted to test temporary expander, silicone implant and permanent expander prices according to brand and applied discounts on full price. **Results:** Costs of two stage and single stage reconstruction were 14,845 BRL and 14,342 BRL, respectively. Single stage reconstruction exhibited

*Becker™ é um produto exclusivo da Mentor®

** Foi considerado para Becker™ o preço de referência na revista SIMPRO

Recebido em 21/03/2011 – Aprovado para publicação em: 19/08/2011

1. Especialista em Economia da Saúde, ANOVA – Tradução do Conhecimento em Saúde, RJ; 2. Mastologista, Hospital do Câncer de Barretos, SP; 3. Cirurgiã Plástica, Hospital Daher, DF; 4. Cirurgião Plástico, Hospital Geral de Roraima, RR; 5. Cirurgião Plástico, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, SP

Conflito de interesse: O estudo foi conduzido a partir de solicitação do fabricante do expansor permanente ajustável tipo Becker™ (Mentor®. No Brasil, os produtos da Mentor® são comercializados pela Johnson & Johnson Medical Brasil, uma divisão da Johnson & Johnson do Brasil Indústria e Comércio de Produtos para Saúde Ltda.), sob seu patrocínio. Não foram feitas alterações pelo patrocinador na estrutura, análise, resultados ou outros aspectos metodológicos deste estudo, bem como na condução do Painel de Especialistas.

Endereço para correspondência: Roberta Arinelli Fernandes, Rua General Polidoro, 154/03 – Botafogo – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22.280-005, Telefone/fax: (21) 2244-9891, E-mail: robertaarinelli@anova.org.br

savings of 502 BRL in the base case and 2,482 BRL when a 30%** discount was applied within one-way sensitivity analysis. Budget impact analysis calculated to a private health plan with 1,000,000 patients resulted in savings of 41.825 BRL. **Conclusions:** Breast reconstruction in single stage showed lower cost when compared to two stage reconstruction.

*Becker™ is a trade mark of Mentor®

** Becker™ reference price was collected from SIMPRO list

Introdução

As reconstruções mamárias tornaram-se parte integrante do tratamento do câncer de mama, fornecendo melhor qualidade de vida às pacientes submetidas à mastectomia (Almeida Junior, 2009). Estudos prévios demonstraram benefícios psicossociais e de saúde significativos com a realização da reconstrução mamária após mastectomia (Alderman *et al.*, 2002; Kroll, 1997; Stevens *et al.*, 1984; Asplund & Korlof, 1984).

A reconstrução imediata pode ser realizada com diversas técnicas, como: utilização de retalhos miocutâneos autólogos, implantes definitivos ou expansores ajustáveis. Na década de 1980, foram descritas as primeiras técnicas de reconstrução mamária imediata com próteses. A utilização de expansores, quando indicada, pode ser realizada em dois estágios (colocação de expansor temporário no primeiro tempo, seguido por sua substituição por um implante definitivo no segundo tempo cirúrgico), ou em estágio único, com a colocação de um expansor permanente.

A reconstrução imediata com utilização de expansores ajustáveis permanentes é considerada um método seguro e eficaz, de rápida realização, utilizando intervenções menores e que apresenta baixos índices de complicações. Os resultados estéticos são favoráveis, com possibilidade de expansões ou deflações para controle do tamanho. Sua indicação engloba diferentes faixas etárias e condições clínicas. Além disso, apresenta como principal vantagem a reconstrução em tempo único (Hsieh *et al.*, 2010; Guimarães *et al.*, 2008).

O objetivo deste estudo é estimar o padrão de tratamento, a utilização de recursos e os custos médicos diretos associados à reconstrução de mama pós-mastectomia em um único tempo cirúrgico (com utilização de expansor permanente ajustável tipo Becker™) versus reconstrução em dois tempos cirúrgicos (com utilização de expansor temporário seguido pela colocação do implante definitivo no segundo tempo), sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil.

Métodos

Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura sobre as técnicas de reconstrução de mama pós-mastectomia, nos bancos de dados Medline via Pubmed, Cochrane, Lilacs e EM-BASE, incluindo os artigos publicados até julho de 2010. Foi

utilizada estratégia de busca estruturada conforme o Handbook de Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane. Foi realizada, ainda, busca nos principais bancos de registros de ensaios clínicos e estudos observacionais, assim como busca por publicações nacionais, com o objetivo de identificar diretrizes, revisões, editoriais e recomendações locais. A partir das informações encontradas, foi definido um padrão de tratamento para cada um dos procedimentos em um horizonte temporal de 12 meses.

A fim de adaptar e validar o padrão de tratamento para o cenário nacional, um Painel de Especialistas foi realizado, composto por cinco cirurgiões plásticos e um mastologista, procedentes de diferentes regiões do Brasil. As duas técnicas comparadas foram:

- Reconstrução de mama pós-mastectomia em dois tempos cirúrgicos, com mastectomia e colocação de expansor temporário no primeiro tempo, seguida pela substituição do expansor por implante definitivo no segundo tempo;
- Reconstrução de mama pós-mastectomia em um tempo cirúrgico, com mastectomia e colocação de expansor permanente ajustável tipo Becker™.

Foram considerados apenas os custos diretos relacionados ao cuidado prestado às pacientes sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar como fonte pagadora. A valoração dos itens de custo foi realizada por meio de metodologia específica com pesquisa em bancos de dados oficiais (AMB, 2008; Revista SIMPRO, 2010; Brasil, 2010; PROAHSA, 2006).

Os itens de utilização de recursos e seus respectivos custos foram agrupados por procedimento. Cada procedimento foi ainda dividido em período pré-operatório, ato cirúrgico, hospitalização e período pós-operatório.

Para estimar o impacto orçamentário da incorporação da tecnologia sob a perspectiva de uma operadora de planos de saúde com cobertura de 1.000.000 de vidas, adotou-se a incidência anual de câncer de mama reportada pelo Instituto Nacional do Câncer para o ano de 2010. Dada a ausência de dados de proporção de pacientes mastectomizadas entre aquelas diagnosticadas com câncer de mama na Saúde Suplementar, foi empregado um racional baseado em estimativas para o SUS (número de mastectomias realizadas em 2010/novos casos de câncer de mama atendidos pelo SUS). O

número de novos casos potencialmente atendidos pelo SUS foi calculado aplicando-se a cobertura de planos de saúde na população feminina em 2010 ao número total de casos, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar. A proporção de pacientes submetidas à mastectomia com indicação de reconstrução foi obtida a partir de dados de uma operadora de planos de saúde (Unimed Belo Horizonte).

Foi realizada análise de sensibilidade univariada para os seguintes parâmetros: preço do expansor temporário, implante definitivo e expansor permanente (conforme fabricante selecionado para análise) e desconto sobre o preço máximo dos implantes (revista SIMPRO) variando de 15% a 30%.

Resultados

O caso base considerou como padrão a utilização do expansor permanente ajustável tipo Becker™ para o procedimento em um tempo e a utilização de expansor temporário e implante definitivo para o procedimento em dois tempos, de acordo com dados obtidos pelo Painel de Especialistas.

Para o período pré-operatório, a conduta foi assumida como semelhante entre as duas técnicas, porém, realizada duas vezes na reconstrução em dois tempos. Os recursos considerados e seus respectivos custos associados encontram-se demonstrados na Tabela 1. Durante a hospitalização, foi considerada a diária em enfermaria para todos os grupos. O procedimento "Reconstrução da mama com prótese ou expansor" (AMB, 2008) foi utilizado para os três atos cirúrgicos, além dos respectivos procedimentos de mastectomia. Todos os materiais consumidos durante a hospitalização foram contemplados. No período pós-operatório, foram consideradas consultas médicas, seis sessões de expansão para o implante temporário e três sessões para o implante definitivo, além de um procedimento para a retirada da válvula (Tabela 2).

Foi consenso entre os especialistas que a incidência de complicações no período pós-operatório não difere entre as duas técnicas, sendo dependente de fatores relacionados às condições clínicas das pacientes, tratamento oncológico e técnica cirúrgica empregada na mastectomia, comuns às duas técnicas. Portanto, para efeitos de precificação e comparação de custos, tais complicações não foram incluídas na análise.

Reconstrução em dois tempos cirúrgicos

Para a reconstrução em dois tempos, considerando-se o caso base, os resultados para os períodos pré-operatório, ato cirúrgico, hospitalização e pós-operatório para o primeiro e segundo procedimentos cirúrgicos estão demonstrados, respectivamente, nas Tabelas 1, 2 e 3. Os custos associados a essa técnica, agrupados por período, estão demonstrados na Tabela 4. O custo total da técnica de re-

Tabela 1 - Período pré-operatório

Recurso	Quantidade	Custo (R\$)*	Custo Total (R\$)
Consulta médica	2	42,00	84,00
Hemograma	1	10,09	10,09
Dosagem de sódio	1	4,53	4,53
Dosagem de potássio	1	4,53	4,53
Dosagem de glicose	1	4,53	4,53
Dosagem de ureia	1	4,53	4,53
Dosagem de creatinina	1	4,53	4,53
Coagulograma	1	28,65	28,65
Radiografia de tórax	1	36,25	36,25
Eletrocardiograma	1	24,63	24,63
Total	-	-	206,27

*Fonte: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 4ª edição, 2008.

Tabela 2 - Período pós-operatório

Recurso	Quantidade	Custo (R\$)*	Custo Total (R\$)
Reconstrução em dois tempos: primeiro tempo			
Sessões de expansão	6	72,17	433,00
Consultas pós-operatório	1	42,00	42,00
Total			475,00
Reconstrução em dois tempos: segundo tempo			
Consultas pós-operatório	8	42,00	336,00
Total			336,00
Reconstrução em um tempo			
Sessões de expansão	3	72,17	216,50
Consultas pós-operatório	10	42,00	420,00
Total			1.019,34

*Fonte: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 4ª edição, 2008.

construção de mama pós-mastectomia realizada em dois tempos cirúrgicos foi de R\$14.845,39.

Reconstrução em um tempo cirúrgico

Considerando-se o caso base para a técnica de reconstrução em um tempo, utilizando o expansor permanente ajustável Becker™, os resultados para o pré-operatório, ato cirúrgico, hospitalização e pós-operatório estão demonstrados, respectivamente, nas Tabelas 1, 2 e 3. Os custos associados a essa téc-

Tabela 3 - Ato cirúrgico e Hospitalização

Recurso	Custo (R\$)*
Reconstrução em dois tempos: primeiro tempo	
Mastectomia + Colocação expansor - Medicamentos	1.693,04
Mastectomia + Colocação expansor - Expansor	800,00
Mastectomia + Colocação expansor - Insumos	1.362,04
Mastectomia + Colocação expansor - Honorários médicos	2.194,00
Honorários anestesiológista	510,00
Hospitalização em enfermaria	451,82
Taxa de sala cirúrgica	306,00
Total	7.316,88
Reconstrução em dois tempos: segundo tempo	
Reconstrução – Medicamentos	1.641,95
Reconstrução – Prótese mamária anatômica	1.150,00
Reconstrução – Insumos	1.289,21
Reconstrução – Honorários médicos	1.126,00
Honorários anestesiológista	340,00
Hospitalização em enfermaria	451,82
Taxa de sala cirúrgica	306,00
Total	6.304,98
Reconstrução em um tempo	
Mastectomia + Colocação expansor - Medicamentos	1.693,04
Mastectomia + Colocação expansor - Expansor permanente Becker™	6.600,00
Mastectomia + Colocação expansor - Insumos	1.362,04
Mastectomia + Colocação expansor - Honorários médicos	2.194,00
Honorários anestesiológista	510,00
Hospitalização em enfermaria	451,82
Taxa de sala cirúrgica	306,00
Total	13.116,88

*Fontes: Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, 4ª edição, 2008; Revista SIMPRO Hospitalar, 68ª edição, 2010; Lista de conformidades da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, 2010; Boletim de Indicadores do PROAHSA no 41, 2006.

nica, agrupados por período, estão demonstrados na Tabela 4. O custo total da técnica de reconstrução de mama pós-mastectomia realizada em um tempo cirúrgico foi de R\$14.342,49.

Custo incremental

A comparação de custos demonstra uma vantagem econômica para a realização do procedimento de reconstrução de mama pós-mastectomia em um tempo, utilizando o ex-

Tabela 4 - Custos associados às técnicas de reconstrução em um ou dois tempos

Procedimento	Custo (R\$)
Reconstrução em dois tempos	
Primeiro tempo	
Pré-operatório	206,27
Ato cirúrgico e hospitalização	7.316,88
Pós-operatório	475,00
Segundo tempo	
Pré-operatório	206,27
Ato cirúrgico	6.304,98
Pós-operatório	336,00
Custo total da reconstrução em dois tempos	14.845,39
Reconstrução em um tempo	
Pré-operatório	206,27
Ato cirúrgico e hospitalização	13.116,88
Pós-operatório	1.019,34
Custo total da reconstrução em um tempo	14.342,49
INCREMENTAL	- 502,91

pansor permanente ajustável tipo Becker™, gerando uma economia final de R\$502,91, quando comparada ao procedimento em dois tempos cirúrgicos (Tabela 4 e Figura 1). O custo do expansor permanente foi o principal direcionador de custo do procedimento em um tempo, conforme demonstrado na Figura 2.

Quando foram aplicados diferentes descontos sobre o valor máximo do expansor permanente Becker™ (revista SIMPRO), essa economia variou de R\$502,91, no caso base a R\$2.482,91, com desconto de 30%. Em cenários nos quais o expansor temporário e o implante definitivo em uso foram aqueles do fabricante Johnson & Johnson, a economia estimada com a técnica em estágio único foi de R\$3.472,91 no caso base, chegando a R\$5.452,91 no cenário com 30% de desconto sobre o valor máximo do expansor permanente Becker™ (revista SIMPRO), o que representa uma maior vantagem econômica para as fontes pagadoras que utilizam esse material especificamente (Figura 3).

A análise de impacto orçamentário mostrou que, para uma operadora de planos de saúde com 1.000.000 de vidas, aplicando-se as premissas consideradas no modelo, 83 casos seriam elegíveis, ao ano, para a cirurgia de reconstrução de mama. Adotar o expansor permanente Becker™ para os 83 casos anuais estimados para a operadora de planos de saúde resultaria em uma economia de R\$41.825,77, considerando-se 100% de substituição do expansor temporário.

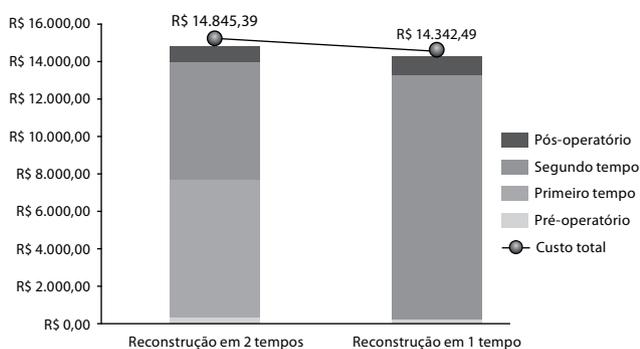


Figura 1 – Principais componentes de custo para cada procedimento

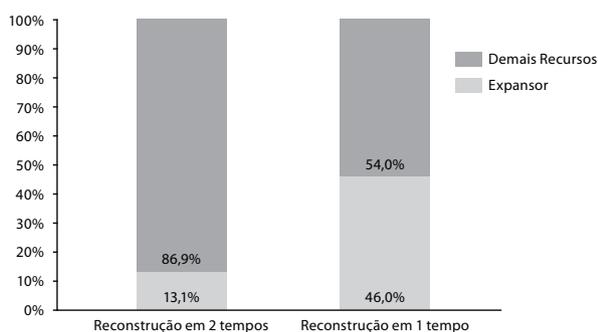


Figura 2 – Impacto do expansor no valor total do procedimento

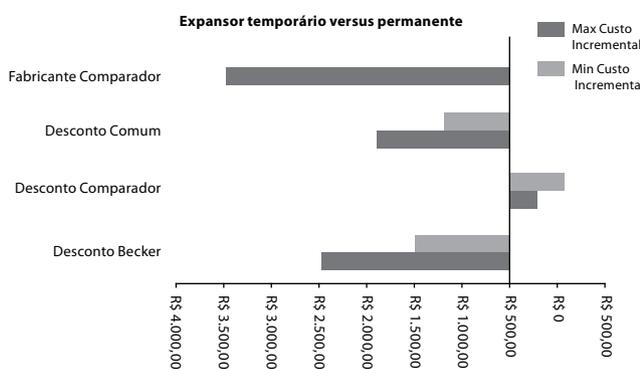


Figura 3 – Resultados da análise de sensibilidade

Discussão

O padrão de utilização de recursos envolvidos no manejo de uma determinada intervenção em saúde costuma variar entre diferentes países. Portanto, a utilização de dados internacionais pode não retratar a realidade brasileira no tratamento dos pacientes. Após a revisão da literatura, não foram localizados estudos que relatassem a utilização de recursos e o custo do manejo das pacientes submetidas à reconstrução de mama pós-mastectomia no Brasil. A partir da necessida-

de de definição dessas condutas, foi realizado um Painel de Especialistas, com mastologistas e cirurgiões plásticos com experiência nas técnicas avaliadas, para que a realidade nacional fosse reproduzida da forma mais fidedigna possível, contemplando as diversas variações regionais do país.

Foram discutidas as complicações que ocorrem em até 12 meses após o procedimento. Todas as complicações citadas pela literatura foram avaliadas (Esquenazi, 2007; Cordeiro & McCarthy, 2006; Yanko-Arzi *et al.*, 2009; Li *et al.*, 2010). Porém, foi consenso entre os especialistas a dificuldade em se atribuir determinada complicação especificamente à técnica utilizada na reconstrução, apesar de as pacientes estarem duplamente expostas ao risco no procedimento em dois tempos. De acordo com dados publicados, os principais fatores que levam a complicações são o tabagismo prévio e a realização de radioterapia (Camilleri *et al.*, 1996). Para efeitos de precificação e comparação de custos, portanto, tais complicações não foram incluídas na análise, não impactando no custo incremental.

Buscou-se utilizar uma abordagem conservadora, representada pela utilização do preço de lista (revista SIMPRO) do expansor permanente ajustável tipo Becker™, sem aplicação de desconto. Para o procedimento em dois tempos, foram considerados o expansor temporário e o implante definitivo do fabricante mais utilizado na prática diária, conforme relatado no Painel de Especialistas, buscando-se uma abordagem pragmática.

A reconstrução em um tempo cirúrgico, com utilização do expansor permanente ajustável tipo Becker™, representou uma economia de R\$502,91 por paciente, quando comparada à reconstrução em dois tempos. A análise de sensibilidade univariada indicou que essa economia deve ser maior para as fontes pagadoras que utilizam, atualmente, o expansor temporário e o implante definitivo do fabricante Johnson & Johnson, quando comparado ao fabricante adotado no caso base, cujo custo unitário é menor. Evidenciou-se, também, impacto significativo da variação no percentual de desconto aplicado sobre o valor máximo do expansor permanente.

Para a reconstrução em dois tempos, os honorários médicos representaram o principal componente do custo final do tratamento, correspondendo a 28% do custo total, seguidos pelo expansor temporário e implante definitivo utilizados (13%). Já na reconstrução em um tempo, o custo do expansor permanente utilizado corresponde a 46% do custo total, seguido pelos honorários médicos (19%). A análise de impacto orçamentário indicou uma economia significativa sob a perspectiva da fonte pagadora, demonstrando que os custos unitários mais altos do expansor permanente Becker™ são compensados por benefícios econômicos expressos, particularmente pela menor utilização de recursos decorrente da necessidade de cirurgia única. A reconstrução em um tempo cirúrgico

apresenta, além da economia demonstrada, potenciais benefícios em relação à reconstrução em dois tempos, se forem considerados os custos indiretos e os custos fixos hospitalares, não contemplados neste estudo.

Além dos benefícios econômicos, a reconstrução imediata promove benefícios psicossociais que auxiliam na recuperação das pacientes após a mastectomia (Esquenazi, 2010). As pacientes evidenciam significativo índice de satisfação com a utilização de expansores permanentes, com taxas de aprovação de 71% a 95% (Cordeiro & McCarthy, 2006; Guimarães *et al.*, 2008).

Conclusão

A técnica de reconstrução de mama pós-mastectomia em um único tempo cirúrgico, utilizando expansor permanente ajustável tipo BeckerTM, apresentou um menor custo quando comparada à técnica de reconstrução em dois tempos, com utilização de expansor temporário seguido de implante definitivo, em todos os cenários analisados. O principal direcionador do custo final de tratamento com a técnica em estágio único foi o expansor permanente.

Referências bibliográficas

- Alderman AK, Wilkins EG, Kim HM, Lowery JC. Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: Two-Year Results of the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109:2265-74.
- Almeida Junior GL. Reconstrução mamária imediata com expansor de tecido: estudo retrospectivo. *Rev Bras Cir Plást.* 2009; 24(1):36-42.
- Asplund O, Korlof B. Late results following mastectomy for cancer and breast reconstruction. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1984; 18(2):221-5.
- Associação Médica Brasileira. Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. 2008; 5ª edição.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lista de conformidades da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, versão de 10 de maio de 2010.
- Camilleri IG, Malata CM, Stravianos S, McLean NR. A review of 120 Becker permanent tissue expanders in reconstruction of the breast. *Br J Plast Surg.* 1996; 49:346-51.
- Cordeiro PC, McCarthy CM. A single surgeon's 12-year experience with tissue expander/implant breast reconstruction: part II. An analysis of long-term complications, aesthetic outcomes, and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118(4):832-9.
- Cordeiro PG, McCarthy CM. A single surgeon's 12-year experience with tissue expander/implant breast reconstruction: part I. A prospective analysis of early complications. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118(4):825-31.
- Esquenazi LB. New Options for Immediate Reconstruction: Achieving Optimal Results with Adjustable Implants in a Single Stage. *Plast. Reconstr. Surg.* 2007; 119:28-37.
- Guimarães GS, Daher JC, Cammarota CM. Reconstrução mamária com expansor permanente: uma outra alternativa. *Rev Bras Cir Plást.* 2008; 23(2):75-81.
- Hsieh F, Shah A, Malata CM. Experience with the Mentor Contour Profile Becker-35 expandable implants in reconstructive breast surgery. *J Plastic Reconstr Aesthet Surg.* 2010; 63(7):1124-30.
- Kroll SS. Immediate breast reconstruction: A review. *Ann Chir Gynaecol.* 1997; 86(1):5-12.
- Li FC, Jiang HC, Li J. Immediate Breast Reconstruction with Implants After Skin-Sparing Mastectomy: A Report of 96 Cases. *Aesth Plast Surg.* 2010 May 13.
- Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. Boletim de Indicadores do PROAHS. 2006; Ano X, janeiro/março, nº41.
- Revista SIMPRO Hospitalar, 68ª edição, junho/julho 2010.
- Stevens LA, McGrath MH, Druss RG et al. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg.* 1984; 73(4):619-28.
- Unimed Belo Horizonte. Grupo de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Implante Mamário Ajustável. Disponível em http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/242_Implante.pdf Acessado: 14/11/2010.
- Yanko-Arzi R, Cohen MJ, Braunstein R, Kaliner E, Neuman R, Brezis M. Breast Reconstruction: Complication Rate and Tissue Expander Type. *Aesth Plast Surg.* 2009; 33:489-96.

Nova técnica de avaliação do sistema de gestão de uma fundação hospitalar

The new technique of evaluation of management system of an hospital foundation

Vidigal Fernandes Martins¹, Vinicius Silva Pereira²

RESUMO

Objetivo: Este trabalho buscou entender o processo de implantação de um sistema integrado de gestão em uma Fundação Hospitalar e buscou levantar e avaliar os fatores relacionados ao comprometimento e envolvimento dos colaboradores neste processo. **Métodos:** Nesta pesquisa utilizou-se de uma técnica denominada *focus group*, a partir deste processo foram realizadas sessões de entrevistas coletivas com a alta gerência, funcionários administrativos, pessoal de apoio e os analistas de sistemas de uma da organização que administra os recursos de um hospital universitário. **Resultados:** Com base na interpretação da metodologia escolhida, os resultados revelaram que fatores essenciais são chaves, a integração da equipe de TI, o envolvimento dos colaboradores, além do *feedback* e alinhamento organizacional. **Conclusões:** A escolha do método *focus group* foi importante para a condução desta pesquisa, cabe destacar que foi observado durante as seções a interação dos indivíduos e as revelações de pontos importantes que foram observados ou cabe ressaltar a forma que os participantes estimulam o restante do grupo no período das discussões.

ABSTRACT

Objective: This study sought to understand the method of implementing the management system and evaluate the commitment and involvement of employees during the process. **Methods:** using a technique known as *focus group*. Sessions were held through group interviews with senior managers, administrators, systems analysts and support of a foundation that manages the resources of an university hospital. **Results:** Based on the interpretation of the chosen methodology, the research results showed that key factors are essential, improve the integration of IT staff, improved feedback and organizational alignment. **Conclusions:** The choice of the *focus group* was important points that were observed or the way it should be noted that participants encourage the rest of the group during discussions.

Palavras-chave:

sistema de gestão, sinergia, alinhamento organizacional, resultados

Keywords:

management, System, Synergy organizational alignment, results

Introdução

A literatura tem apresentado sugestões de pesquisas referentes ao *Enterprise Resource Planning* (ERP) com foco na seleção e adoção dos sistemas, mas não avalia o comprometimento dos funcionários e nem os reflexos após a concepção dessa tecnologia. Seleção e adoção são áreas críticas e muitos *insights* têm surgido. Além de influenciarem o sucesso da adoção dessas tecnologias, tais fatores influenciam os resultados futuros (Garttiker, 2005).

Leavitt, (1964), apresentou um modelo em forma de diamante para demonstrar os reflexos da tecnologia na empresa, de modo que cada fator de reflexo pode ser observado nas extremidades.

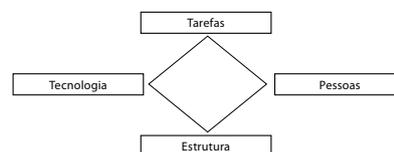


Figura 1 - O reflexo da Tecnologia da Informação na empresa

Recebido em 23/01/2011 Aprovado para publicação em: 15/02/2011

1. Professor Adjunto da Universidade Federal de Uberlândia UFU/FACIC, Doutorando em Administração pelo Programa de Doutorado em Administração da Fundação Getúlio Vargas EAESP/FGV, Líder do grupo de pesquisas Gestão&Saúde. vidigalfgv@gmail.com Vidigal@ufu.br

2. Professor da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia - UFU/FAGEN, Doutorando do Programa de Doutorado em Administração da Fundação Getúlio Vargas FGV/EAESP, Membro do grupo de pesquisas Gestão&Saúde. Viniciuss56@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila 2121 - Campus Sta Mônica – Bloco F SALA 1F 239 – Faculdade de Gestão e Negócios – FAGEN/UFU - Uberlândia - MG - CEP 38408-100 - Brasil – Tel.: 55 34 3239-4132

De acordo com este modelo, a adoção de uma nova tecnologia na organização deve levar em conta o tipo de estrutura, os sentimentos e as atitudes das pessoas que irão operar o sistema, os tipos de tarefas e decisões com os quais o sistema é programado e a história da organização. É de grande importância também observar qual foi o valor investido em períodos anteriores em tecnologia da informação, o pessoal envolvido, os relatos de sucesso, o fracasso na adoção dos sistemas e o ambiente no qual a organização deve ou deveria operar. Desse ponto de vista, é possível verificar a importância dada ao modelo, uma vez que os recursos são raros e, portanto, devem ser avaliados para que a implantação do sistema gere uma vantagem competitiva.

O modelo de transações com base em recursos (Barney, 2008) infere que a competitividade estratégica superior de um negócio é resultante da aplicação conjunta de recursos raros, diferenciados e difíceis de imitar que uma empresa possui em relação aos concorrentes. Esses recursos, geridos com competência, podem se transformar em vantagens competitivas para a organização. Dentre esses recursos, estão as pessoas com suas habilidades e competências distintas que, colocadas a serviço da organização, podem resultar em benefícios sob a forma de geração de valor. Pessoas são contratadas pelas organizações e recebem incumbências para desempenhar atividades dentro de estruturas funcionais adequadamente projetadas pelos gestores. O esperado é que essas pessoas produzam vantagens diferenciadas e, desse modo, possam influenciar positivamente no desempenho das organizações. Esse desempenho é resultado das consequências do comportamento, da atuação e da interação das pessoas dentro das empresas.

O ato de agir e de interagir se manifesta por meio de atitudes pessoais. As pessoas são o recurso mais valioso de uma organização na geração de valor, porém, as pessoas diferem entre si nas formas de pensar, de agir e de interagir. Isso precisa ser mais bem compreendido, pois quando atuam em conjunto nas organizações, nem sempre há convergências nas ações individuais, o que pode gerar conflitos e alterações no comportamento dos funcionários, podendo afetar o desempenho da empresa.

Daft (2010) aponta o comportamento organizacional como área interdisciplinar que estuda a maneira de agir do indivíduo e do grupo nas organizações, bem como as consequências das ações de liderança sobre eles. Nesse sentido, a manutenção ou a melhoria contínua do desempenho da empresa parece mostrar-se sensível e fortemente dependente das habilidades, das competências e das atitudes que as pessoas tomam no ambiente organizacional.

No presente estudo, a ênfase recai sobre o comprometimento no trabalho de colaboradores na organização em relação à adoção de um novo sistema de gestão. No entendimento de Siqueira (2008), estudos sobre o com-

prometimento no trabalho têm enfatizado os fatores determinantes do nível de comprometimento utilizando-se de diferentes escalas nacionais e internacionais, já validadas, predominantemente de natureza quantitativa. Para o autor, esses estudos ainda não foram concluídos até o momento.

Na presente pesquisa, não foram encontrados trabalhos de natureza qualitativa sobre o tema que tenham usado a técnica de entrevistas com trabalhadores por meio de grupos de discussão. Com o objetivo de contribuir para a ampliação da produção teórica sobre o assunto em questão, esta pesquisa buscou levantar e compreender os aspectos comportamentais dos funcionários a partir das seguintes questões norteadoras de pesquisa: 1. **De que forma o comprometimento e o comportamento dos funcionários ativos são importantes para o processo de implantação das novas tecnologias?** Especificamente avaliar o comportamento e o comprometimento dos funcionários quanto ao processo de implantação de uma nova tecnologia ERP em uma Fundação de Gestão Hospitalar. 2. **Quais questões ou fatores gerenciais são críticos para a transição de um modelo de ERP em uma fundação?** Para isso, procurou-se identificar as categorias conceituais e os fenômenos mais relevantes que emergissem da análise de dados. Acredita-se que as contribuições teóricas derivadas deste estudo possam ser úteis também aos gestores profissionais e líderes de negócios na implantação de novas tecnologias e softwares nas organizações.

Fundamentos teóricos de referência

Fundações

Guimarães (2003) conceitua que “Fundações são pessoas jurídicas que se constituem a partir de um patrimônio destinado a um determinado fim”. A autora revela que a Fundação, na perspectiva das pessoas jurídicas, representa uma evolução histórica e social humana que evoluiu de uma perspectiva individual de identidade jurídica para uma perspectiva abstrata e coletiva, a partir de uma entidade individual que a constitui, com existência concreta e jurídica possuindo suas próprias características. Conforme a Lei nº 8.958/94, as Fundações de Apoio se caracterizam como “instituições criadas com a finalidade de dar apoio a projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico de interesse das instituições federais contratantes”. O artigo 2º, estabelece que as fundações estejam sujeitas:

- I) a fiscalização pelo Ministério Público, nos termos do Código Civil;
- II) à legislação trabalhista;

III) ao prévio registro e credenciamento no Ministério da Educação e do Desporto e no Ministério da Ciência e Tecnologia, renovável bianualmente.

Considerando o nível de exigências ao qual essas fundações estão sujeitas, torna-se imprescindível manter um controle rígido para prestar contas aos grupos de indivíduos aos quais estão ligadas. Nesse sentido, manter um sistema de informação eficiente e eficaz é fundamental.

Evolução dos sistemas de informação

Com a necessidade de melhorar os sistemas de informação, a busca da eficiência nos processos de integração entre as áreas organizacionais, surge na década de 1990, o sistema ERP como forma de interagir um grande volume de transações no ambiente interno das organizações (Norris *et al.*, 2001). Na definição de Gattiker e Goodhue (2005, p.560), os "Sistemas *Enterprise Resource Planning* (ERP) são *softwares* comerciais que automatizam e integram alguns ou muitos processos das empresas". Eles prometem integração de processos e acesso a dados integrados da empresa como um todo. Companhias que adotaram tais sistemas têm a oportunidade de redesenhar suas práticas de negócios usando modelos já incorporados pelo *software*. Turban (2005) corrobora que o sistema ERP surge como um instrumento que permite o sucesso do gerenciamento das cadeias internas de fornecimento. Albertin e Prospero Sanches (2008, p.136), citando Foldoc (2006), inferem que o ERP "como um conjunto abrangente de atividades sustentadas por vários módulos de aplicação de *software* [SI] que auxiliam [...] gerentes a administrar partes importantes de seus negócios". Os autores comentam que esse sistema é composto de vários módulos como "Gestão do Relacionamento com o cliente (CRM); Gestão dos Ativos da Empresa (EAM); Gestão do ciclo de vida dos produtos (PLM); Gestão da Cadeia de Suprimento (SCM) e Gestão do Relacionamento com o fornecedor (SCM). Esses módulos estão presentes no sistema ERP, e existem diversos fornecedores." (Albertin e Próspero Sanches, 2008, p.136). Turban (2005) também complementa que os sistemas ERP na lógica de sistemas integrados de gestão apresentam um *software* que tem a finalidade de fazer a integração do planejamento, gerenciamento e uso dos recursos da organização. Esse sistema permite a automatização de eventos do dia a dia, dentre os quais as funções de controle de ativos e o atendimento de solicitações. Contudo, o ERP tem como característica principal proporcionar a integração das áreas departamentais ou funcionais através dos fluxos de informação funcionais de uma organização, sendo um sistema que atende aos diversos requisitos da empresa (Turban, 2005). Na perspectiva de Souza e Zwicker (2000), os sistemas ERP são ferramentas que permitem integrar o conjunto de dados que alicerçam grande parte das operações da organização. Para Norris *et*

al. (2001, p. 5), o que o ERP faz é "organizar, codificar e padronizar os processos e dados do negócio de um grupo empresarial". Para esses autores o ERP ainda permite sustentar o processo de decisão do negócio. Como observado por Albertin e Próspero (2008), Souza e Zwicker (2000) e Turban (2005), o sistema ERP permite a integração de dados, o que amplia sua funcionalidade com a característica de softwares de cunho apenas operacional.

Os fundamentos teóricos referentes à literatura consultada demonstram que o ERP está dentro do conceito de sistema que tem como finalidade principal proporcionar a integração dos dados e informações nas diversas áreas das empresas. Essa ferramenta proporcionará uma eficiência no planejamento e gestão dos recursos colocados à disposição da organização nos aspectos operacional, gerencial e estratégico. Porém, a sua implantação requer que os processos estejam mapeados e definidos. Gomes e Ribeiro (2004) alertam que o mapeamento e definição dos processos são fatores preponderantes na implantação do sistema. Esses processos mapeados e definidos irão contribuir para o êxito do *software* ERP na organização. Os processos de negócios da organização devem ser compatíveis com o sistema ERP, contudo, o êxito da implantação do ERP requer que os procedimentos de mapeamento de todos os processos organizacionais sejam bem definidos. No artigo "As Empresas são Grandes Coleções de Processos", Gonçalves (2000) inferiu que as empresas são vistas como grandes coleções de processos. O foco nos clientes é um fator primordial, uma vez que os processos de negócios iniciam e finalizam no cliente. Mendes e Escrivão Filho (2002) alertam que ao adquirir o ERP, é necessário que os processos de negócios estejam bem delineados, ou seja, definidos com o suporte da tecnologia da informação e que, somente após essa etapa, o *software* deverá começar a operar. A adoção de uma nova tecnologia sugere que a organização esteja preparada, e isso sugere um processo de mudança organizacional. A organização poderá desenvolver o sistema, porém terá que fazer uma escolha entre o desenvolvimento interno, comprar pacotes de softwares que estão à disposição no mercado ou terceirizar. Albertin e Prospero Sanches (2008) apontam que terceirizar a tecnologia implica na transferência parcial dos serviços internos, verificando que há uma relação entre cliente e fornecedor e que esses serviços devem ser realizados mediante contrato. Esses autores, citando Greaver (1999), Hirschhein e Lacity (2000), inferem que é "comum também a transferência dos fatores de produção (pessoas, facilidades, equipamentos, tecnologia e outros ativos) relacionados a esses serviços, bem como o direito de decisão sobre esses fatores" (Albertin e Próspero Sanches, 2008, p.135). Norris *et al.* (2001) sugerem que ao tomar essa decisão deve-se levar em conta a questão estratégica das atividades relevantes envolvidas, esse fator é fundamental. Outra questão que deve ser avaliada é o nível

de satisfação do atendimento presente e futuro dessas atividades. Rosa e Campos (2005) alertam:

Sendo assim, uma empresa deve decidir se vai comprar um sistema pronto, se vai desenvolver o seu sistema próprio, ou se vai fazer um projeto misto em que algumas funções estratégicas e específicas da empresa são feitas internamente e outras mais comuns são adquiridas de empresas comerciais. Para se tomar esse tipo de decisão e também para fazer todo o gerenciamento e acompanhamento do processo é necessário a criação de um comitê para concepção do projeto do sistema (Rosa, Campos, 2005, p. 2).

Fundamentado nessa inferência, percebe-se que essa decisão sobre o processo de adoção e implantação do ERP requer do gestor uma avaliação dos recursos envolvidos, do investimento financeiro, dos recursos humanos, da contratação de consultores e do tempo de implantação desse sistema. Diante das perspectivas diretas do Software ERP, o que se espera é a integração entre as áreas das organizações, e para isso é necessário o envolvimento de uma gama de recursos como pessoas, processos e um fluxo de informações muito intenso. Portanto, esse processo de implantação requer muita prudência e responsabilidade, caso contrário poderá afetar a estrutura organizacional e o quadro de pessoal da organização. Nesse sentido, é imprescindível o processo de capacitação do pessoal envolvido nas operações de implantação do ERP (Gomes e Ribeiro, 2004). Esses autores chamam a atenção para fatores que podem não ser positivos e criar empecilhos, como resistência ao processo de mudanças e falha no gerenciamento da equipe do projeto. Outros fatores de grande importância e que envolvem a complexidade no processo de adoção de novas tecnologias são apresentados por Norris *et al.*, (2001):

- Resistência política: para que o projeto tenha êxito, torna-se imprescindível o comprometimento dos líderes.
- Desafios culturais: esse fator não é fácil de administrar quando se inicia uma nova maneira de trabalhar, e isso implica em novos desafios na cultura das organizações. Os colaboradores começam a fazer questionamentos quanto à mudança dos procedimentos operacionais, ou seja, quanto à forma de funcionamento dos processos no passado. Na perspectiva de Souza e Zwicker (2000), as principais barreiras estão relacionadas à atualização dos sistemas, ou seja, adoção de novas versões após a implantação em consequência do processo de melhoria contínua do sistema, buscando aprimorar os processos organizacionais. Diante dos argumentos apresentados, o fator tempo apresenta-se como uma variável de grande importância no que se refere ao aspecto de adaptação a essa nova tecnologia na organização, bem como da organização com o novo sistema. Mendes e Escrivão Filho (2002) relatam que a adoção de um software ERP é um projeto que envolve a organização e requer um proces-

so de mudança, portanto, não é apenas um projeto de informática. O sucesso na implantação dessa nova tecnologia vai depender do grau de envolvimento da organização e de seus líderes no processo de aprendizagem e envolvimento com a equipe. Implantar um sistema dessa magnitude requer que as organizações estejam cientes do processo de mudança envolvido, caso contrário, a tendência é que o projeto não obtenha o sucesso esperado.

Nesta seção, observou-se que é de suma importância considerar que os sistemas ERP buscam a melhoria na eficiência, cujo foco está no ambiente interno da organização. O ponto crucial está no bom relacionamento que a empresa estabelece com os colaboradores e na maneira que os colaboradores irão utilizar essa tecnologia. Quanto ao ambiente externo, poderá haver mais eficácia, à medida que o relacionamento da empresa com as partes interessadas melhore.

Sistemas ERP nas organizações: uma avaliação dos impactos

A adoção de sistemas ERP se configura por uma mudança organizacional e tecnológica. Uma característica marcante está relacionada com o processo de mudança cultural e a nova forma de enxergar a organização, substituindo uma estrutura departamental por outra apoiada em processos (Souza e Saccol, 2003). Outros pontos que merecem ser destacados são os fatores críticos de sucesso; nesse sentido, alguns autores apontam vários fatores que devem ser verificados durante o ciclo de vida do projeto ERP, (Okolica, 2001); (Laurindo e Pessoa, 2001); (Holland e Light, 1999); (Dias, 1999); (Albertin, 1996):

- alta direção: envolvimento e mudanças constantes de estratégias;
- estratégia: visão a longo prazo, alinhamento com fatores de negócios e tecnológicos;
- cultura organizacional: receptividade a mudanças e nível de alterações provocadas;
- processos: adaptação necessária ao novo sistema;
- usuários: definição de papéis, envolvimento e treinamento;
- equipe de consultores: qualificação e comunicação com usuários;
- seleção do sistema: motivos para iniciar uma seleção e forma de condução;
- implementação: definição de prazos e forma de condução;
- software: adequação ao contexto da empresa e ligação com sistemas existentes.

Esses Os fatores supracitados citados acima influenciam de maneira diferente em cada organização. Para Dias (1999) e Albertin (1996), o aspecto fundamental para o sucesso do projeto é equacionar o equilíbrio entre os esforços direciona-

dos aos fatores que possuem mais e menos influência, para evitar desgastes desnecessários.

Comprometimento no trabalho

O comprometimento no trabalho como tema de estudo tem sido marcado pela diversidade de definições e de quadros teóricos de referência. Essa falta de consenso levou os pesquisadores da área de comportamento organizacional a adotarem movimentos desordenados de criação de instrumentos de medida na tentativa de medir o nível do referido construto.

Dentre esses movimentos, há uma sugestão fundamentada em três subconstrutos ou formas para se medir o comprometimento no trabalho: continuação, coesão e controle (Kanter, 1968).

Em outra vertente de pesquisa independente, O'Reilly e Chatman (1968) propuseram que o comprometimento poderia ser mensurado em três bases: a) *compliance* ou submissão, motivada por recompensas extrínsecas; b) *identification* ou identificação, baseada no desejo de afiliação e c) *internalization* ou internalização, causada pela congruência entre valores individuais e organizacionais.

Em seu trabalho seminal, Etzioni (1975) relaciona o poder nas organizações a três formas de envolvimento: o alienativo, mensurado pela percepção de sanção/punição; o calculativo, vinculado às diferentes maneiras de recompensas e de benefícios; o moral, associado às recompensas simbólicas que fazem sentido na representação mental do indivíduo.

Os resultados dessas pesquisas geraram uma proliferação de instrumentos de medida e, conseqüentemente, uma fragmentação e redundância conceitual (Morrow, 1983). Essa autora identificou em suas pesquisas a presença de 29 conceitos e medidas sobre comprometimento. Diante da falta de convergência, a sua contribuição teórica central foi a proposta de reduzir esses conceitos para cinco dimensões do construto com foco em valores, organização, carreira, trabalho e sindicato. A partir dessa proposta, é possível perceber a existência de múltiplos focos ou de partes do contexto que podem ser alvo de vínculos do indivíduo, dentro e fora do ambiente de trabalho.

O comprometimento pode ser entendido como uma força que direciona o comportamento das pessoas dentro das organizações e que pode, ao mesmo tempo, atuar como fonte de estabilização das relações sociais no ambiente de trabalho e também como fonte de coação da estrutura sobre as pessoas (Meyer, Hercovitch, 2001). Nessa perspectiva, pode assumir uma característica de natureza multidimensional. A vertente afetiva ou atitudinal refere-se ao processo de identificação do indivíduo com os objetivos e valores da organização. Três dimensões são usadas para mensurar esse processo: 1) a forte crença e aceitação dos valores e objetivos da organização; 2) o grande desejo de manter o vínculo

com a organização e 3) a intenção de empenhar-se em prol da organização (Bateman, Strasser, 1984). Em uma organização, geralmente constituída de múltiplos segmentos sociais e funcionais que convivem e estabelecem relações de maneira contínua e/ou intermitente, a chance de convergência das ações é colocada em risco; pois nem sempre as pessoas partilham os mesmos objetivos e valores. A ocorrência dessa situação nas empresas pode contribuir para desempenhos abaixo da média de mercado.

Nesse sentido, o comprometimento pode ser entendido como um conceito formado a partir da atitude tomada pela pessoa ou a partir de indicadores comportamentais ou de processos que vinculam o sujeito a um curso específico de ação definido pela organização (Siqueira, 2008). Para Robbins (2005), os três tipos principais de atitudes com foco nas pesquisas são a satisfação com o trabalho, o envolvimento com o trabalho e o comprometimento organizacional. Ainda para o autor, dentre os fatores determinantes do nível de comprometimento no trabalho destacam-se: participação, melhor desempenho e produtividade; empenho extra ou sacrifício adicional; defesa da organização. Abreu (2001), em seu trabalho sobre o comprometimento no processo de informatização, ressalta a importância do executivo responsável pela informatização como um fator de sucesso. Outro fator considerado pela autora é o distanciamento entre usuários e analistas, o que prejudica o processo de comunicação entre as partes; portanto, deve ser gerenciado para não prejudicar o projeto de implantação. A autora destaca a grande importância do envolvimento, da educação e do treinamento de todos os usuários para o sucesso na implantação de um software integrado de gestão, ressaltando que a resistência às mudanças e o medo da substituição da mão de obra são barreiras ao sucesso efetivo do ERP nas organizações.

Procedimentos metodológicos da pesquisa

O Focus Group

Este estudo, dado suas características e objetivos, classifica-se dentro dos pressupostos da pesquisa exploratória. Segundo Gil (1988, p. 45), essa modalidade de pesquisa “[...] tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é portanto flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, pois propõe conhecer e analisar as percepções dos sujeitos (objeto de estudo) como seres sociais e históricos inseridos em uma determinada realidade. No âmbito das ciências sociais, quando uma pesquisa se propõe a conhecer e analisar como as pessoas sentem ou agem em relação a uma experiência ou acontecimento, um método muito adequado em pesquisas

qualitativas ou mistas para a coleta e análise dos dados é o focus group. Esse método apresenta a seguinte definição por Freitas e Oliveira (2006, p.325-326): “É um tipo de entrevista em profundidade realizada em grupo, cujas reuniões têm características definidas quanto à proposta, ao tamanho, à composição e aos procedimentos de condução. O foco ou o objeto de análise é a interação dentro do grupo.” Para Giovinazzo (2001): “Os participantes influenciam uns aos outros pelas respostas às ideias e colocações durante a discussão, estimulados por comentários ou questões fornecidas pelo moderador (pesquisador ou outra pessoa). Os dados fundamentais produzidos por essa técnica são transcritos das discussões do grupo, acrescidos das anotações e reflexões do moderador e de outros observadores.”

O focus group, também conhecido como técnica de discussão de grupos, tem por objetivo “obter o entendimento dos participantes sobre tópicos de interesse da pesquisa, não importando se é utilizado sozinho ou em conjunto com outras técnicas de coleta de dados, nem mesmo se busca questões ou respostas” (Freitas e Oliveira, 2006, p. 328-329). Para esses autores, a realização do focus group requer o cumprimento de três etapas essenciais: planejamento, condução das entrevistas e análise dos dados. No planejamento deve ocorrer a reflexão sobre o propósito das reuniões de maneira lógica e sequencial. Nessa etapa define-se como localizar os participantes; o número e o tamanho dos grupos, as características dos participantes para definição das categorias de análise e as boas questões a serem discutidas. Cabe aqui a definição da pessoa mais adequada para atuar como moderador durante as sessões de discussão. O comprometimento do moderador no focus group vai depender do modelo de pesquisa “[...], pois se estiver pensando em um formato altamente estruturado deve optar por entrevistas individuais e se o formato for altamente não estruturado a escolha deve ser por observação participante.” (Giovinazzo, 2001).

Esta pesquisa foi realizada em uma Fundação que administra recursos de um hospital universitário. A escolha dessa instituição foi feita por se tratar de uma organização que tem um papel importante na administração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos de um hospital universitário. Os recursos administrados são para pagamento de pessoal, aquisição de medicamentos, investimentos em tecnologia, pagamento de juros bancários, amortização de financiamentos e compra de materiais e utensílios. A organização constatou um déficit no orçamento, embora tenha adotado um sistema integrado para a implantação do processo de reestruturação de atividades e melhoria nos sistemas de informação. Segundo informações do gestor dessa Fundação, o sistema ERP veio como “uma mão na roda”, no sentido de “otimizar diversos processos, eliminar retrabalho, melhorar a eficiência,

a qualidade dos dados e da informação e, conseqüentemente, contribuir para a redução de custos”. Neste estudo, a amostragem foi decidida pelo pesquisador com o propósito de reunir três grupos de discussão para fazer a coleta de dados. O primeiro grupo (grupo A) foi composto por seis colaboradores que ocupam cargos de direção e alta gerência; o segundo grupo (grupo B) foi composto por funcionários das áreas de contabilidade, compras, RH, finanças, patrimônio e controle de materiais e o terceiro grupo (grupo C) foi composto por quatro analistas da área de tecnologia da informação, que acompanham e participam do processo de implantação.

Na fase de planejamento, o pesquisador reuniu os grupos por diversas vezes para definir a condução do processo de pesquisa. Nessa etapa, foi importante discutir e planejar o focus group, seguindo as orientações sugeridas por Freitas e Oliveira (1988, p. 332): “Cuidados com o planejamento da atividade não garantem bons resultados, mas uma abordagem tendenciosa para o desenho e a execução muito provavelmente produzirá resultados inadequados.” Nesse sentido, optou-se por trabalhar com três grupos focais, sendo dois grupos compostos por seis pessoas e um grupo composto por quatro pessoas, dada a natureza acadêmica do trabalho.

Após definido os grupos focais, a outra etapa deste estudo foi convidar as pessoas, escolher o perfil do moderador para conduzir as sessões e agendar os horários para as entrevistas e coleta de dados. Essa metodologia é sugerida por Krueger, 1994.

Para a condução da discussão, o pesquisador optou pela escolha do moderador, um professor universitário da área de auditoria e tecnologia da informação com experiência em procedimentos de inquérito, procedimento este utilizado em auditoria contábil e operacional. Essa decisão se justifica pelo fato de o referido professor possuir comprovado domínio teórico sobre o construto objeto desse estudo e sobre a condução de técnicas em entrevistas, possibilitando validar a estrutura das perguntas oferecidas para a discussão em grupo, além de conhecer bem a organização.

A coleta de dados foi realizada por três grupos de participantes. O primeiro grupo, composto por diretores e alta gerência, tem como características grau de instrução superior e especialização lato sensu, idade média de 40 anos, predominantemente do gênero masculino e que executam atividades estratégicas e táticas na instituição. O segundo grupo teve como características a participação de dois funcionários públicos da Universidade Federal de Uberlândia que estão lotados na Fundação objeto deste estudo, grau de instrução em nível superior e nível médio, predominantemente do sexo feminino, idade média de 32 anos e que executam atividades administrativas e de apoio. O terceiro grupo se caracteriza por duas pessoas do gênero masculino e duas pessoas do gênero feminino, todos com formação

superior e idade média de 34 anos, que atuam como analistas de sistemas.

Os debates foram iniciados na sala de reuniões na sede da organização pesquisada. A escolha do local deve-se ao fato de ser um local conhecido e diferenciado dos demais. Conforme sugerido por Freitas e Oliveira (2006, p. 339): “Alguns aspectos deverão ser observados para a escolha do local: ser de fácil localização pelos participantes; não propiciar distrações externas ou internas [...]”. Os participantes foram acomodados seguindo as orientações dos autores Freitas e Oliveira (2006, p. 339): “Os participantes deverão ser acomodados em forma de “U”, com moderador sentado de frente para todos.” O moderador se apresentou, cumprimentou a todos com uma mensagem de “bom dia, sejam bem-vindos” e destacou a importância da garantia de confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, bem como dos objetivos acadêmicos do trabalho. Segundo Wall (2001), a importância dessas mensagens iniciais possibilita a criação de uma atmosfera confortável, no sentido de permitir que os participantes fiquem mais descontraídos, possibilitando que eles expressem suas opiniões de uma maneira natural. Em seguida, todos os participantes se apresentaram. Para a coleta de dados, o moderador utiliza quatro perguntas orientadoras como estímulo inicial para a geração de ideias. Ao final de cada pergunta, o moderador faz uma síntese e solicita a aprovação dos participantes. Os comentários e as narrativas que emergiram das seções, com duração de aproximadamente de 40 minutos, foram gravados e acompanhados pelo pesquisador em 05 de outubro de 2010.

Análise dos dados obtidos

Uma das tarefas do pesquisador é desenhar uma estratégia de trabalho para reduzir, estruturar, interpretar e teorizar sobre os dados coletados. Neste estudo optou-se pelo modelo de Morse e Fields (1994), fundamentado em quatro processos: compreender, sintetizar, teorizar e recontextualizar. Para isso, os registros das narrativas pessoais ocorridas nas três sessões de entrevistas, armazenados em chips de gravador digital da marca Sony, foram transcritos para o programa MS-Word versão 2003 com a finalidade de possibilitar o início da etapa de planejamento da codificação dos conceitos. Os códigos são rótulos que permitem que os dados qualitativos sejam separados, compilados e organizados e servem como uma forma de ajudar no desenvolvimento de teoria (Collins e Hussey, 2005). Em seguida, iniciou-se a análise preliminar dos conteúdos transcritos das narrativas verbais para descobrir a existência de possíveis características comuns aos fenômenos que emergiram das discussões e compreendê-las.

Em sequência, realizou-se a classificação dos conceitos para se obter uma noção sintética dos mesmos. A clas-

sificação foi realizada em duas etapas, de tal forma que na segunda etapa fosse possível ter uma noção das categorias e das subcategorias do comprometimento dos colaboradores. Essa classificação é necessária devido à diversidade de ideias e de conteúdos que podem surgir das narrativas e porque não necessariamente as mesmas ideias podem surgir em todas as sessões de entrevistas coletivas (Ruyter, 1996). A classificação e a codificação inicial dos conteúdos foram realizadas de forma independente pelo pesquisador para identificar as similaridades e diferenças dos conceitos. Em seguida, esses relatórios foram confrontados para se complementar as diferentes percepções do pesquisador. Nessa etapa, o pesquisador foi auxiliado por uma psicóloga especialista em comportamento organizacional. Adotou-se esse procedimento para assegurar a validade dos construtos objeto deste estudo. As ideias foram inicialmente classificadas em 46 categorias e, em seguida, foram reduzidas para quatro categorias e 16 subcategorias, respectivamente, de acordo com os tipos de dificuldades para implantação do sistema ERP, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Categorização de ideias e frequência, de acordo com as dificuldades em relação ao nível de comprometimento no processo de implantação do ERP.

Categoria 1: Envolvimento da alta e média gerência no processo
Sobrecarga de trabalho (03)
Reestruturação administrativa (03)
Condições de trabalho insuficientes (02)
Excesso de reuniões (04)
Categoria 2: Envolvimento dos funcionários
Resistência por parte de alguns usuários (06)
Ausência do gerente (03)
Medo de errar (03)
Simplificação dos processos (03)
Falta de suporte dos Analistas (05)
Categoria 3: Envolvimento dos analistas
Excesso de demanda para atender (04)
Falta de envolvimento de alguns gerentes (03)
Categoria 4: Comprometimento geral
Melhorar o envolvimento da gerência e diretoria (08)
Aprendizado (04)
Melhorar a qualidade da informação (08)
Melhorar a comunicação interna (06)
Melhorar a integração das equipes (10)

Fonte: dados da pesquisa

Na primeira pergunta: Qual foi o envolvimento da alta e média gerência durante o processo de implantação do ERP na Fundação? As discussões dos três grupos sinalizam motivos convergentes com o exercício da falta de envolvimento desses profissionais e apontam prioritariamente para a necessidade de não estarem tão envolvidos em função da sobrecarga de trabalho e alto volume de reuniões. O envolvimento da alta e média gerência não foi tão intenso devido ao processo de reestruturação na organização e ao acúmulo de atividades. Para o pessoal da tecnologia da informação, a falta da presença de alguns gerentes em reuniões dificultava a agilidade no processo. Para os colaboradores da área administrativa, em alguns momentos, havia inseguranças durante as reuniões com a equipe de informática no sentido de definir novas rotinas. “O gerente chegava atrasado para a reunião”. “O gerente às vezes não comparecia”. “O gerente se retirava antes do término da reunião”. “Sinto que falta liderança”. Na visão dos participantes do grupo A, o excesso de atividades e reuniões apareceu como um fator que justificava a ausência em grande parte das reuniões, e a falta de equipamentos apareceu como fator de justificativa das condições precárias de trabalho. Para o grupo B, composto pelo pessoal administrativo, a resistência de alguns funcionários, a ausência de gerentes em reuniões com a equipe e o medo de errar aparecem como fatores relevantes, além da falta de suporte de analistas de sistemas. Pela percepção dos analistas, a falta de participação em reuniões por parte dos gerentes e a insegurança na definição de alguns processos geravam atrasos no cumprimento de rotinas e excesso de demandas, visto que estes precisavam atender às necessidades da Fundação e do Hospital. A visão do grupo quanto à questão do envolvimento e do comprometimento está associada à falta de uma liderança mais atuante para melhorar o nível de comprometimento e envolvimento no trabalho de implantação do sistema ERP. A visão do processo de mudança nas rotinas e a cobrança de gerentes que não estavam tão envolvidos como os funcionários gostariam, a falta de participação por parte da alta administração em reuniões junto aos analistas onde estavam sendo definidos alguns processos-chave e a presença do consultor do sistema que era precária geravam insegurança e medo, como expressou um dos participantes: “A Fundação quer melhorar sua eficiência só que a ausência de pessoas importantes no processo está dificultando o processo de implantação [...] ficamos às vezes inseguros e com medo [...] falta melhor planejamento [...] muitas vezes precisava do analista e tinha que aguardar até o dia seguinte para ser atendida” [...]. Melhorar a integração e a qualidade da informação foi consenso nos grupos. O sentimento de excesso de trabalho e a falta de presença física de analistas de sistemas foram corroborados pela maioria

dos entrevistados dos grupos A e B, que afirmaram que a presença física do analista em tempo integral contribuiu para a eficiência no processo. Outro fato que chamou a atenção foi o depoimento de dois colaboradores: “As coisas estão funcionando, temos um sistema rodando em paralelo então não me preocupo [...]. Percebe-se que falta melhorar o gerenciamento e a integração dos grupos e colocar o sistema novo para funcionar por completo, para obter o nível de comprometimento desejado. A falta de analistas de sistemas para compor o quadro de pessoal foi consenso no grupo C: “Trabalhamos demais, existe muita demanda de serviço, não prestamos serviço somente para a Fundação, temos que atender o hospital”. Na percepção de um dos participantes: “O salário que oferecem para um analista [...], os bons não ficam, o mercado [...]”. Para a maioria dos participantes, melhorar o desempenho é imprescindível e esse sistema tende a reduzir muito o retrabalho e os custos, porém, percebe-se que “existe um comodismo por parte daqueles que não querem mudar, falta dar um gás e levantar a motivação”. O sucesso desse projeto na organização depende de uma renovação contínua da motivação dos gerentes e funcionários.

Perguntados sobre como eles avaliam o desempenho desse sistema até o momento e quais as sugestões para melhorar? As respostas foram as seguintes: “O módulo do controle e movimentação dos estoques está funcionando bem, vemos como um grande avanço na importância do controle de itens valiosos e de grande movimentação como, por exemplo, os materiais e medicamentos [...]. “O sistema de controle de estoques está com funcionamento razoável, pois temos problemas de integração contábil ainda [...]. “O módulo financeiro não está totalmente confiável, é muito importante e acho que estão fazendo corpo [...]” Para melhorar esse processo de implantação, houve grande consenso dos três grupos: “Vamos fazer uma reunião com toda a equipe, traçar metas.” No Grupo A, um dos diretores se dispôs a liberar três analistas para o projeto e informar ao Conselho Curador: “Faremos reuniões ordinárias às segundas e sextas-feiras [...]. Vamos convocar o Conselho curador, nos reportar sobre os problemas, assumir nossas falhas e solicitar que o pessoal fornecedor do software esteja presente pelo menos dois dias por semana, isso terá um custo [...]” Para finalizar a sessão de discussões, o moderador propôs que refletissem sobre os aspectos que consideravam mais importantes para melhorar a integração. Melhorar o clima organizacional e o treinamento de funcionários foi a resposta apontada pela maioria dos participantes dos grupos B e C para que o projeto tenha êxito. As categorias que emergiram das reflexões pessoais destacam a maior sinergia das equipes, a amizade, melhorar o compromisso das pessoas, o convívio e os relacionamentos entre as áreas.

Considerações finais

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o comprometimento e o comportamento dos funcionários em um processo de implantação de novas tecnologias. Nfoi avaliado especificamente o processo de implantação do ERP em uma Fundação hospitalar e também os fatores gerenciais críticos para implantação desse sistema. As ideias que emergiram das discussões nos grupos parecem ser corroboradas pelas evidências da pesquisa, percebe-se que os processos não estão mapeados e definidos, e esse é um fator de sucesso para adoção desse software, segundo os critérios de Gomes e Ribeiro (2004). Também está de acordo com as contribuições de Mendes e Escrivão Filho (2002), segundo os quais a adoção de um software ERP é um projeto que envolve a organização e, para que tenha êxito, o grau de envolvimento da organização e de seus líderes é muito importante. As contribuições de Okolica (2001); Laurindo e Pessoa (2001); Hollande Light (1999) Dias (1999) e Albertin (1996) constam desta pesquisa, com destaque para o envolvimento da alta administração, alinhamento com os fatores do negócio, adaptação, envolvimento, definição de prazos e qualificação.

O comprometimento pode ser entendido como uma força que direciona o comportamento das pessoas dentro das organizações e que pode, ao mesmo tempo, atuar como fonte de estabilização das relações sociais no ambiente de trabalho e também como fonte de coação da estrutura sobre as pessoas (Meyer, Hercovitch, 2001). Nessa perspectiva, o comprometimento pode assumir uma característica de natureza multidimensional. A vertente afetiva ou atitudinal refere-se ao processo de identificação do indivíduo com os objetivos e valores da organização. Três dimensões são usadas para mensurar esse processo de identificação: 1) a forte crença e aceitação dos valores e objetivos da organização; 2) o grande desejo de manter o vínculo com a organização e 3) a intenção de empenhar-se em prol da organização (Bateman, Strasser, 1984).

Quanto ao comprometimento, a contribuição de Robbins (2005) também é importante quando destaca o envolvimento com o trabalho e o comprometimento organizacional. Pela interpretação dos grupos focais, a necessidade de envolvimento do grupo e o maior comprometimento ficaram explícitos. Foi possível constatar as contribuições de Abreu (2001) quanto à importância do envolvimento, a educação e o treinamento de todos os usuários para o sucesso na implantação, ressaltando que a resistência às mudanças e o medo da substituição da mão de obra são barreiras ao sucesso efetivo do ERP nas organizações. A escolha do método focus group foi importante para a condução da pesquisa. A importância desse método foi constatada durante as seções com a interação dos indivíduos e as revelações de pontos impor-

tantes, os quais foram observados pelo pesquisador com destaque para a forma como os participantes estimulam o restante do grupo durante as discussões. O aprendizado neste estudo foi gratificante e traz uma contribuição para que profissionais e pesquisadores possam utilizá-la nas organizações em pesquisas futuras.

Referências bibliográficas

- Abreu, Aline França de. Criatividade, Inovação e Informação: O Tripé da Organização na Era do Conhecimento e o Suporte da Tecnologia da Informação. Editora IGTI, 2000, 1ª Edição.
- Albertin, A. L. (1996) - Aumentando as chances de sucesso no desenvolvimento e implementação de sistemas de informação. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 61-69, jul-set, 1996.
- Barney, Jay B.; Hesterly, William S. Administração estratégica e vantagem competitiva. São Paulo: Prentice Hall, 2008.
- Bateman, T. & Strasser, S. (1984). "A longitudinal analysis of the antecedents of organizational commitment". *Academy of Management Journal*, 21, 95-112.
- Collins, J. & Hussey, R. Pesquisa em Administração - Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Daft, R. L. Administração. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- Dias, M. C. (1999) - Fatores de incerteza em desenvolvimento de sistemas de informação. *Cadernos de Estudos em Administração*. Cascavel: EDUNIOESTE, p. 43-66.
- Etzioni, A. A comparative analysis of complex organizations. New York: Free Press, 1975.
- Gattiker, T. F. and Goodhue, D. L. What happens after ERP implementation: Understanding the impact of inter - dependency and differentiation on plant-level outcomes. *MIS Quarterly*, vol.29, n.3, PP 559-585, September de 2005.
- Gil, Antonio C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1988.
- Giovinazzo, A. R. Focus Group em Pesquisa Qualitativa - Fundamentos e Reflexões. Revista Administração on line [On Line]. FEECAP. Volume 2, número 4, out/nov/dez. 2001. Disponível em <http://www.fecap.br/adm_online/>. Acesso em 14/10/2010.
- Gonçalves, J. E. L. As Empresas São Grandes Coleções de Processos. In: Revista de Administração de Empresas, São Paulo, 40(1), jan./mar. 2000.
- Gomes, C. F. S.; Ribeiro, P. C. C. Gestão da cadeia de Suprimentos Integrada a Tecnologia da Informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- Guimarães, Nathália A. Fundações Privadas de Apoio às Instituições de Ensino Superior - breves considerações. Texto elaborado em 2003, atualizado em Janeiro de 2004.
- Holland, C. P.; Light, B. (1999) - A critical success factors model for ERP Implementation. *IEE software*, mai-jun, p. 30-36.
- Kanter, R. M. Commitment and social organizations: a study of commitment mechanism in utopian communities. *American Sociological Review*. Columbus, v.33, n.4, p. 499-517, 1968.
- Krueger, R. A. Focus Group: a practical guide for applied research. 2nd. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
- Laurindo, F. J. B.; Pessoa, M. S. P. (2001) - Sistemas integrados de gestão. In AMATO NETO, J. (organizador). *Manufatura classe mundial: conceitos, estratégias e aplicações*. São Paulo: Atlas.
- Leavitt, H. Applied organizational change in industry: structural technical and human approaches, New York: John Wiley, 1964.
- Meyer, J. P. and Hercovitch, L. Commitment in the workplace toward a general model. *Human Resource Management Review*. Greenwich, v. 11, n. 3, p. 299-326, Autumn 2001.
- Mendes, J. V.; Escrivão Filho, E. Sistemas integrados de gestão ERP em pequenas empresas: um confronto entre o referencial teórico e a prática empresarial. *Gest. Prod.*, dez. 2002, vol.9, nº.3, p.277-296.
- Morrow, P.C. (1983), "Concept redundancy in organizational research: the case of work commitment". *Academy of Management Review*, Vol. 8, pp. 486-500.
- Morse, J. M. & Field, P.A. Qualitative research methods for health professionals. 2 ed. Thousands Oaks, CA: Sage, 1994.
- Norris, G., Hurley, J. R., Hartley, K. M., Dunleavy, J. R., Balls, J. D. EBusiness e ERP: Transformando as Organizações, Rio de Janeiro, Qualitymark Ed, 2001.
- Oliveira, M & Freitas, H. (2006) Focus Group: Instrumentalizando seu planejamento. In: Godoi, C; Bandeira-de-Melo, R. & Silva, A. Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais. São Paulo: Saraiva.

- Okolica, C. (2001) - Factors affecting systems implementation: the case of enterprise resource planning systems. In Proceedings of the 16th Annual Conference of the International Academy for Information Management.
- Paulo R Corbucci, R. P., Marques, Fonseca P. C. Texto para Discussão No 999 Fontes de Financiamento das Instituições Federais de Ensino Superior: Um Estudo Sobre a Universidade de Brasília. Brasília, novembro de 2003.
- Ranya, N. What is Organizational commitment, why should managers want it in their workforce and is there any cost effective way to secure it? Working paper, Swiss Management Center, 2009.
- Robbins, S. P. Comportamento Organizacional. 11 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- Rosa, M. R.; Campos, F. C. Problemas e cuidados a serem verificados em uma implantação de Enterprise Resources Planning (ERP) em Instituições de Ensino Superior (IES). In: XII SIMPEP, 2005.
- Ruyter, Ko de. Focus versus nominal group interviews: a comparative analysis. *Marketing Intelligence & Planning*, 14, 44-50. 1996.
- Saccol, A. I. C. Z.; Macadar, M. A. M.; Soares, R. O. Mudanças organizacionais e sistemas ERP. In: Cesar Alexandre de Souza; Amarolinda . C. I. Zanela Saccol. (org.). *Sistemas ERP no Brasil: teoria e casos*. São Paulo: Editora Atlas, 2003, v. 01, p. 18-368.
- Souza, C. A.; Zwicker, R. Ciclo de vida de sistemas ERP. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo. v. 1, n. 11, 1º trim., 2000.
- Souza, C. A.; Saccol, A. Z. Organizadores: Sistemas ERP no Brasil (EnterpriseResource Planning): teoria e casos. São Paulo: Atlas, 2003.
- Turban, E.; Rainer Jr, R. K. e Potter, R. E. *Administração da Tecnologia da Informação: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- Wall, Ann L. Evaluating an undergraduate unit using a focus group. "Quality Assurance in Education". V. 9, n.1 p. 23-31, 2001.

Avaliação econômica do ranibizumabe no tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI) exsudativa

Economic evaluation of ranibizumab in the treatment of exudative age-related macular degeneration (AMD)

Maíra Libertad Soligo Takemoto¹, Cibele Suzuki², Roberta Arinelli Fernandes¹, Plínio Marcos Leal Santos¹, Ana Clara Melo Tolentino¹, Nilcéia Lopes da Silva²

Palavras-chave:

Degeneração macular, custos e análise de custo, terapia biológica, formulação de políticas

Keywords:

Macular degeneration, costs and cost analysis, biological therapy, policy making

RESUMO

Objetivo: Conduzir avaliação de custo-efetividade do ranibizumabe (LUC) versus melhor cuidado de suporte (BSC), terapia fotodinâmica com verteporfina (TFD) e pegaptanibe (MAC) no tratamento da degeneração macular relacionada à idade (DMRI), sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** Custos por anos de visão ganhos (AVG), definidos como o número de anos com acuidade visual (AV) >20/200, foram adotados como desfecho. Um modelo de Markov foi desenhado para simular a evolução da AV em um horizonte de 10 anos. Dados de eficácia foram obtidos a partir dos ensaios clínicos MARINA, ANCHOR, PIER, TAP, EXCITE, SUSTAIN e MONTBLANC. Padrões de utilização de recursos foram obtidos através de um painel de especialistas e os custos unitários correspondentes foram coletados de listas oficiais brasileiras. Apenas os custos diretamente relacionados à DMRI foram considerados. Análises de sensibilidade univariadas e probabilísticas foram conduzidas. Custos e desfechos clínicos foram descontados a uma taxa de 5% ao ano. **Resultados:** O caso base estimou 0,06 AVG incrementais para LUC versus MAC, 0,98 versus BSC e 1,16 versus TFD. Custos totais de tratamento da DMRI foram 25.995BRL, 1.113BRL, 24.923BRL e 36.419BRL para LUC, BSC, TFD e MAC, respectivamente. LUC mostrou-se *cost-saving* quando comparado a MAC (custo incremental de -10.424BRL) e a razão de custo-efetividade incremental projetada foi de 927BRL por AVG versus TFD e 25.439BRL versus BSC. A análise de sensibilidade probabilística indicou LUC como dominante em 70% dos cenários versus MAC e em 50% versus TFD. Adotando-se um limiar hipotético de aceitabilidade de 30.000BRL, LUC mostrou-se custo-efetivo em 73%, 99% e 86% de todos os cenários versus BSC, PDT e MAC, respectivamente. **Conclusão:** LUC demonstrou efetividade adicional em todas as comparações e um perfil de custo-efetividade aceitável quando comparado às demais alternativas terapêuticas.

ABSTRACT

Objective: To assess the cost-effectiveness of ranibizumab (LUC) versus best supportive care (BSC), verteporfin photodynamic therapy (PDT), and pegaptanib (MAC) in wet age-related macular degeneration (AMD), from a public payer perspective in Brazil (SUS). **Methods:** The adopted outcome for the cost-effectiveness evaluation was 'vision years gained' (VYG), defined as years spent with a visual acuity (VA) >20/200. A Markov state transition model was designed to simulate the evolution of VA over 10-years time horizon. Efficacy data were obtained from the MARINA, ANCHOR, PIER, TAP, EXCITE, SUSTAIN and MONTBLANC clinical trials. Based on a panel of clinical experts, direct AMD related medical resource utilization patterns were assessed and unit costs were obtained from Brazilian official lists. Only AMD-related direct costs were included. Both deterministic and probabilistic sensitivity analyses were performed. Annual discount rate of 5% was applied both to costs and outcomes. **Results:** Base case analysis estimated incremental VYG for LUC of 0.06 versus MAC, 0.98 versus BSC, and 1.16 versus PDT. Total AMD treatment costs were 25,995BRL, 1,113BRL, 24,923BRL, and 36,419BRL for LUC, BSC, PDT and MAC, respectively. LUC was cost-saving as compared to MAC (incremental cost of -10,424BRL) and the projected ICER was 927BRL per VYG versus PDT and 25,439BRL versus BSC. Probabilistic sensitivity analysis showed LUC as dominant in 70% of iterations versus MAC and in 50% of iterations versus PDT. When a hypothetical acceptability threshold of 30,000BRL was set, LUC was cost-effective in 73%, 99% and 86% of all scenarios versus BSC, PDT and MAC, respectively. **Conclusion:** LUC exhibited incremental clinical effectiveness across all comparisons and an acceptable cost-effectiveness profile as compared to active competing alternatives.

Recebido em 18/03/2011 – Aprovado para publicação em 19/08/2011

1. Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde, ANOVA – Tradução do Conhecimento em Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.; 2. Novartis Biociências S.A., São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Este trabalho contou com o financiamento da Novartis Brasil. **Nome da Instituição em que o trabalho foi executado:** ANOVA - Tradução do Conhecimento em Saúde, Rio de Janeiro, RJ

Endereço para correspondência: Takemoto, Maíra Libertad Soligo Takemoto - Email: mairatakemoto@anova.org.br - Tel/Fax: +55 (21) 2244-9891 - ANOVA - Tradução do Conhecimento em Saúde, Rio de Janeiro, RJ - Rua General Polidoro 154/03 - Botafogo - Rio de Janeiro - RJ - CEP 22280-005

Introdução

A degeneração macular relacionada à idade neovascular subfoveal (DMRI exsudativa) causa perda grave da visão central, resultando na diminuição da habilidade de realizar tarefas diárias como ler, reconhecer rostos, dirigir etc., levando a um alto nível de dependência. Outras consequências da DMRI incluem a diminuição da qualidade de vida, o aumento do risco de depressão, bem como aumento do risco de quedas e fraturas (Meads *et al.*, 2003). Taxas de prevalência reportadas acima de 50 anos de idade variaram entre 0,1 e 11,6%. A prevalência aumenta exponencialmente com a idade, de 0,2% entre 55-64 anos para 8% acima de 75 anos e 13% acima de 85 anos (Smith *et al.*, 2001; Klein *et al.*, 2007). No Brasil, a prevalência de DMRI na população acima de 55 anos de idade varia de 23 a 30% (Santos *et al.*, 2005).

A DMRI exsudativa frequentemente resulta em cegueira legal (Mitchell *et al.*, 2010), que está associada com prejuízo econômico considerável (Meads, 2003). No Ocidente, a DMRI tem sido identificada como a principal causa de cegueira irreversível em pacientes com idade acima de 50 anos e cerca de 8 milhões de pessoas em todo o mundo são cegas ou apresentam deficiência visual grave por causa da DMRI (World Health Organization, 2010). A DMRI exsudativa pode ser dividida em diferentes tipos de lesões, definidas com base na aparência da retina na angiografia fluoresceína, podendo ser: clássica (tipo com 100% de lesão clássica), oculta (OC, sem componente de lesão clássica), minimamente clássica (MC, <50% de lesão clássica) e predominantemente clássica (PC, >50% de lesão clássica), ou ainda com base em sua localização: subfoveal ou extrafoveal (Serra *et al.*, 2004; Romani, 2005).

Lesões extrafoveais de DMRI exsudativa podem ser tratadas com terapia de fotocoagulação. No entanto, a maioria dos pacientes apresenta DMRI subfoveal que não pode ser tratada com fotocoagulação, uma vez que esta conduz a uma diminuição imediata da visão central. Para a DMRI exsudativa subfoveal, o tratamento padrão foi composto durante longo tempo por terapia fotodinâmica com verteporfina (TFD) ou melhor cuidado de suporte (BSC, em inglês), abrangendo o acompanhamento da função visual, suportes à visão (por exemplo, ferramentas de auxílio à baixa visão, reabilitação da visão) e serviços sociais, ajudando os pacientes a manter a sua independência por maior tempo possível. No entanto, nos últimos anos, as terapias anti-VEGF-A (fator de crescimento endotelial anti-vascular) foram desenvolvidas para bloquear o crescimento e a permeabilidade de novos vasos sanguíneos que levam à progressão da DMRI exsudativa, assim como à perda de visão, sendo aprovados no Brasil e disponíveis para o tratamento da DMRI exsudativa o pegaptanibe sódico e o ranibizumabe (Nehemy, 2006; Farah *et al.*, 2001; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008b; Rodrigues *et al.*, 2006). No entanto, nenhum medicamento para o

tratamento da DMRI está hoje incorporado às listas oficiais de reembolso do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

O objetivo do presente estudo é avaliar os resultados de custo-efetividade de ranibizumabe no tratamento da DMRI exsudativa, na perspectiva do SUS como financiador de serviços de saúde, baseando-se nas evidências de ensaios clínicos disponíveis para a medicação e seus comparadores.

Métodos

Foi desenvolvido um modelo econômico para a avaliação da monoterapia com ranibizumabe em DMRI exsudativa, baseado em dados obtidos a partir dos ensaios clínicos MARINA, ANCHOR, PIER, TAP, EXCITE, SUSTAIN e MONTBLANC (Mitchell *et al.*, 2010; Regillo *et al.*, 2008; Rosenfeld *et al.*, 2006; Abraham & Yue, 2010; Holz *et al.*, 2010; Meyer *et al.*, 2008). Os dados dos pacientes individuais disponíveis nas bases de dados de cada um dos estudos foram combinados de modo a obter a evolução de acuidade visual em pacientes que recebem ranibizumabe em injeções realizadas quando clinicamente necessárias, de acordo com os esquemas posológicos recomendados (esquemas PRN, do inglês Patient Reported Need). Apenas para pegaptanibe foram utilizados dados obtidos através de comparação indireta, utilizando melhor cuidado de suporte como comparador comum. Detalhes sobre as fontes de dados clínicos e as análises realizadas estão apresentados a seguir, no item "Dados Clínicos".

Modelo de Decisão

Um modelo de decisão foi construído no Microsoft Excel 2007 para simular a evolução da acuidade visual do olho tratado ao longo do tempo, para cada opção de tratamento de DMRI. Foi utilizado um modelo de Markov que tem como objetivo simular a transição dos pacientes entre estados de saúde representados pelos diferentes níveis de acuidade visual medidos nos ensaios clínicos. A estrutura básica do modelo está apresentada na Figura 1 e aplica-se a todos os comparadores. No modelo, os pacientes podem mudar de estado de saúde a cada intervalo de três meses (duração do ciclo) e foram seguidos por um horizonte de análise de 10 anos. A perspectiva da análise foi a do Sistema Único de Saúde (SUS) como fonte pagadora. Aplicou-se aos custos e aos benefícios uma taxa de desconto de 5% ao ano, com variação de 0% a 10% na análise de sensibilidade, conforme diretrizes nacionais (Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (Brasil), 2007).

Uma análise de custo-efetividade foi realizada tendo como medida de desfecho primária "anos de visão ganhos" (AVG), definida como os anos em que o paciente permanece com AV>20/200, acima, portanto, do limite de cegueira legal. Pacientes entram no modelo em diferentes níveis de acuidade

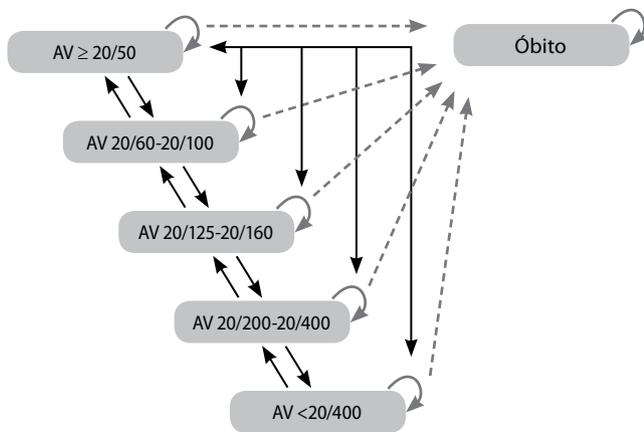


Figura 1 - Estrutura básica do modelo de decisão

de visual (AV). A distribuição dos níveis de AV foi programada a partir da distribuição de níveis de AV observada na população dos estudos clínicos considerados na análise. A idade de início do acompanhamento foi de 76 anos, baseada na idade média dos pacientes incluídos nos ensaios clínicos.

A partir da entrada no modelo em diferentes níveis de AV, a cada período de três meses, os pacientes podem transitar para outro nível de AV no olho tratado ou permanecer no mesmo nível, isto é, podem permanecer estáveis, piorar ou melhorar. As setas contínuas na Figura 1 indicam as transições possíveis de um estado de AV para outro a cada ciclo do modelo. A qualquer tempo, independente da acuidade visual, os pacientes têm um risco de morte (setas pontilhadas na Figura 1) que é modelado com base na taxa de mortalidade ajustada para sexo e idade para a população geral no Brasil.

O modelo compara quatro possíveis abordagens terapêuticas: tratamento com ranibizumabe quando clinicamente indicado (LUC), melhor cuidado de suporte (BSC), terapia fotodinâmica (TFD) ou pegaptanibe (MAC). Cada tratamento para DMRI está associado com uma evolução diferente na AV ao longo do tempo, programada com base nas observações de ensaios clínicos. O caso base assume uma duração da terapia de dois anos para todos os tratamentos considerados, com base nos dados dos ensaios clínicos, seguidos por acompanhamento subsequente do paciente em melhor cuidado de suporte.

Caso base

O modelo foi desenhado para permitir a customização de cenários para contemplar possíveis variações nos parâmetros de entrada de acordo com a perspectiva em análise, considerando aspectos relacionados às características dos pacientes, esquemas de tratamento, seguimento, duração do efeito após descontinuação, taxa de desconto para custos

e benéficos, regra clínica para interrupção do tratamento e horizonte temporal. Para o caso base, foram selecionados os parâmetros que mais se ajustam à realidade esperada no SUS, bem como às diretrizes nacionais para estudos de avaliação econômica (Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (Brasil), 2007).

- Idade de entrada no modelo: 76 anos (idade média dos pacientes incluídos nos estudos);
- AV de entrada no modelo: distribuição de AV dos estudos clínicos (todos os estudos);
- Dose: LUC na dose aprovada de 0,5 mg;
- Frequência de injeções: baseada na frequência de injeções nos ensaios clínicos para LUC e MAC e baseada nos dados de ensaios clínicos e dados de mundo real para TFD;
- Frequência mínima de seguimento em terapia anti-VEGF: consultas trimestrais;
- Duração do tratamento: 2 anos (duração máxima da evidência clínica disponível) seguidos de melhor cuidado de suporte para todos os comparadores;
- Duração do efeito após descontinuação: Efeito da última administração da terapia considerado para os 3 meses subsequentes baseado na frequência de injeções na fase de manutenção de LUC e do esquema de administração trimestral de TFD. A partir de então, probabilidades de transição de BSC são aplicadas a todos os braços de tratamento;
- Taxa de desconto: 5% para custos e desfechos;
- Regra para interrupção do tratamento: AV < 20/400;
- Horizonte de tempo: 10 anos.

Dados clínicos

Dados de eficácia foram obtidos diretamente da base de dados contendo os resultados de acuidade visual dos pacientes incluídos nos seguintes estudos clínicos:

- LUC: dados combinados dos estudos SUSTAIN e MONTBLANC (todos os tipos de lesões);
- BSC: dados do estudo MARINA (lesões MC/OC) e TAP (todos os tipos de lesões);
- TFD: dados do estudo ANCHOR (lesões PC) e TAP (todos os tipos de lesões);
- MAC: dados dos estudos 1003 e 1004 (VEGF Inhibition Study in Ocular Neovascularization *et al.*, 2006a; 2006b).

Para cada comparador, as taxas de melhora e piora da acuidade visual foram calculadas a partir de uma reanálise dos registros individuais dos pacientes incluídos em cada um dos estudos. A exceção foi o pegaptanibe sódico, cujos resultados comparativos foram obtidos através de comparação indireta a partir dos dados publicados, utilizando BSC como comparador comum, pela ausência de estudos de comparação direta. Com base nos dados observados, as probabi-

lidades de transição (probabilidade de transitar de um nível de acuidade visual para outro durante um período de tempo especificado) foram calculadas.

Procedimentos de comparação indireta foram empregados para estimar as diferenças de eficácia entre LUC e MAC, utilizando o método descrito em Kuntz & Weinstein, 2002. Métodos de comparação indireta buscam estimar qual seria a diferença observada entre dois tratamentos que não foram até o momento, comparados entre si em um estudo clínico. Dada a ausência de dados para TFD em lesões MC/OC e dados muito limitados sobre BSC em lesões PC, o estudo TAP foi utilizado para estimar a eficácia de LUC *versus* TFD e BSC em lesões MC/OC e PC, respectivamente. Apesar da diversidade de fontes disponíveis para os dados do modelo, análises estatísticas iniciais sobre o banco de dados dos ensaios clínicos revelaram que o tipo de lesão (PC, MC ou OC) não é uma variável independente significativa da mudança de acuidade visual durante o tratamento. Por essa razão, optou-se por reportar os resultados para as comparações *versus* BSC e TFD que utilizaram como fonte estudos randomizados de comparação direta (MARINA e ANCHOR, respectivamente).

Dados de segurança

Dentre os eventos adversos reportados em cada estudo, apenas aqueles considerados clínica ou economicamente relevantes, isto é, que levam a mudança na conduta médica ou nos padrões de utilização de recursos, foram incluídos no modelo. Não foram considerados eventos adversos para o grupo em melhor cuidado de suporte. Baseando-se nas taxas trimestrais de eventos adversos e no custo por evento, estimou-se o custo médio trimestral relacionado ao manejo de eventos adversos.

Custos

Foram incorporados todos os custos relacionados à DMRI exsudativa relevantes a partir da perspectiva do SUS (custos médicos diretos relacionados à assistência oftalmológica para o manejo da DMRI). Custos diretos não médicos (como transporte do paciente para visitas ao serviço de saúde), custos indiretos (como perda de produtividade em razão da doença) e custos não médicos associados à cegueira (adaptações no domicílio, cão guia etc.) não foram considerados. Custos trimestrais associados aos diferentes níveis de AV foram calculados separadamente para cada alternativa terapêutica.

Um painel de especialistas foi conduzido com oftalmologistas retinólogos com experiência no tratamento da DMRI. Uma entrevista guiada por um questionário escrito foi aplicada a três oftalmologistas retinólogos para avaliar os padrões de utilização de recursos associados com o manejo dos pa-

cientes em LUC, BSC, TFD e MAC, com o uso de tratamentos de administração intravítreo – cenário da injeção (ambulatorial, hospitalar ou hospital-dia), administração concomitante de medicamentos e visitas de seguimento adicionais – e com o tratamento dos eventos adversos oculares considerados no modelo. A partir das respostas a esses questionários, uma reunião de consenso foi conduzida, de onde foram extraídos os dados finais empregados no modelo.

Os custos unitários foram obtidos através do Banco de Preços em Saúde versão 2008 (para medicamentos e materiais) e do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do Sistema Único de Saúde (para procedimentos, exames e hospitalizações), com valores de referência para o ano de 2010. Para avaliar as incertezas relacionadas às simulações feitas, foi proposta uma análise de sensibilidade probabilística, que assume uma faixa de variação de cada parâmetro utilizado no modelo para identificar o impacto que cada um deles tem sobre o resultado final.

Análise de sensibilidade

Os parâmetros do modelo selecionados para a análise de sensibilidade foram: a utilização de recursos e os custos de tratamento, a frequência de injeções e as probabilidades de transição entre os níveis de AV (probabilidade de melhora, piora ou estabilidade de cada paciente a cada três meses). O tipo de distribuição de probabilidades utilizado para cada um dos parâmetros foi definido com base na literatura e em diretrizes da área de avaliação econômica:

- Itens de utilização de recursos e custos (distribuição gama)
- Frequência de injeções (distribuição baseada nas observações dos estudos ou premissas)
- Probabilidades de transição (distribuição beta)

Para a análise de sensibilidade, foram gerados 1.000 cenários de simulação e em cada um deles, um valor foi atribuído a cada parâmetro. Para todos os parâmetros de custo, eficácia e utilidade, os valores foram variados de acordo com seus intervalos de confiança de 95% ou faixas atribuídas para variação.

A frequência de injeções foi definida de acordo com a frequência observada de injeções nos estudos de LUC e TFD. Para MAC, a distribuição foi modelada com base em premissas, variando 3 injeções para cima ou para baixo a partir da média, com o limite de 0 a 12 injeções ao ano. A idade no início do modelo foi variada de acordo com uma distribuição normal com média 76 e desvio padrão de 7,8 anos.

Resultados

A Figura 2 apresenta a distribuição dos pacientes segundo a AV ao longo do modelo. A Tabela 1 mostra as taxas trimestrais dos eventos incluídos no modelo e para os quais utili-

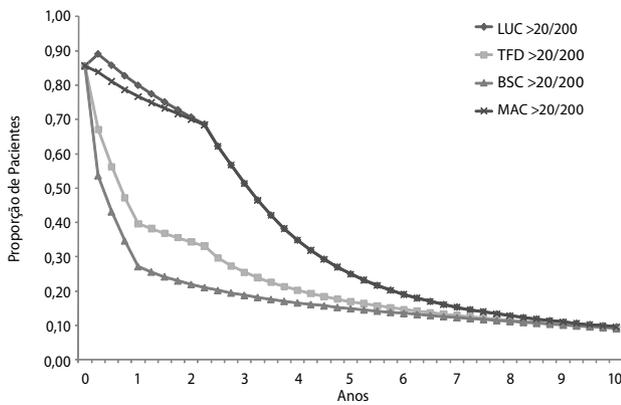


Figura 2 - Distribuição dos pacientes segundo AV ao longo do modelo

zação de recursos e custos associados foram calculados. A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam, respectivamente, os custos de tratamento e os custos para manejo dos eventos adversos considerados em cada ciclo do modelo.

Os resultados da análise do caso base para a comparação de LUC com demais tratamentos estão reportados na Tabela 4. O número de anos de visão ganhos variou de 0,06 *versus* MAC a 1,16 *versus* TFD, indicando benefício clínico do LUC sobre os comparadores. Em termos de custo incremental, as estimativas realizadas resultaram em uma economia de -R\$ 10.424 *versus* MAC e um custo incremental de R\$ 1.073 *versus* TFD e R\$ 24.882 *versus* BSC. Os cenários mais favoráveis para LUC foram aqueles que compararam LUC a MAC (resultado dominante, ou seja, LUC foi mais efetivo e de menor custo)

Tabela 1 - Taxas trimestrais de eventos adversos

Evento ocular	LUC	TFD	MAC
Hemorragia conjuntival	0,015	0,160	0,080
Dor ocular	0,007	0,064	0,340
Moscas volantes	0,000	0,012	0,330
Sangramento vítreo	0,001	0,000	0,020
Hemorragia retiniana	0,016	0,247	0,140
PIO aumentada	0,017	0,020	0,140
Uveíte	0,000	0,000	0,013
Endoftalmite	0,000	0,000	0,200
Catarata	0,005	0,018	0,007
Descolamento de retina	0,000	0,003	0,040
Descolamento do vítreo	0,002	0,059	0,003
Oclusão de vaso da retina	0,000	0,000	0,000

Tabela 3 - Custo médio (R\$) de eventos oculares considerados no modelo

Evento	Custo médio por evento (R\$)
Hemorragia conjuntival	36
Dor ocular	29
Moscas volantes	191
Sangramento vítreo	377
Hemorragia retiniana	131
PIO aumentada	28
Uveíte	58
Endoftalmite	283
Catarata	320
Descolamento de retina	1673
Descolamento do vítreo	36
Oclusão de vaso da retina	389

Tabela 2 - Custos trimestrais (R\$) aplicados no modelo no caso base dos pacientes em BSC

Componente	BSC	TFD Ano 1	TFD Seguintes	LUC Ano 1	LUC Seguintes	MAC Ano 1	MAC Subsequente
Terapia ativa	0	3.707	2.472	731	2.923	6.876	5.001
Consultas	10	12	11	30	92	253	184
Exames	36	94	89	42	73	146	115
Cegueira	0	0	0	0	0	0	0
Eventos adversos	0	0	0	0	0	0	0
Total	47	3.866	2.625	809	3.095	7.313	5.337

BSC, melhor cuidado de suporte; TFD, terapia fotodinâmica; LUC, ranibizumabe conforme quadro clínico reportado pelo paciente; MAC, pegaptanibe sódico.

Tabela 4 - Caso base LUC versus diferentes comparadores

<i>Versus</i> BSC (MARINA)	BSC	Custos (R\$)	Anos de visão	Custo/AVG*
	LUC	25.995,00	3,60	
	BSC	1.113,00	2,62	
	Incremental	24.882,00	0,98	25.439,00
<i>Versus</i> TFD (ANCHOR)	TFD	Custos (R\$)	Anos de visão	Custo/AVG
	LUC	25.995,00	3,60	
	TFD	24.923,00	2,45	
	Incremental	1.073,00	1,16	927,00
<i>Versus</i> MAC (Indireta)	MAC	Custos (R\$)	Anos de visão	Custo/AVG
	LUC	25.995,00	3,28	
	MAC	36.419,00	3,23	
	Incremental	-10.424,00	0,06	DOMINANTE

*AVG, anos de visão ganhos.

Tabela 5 - Resultados da análise de sensibilidade probabilística

LUC versus BSC (MARINA)	
Custo incremental médio	R\$ 25.235,00
Média de anos de visão ganhos	1,028
Custo-efetividade (limiar de R\$30.000/AVG) (% de iterações)	73,30%
LUC dominante (% de iterações)	0,00%
LUC dominado (% de iterações)	0,00%
LUC versus TFD (ANCHOR)	
Custo incremental médio	R\$ 1.081,00
Média de anos de visão ganhos	1,157
Custo-efetividade (limiar de R\$30.000/AVG) (% de iterações)	99,60%
LUC dominante (% de iterações)	50,30%
LUC dominado (% de iterações)	0,00%
LUC versus MAC	
Custo incremental médio	- R\$ 9.784,00
Média de anos de visão ganhos	0,063
Custo-efetividade (limiar de R\$30.000/AVG) (% de iterações)	86,10%
LUC dominante (% de iterações)	70,00%
LUC dominado (% de iterações)	2,20%

*AVG, anos de visão ganhos.

e à terapia fotodinâmica (R\$ 927,00 por ano de visão ganho). Os resultados da análise de sensibilidade probabilística (1.000 cenários) estão apresentados na Tabela 5. Nesta análise, os percentuais de aceitabilidade foram considerados a partir de um limite de R\$ 30.000,00, selecionado arbitrariamente para

fins de análise e interpretação dos resultados. LUC mostrou-se custo-efetivo em 73%, 99% e 86% de todos os cenários versus BSC, PDT e MAC, respectivamente.

Discussão

Um modelo econômico foi desenvolvido para simular a evolução da acuidade visual, calcular custos e estimar desfechos de interesse para pacientes com DMRI exsudativa, tratados com ranibizumabe (injeções apenas quando clinicamente necessárias), melhor cuidado de suporte ou terapia fotodinâmica. Foi também realizada uma análise complementar incluindo pegaptanibe como alternativa, através de comparação indireta. O modelo assume a evolução da acuidade visual com base nos níveis de acuidade visual dos pacientes na linha de base dos ensaios clínicos que avaliaram a segurança e eficácia de diferentes esquemas de administração de ranibizumabe versus BSC ou terapia fotodinâmica.

Em análises de custo-efetividade, os resultados são expressos em termos de Razão de Custo-Efetividade Incremental (RCEI), que é calculada a partir da divisão dos custos incrementais (custo de um tratamento menos o custo do tratamento comparador) pela efetividade incremental (efetividade do novo tratamento menos a efetividade do tratamento comparador). A RCEI é interpretada como o investimento financeiro necessário em uma nova tecnologia para obter uma unidade de benefício clínico adicional em relação ao comparador.

A partir das diversas comparações realizadas, pode-se concluir que o tratamento com ranibizumabe (LUC), em injeções realizadas quando clinicamente necessárias, é uma abordagem que apresenta perfil de custo-efetividade aceitável, como demonstrado nos resultados da análise de sensibilidade probabilística em que LUC foi dominante em mais

de 50% dos cenários simulados. Isto quer dizer que, variando todos os parâmetros do modelo para testar possíveis incertezas, LUC mostra-se um opção mais efetiva e mais econômica em mais de 50% das análises.

A comparação com BSC resultou em razões de custo-efetividade incremental mais altas, em decorrência, principalmente, do baixo custo de tratamento dos pacientes mantidos em suporte no SUS apesar do benefício clinicamente significativo em termos de anos de visão ganhos (0,98, a partir dos dados do estudo MARINA). O custo trimestral do paciente em BSC empregado no modelo foi de R\$ 47,00 (representado por uma consulta e exames de baixa complexidade). Mesmo nesse cenário, no entanto, a RCEI manteve-se abaixo do limite de custo-efetividade estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de três vezes o PIB per capita do país (aproximadamente R\$ 49.000, segundo dados de 2009). Apesar de o limiar da OMS não ter sido oficialmente adotado no Brasil para definir se uma tecnologia é custo-efetiva (Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (Brasil), 2007), ele é amplamente utilizado para discutir os resultados de avaliações econômicas na área da saúde.

Ranibizumabe mostrou-se dominante em relação ao MAC na comparação indireta, uma vez que se observou economia de recursos para um benefício clínico adicional. No entanto, estes resultados devem ser considerados com cautela, já que os dados representam uma estimativa de comparação indireta através do estudo MARINA, baseada somente na proporção de pacientes com letras adquiridas ou perdidas, conforme publicado. Ao contrário do que ocorreu com LUC, TFD e BSC, as probabilidades de transição dos pacientes tratados com MAC não foram obtidas através dos registros individuais de pacientes nas bases de dados dos estudos. Neste caso específico, o mesmo risco relativo *versus* BSC foi aplicado para todos os níveis de AV.

Considerando-se as limitações metodológicas impostas pela falta de dados comparativos, poderia ser indicada a análise de custo-minimização, um tipo de análise que assume eficácias similares para as alternativas e compara apenas os custos de tratamento. Nesse cenário, para obter benefícios clínicos comparáveis em termos de anos de visão ganhos, LUC resultaria em uma economia de recursos de -R\$ 10.424,00 quando comparado ao tratamento com MAC no caso base. A análise de sensibilidade probabilística resultaria em custo incremental negativo para LUC em 79,6% das iterações quando comparado a MAC.

A revisão da literatura identificou um único estudo de avaliação de custos das diferentes terapias para DMRI no Brasil, conduzido pela equipe técnica do Ministério da Saúde e publicado no Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRATS). A publicação fez uma comparação entre ranibizumabe, pegaptanibe e uso *off-label* de bevacizumabe no que diz respeito exclusivamente aos custos com aquisição de

medicamentos pelos serviços de saúde. Os resultados indicaram um custo intermediário do ranibizumabe (esquema de três injeções mensais), situado entre o bevacizumabe *off-label* (menor custo de tratamento, esquema de três injeções mensais) e o pegaptanibe (maior custo de tratamento, esquema de 9 injeções durante o ano) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008a; 2008b). Convém destacar que este estudo incluiu um comparador sem aprovação para a indicação em questão e que não foram considerados todos os custos de tratamento da doença (incluindo despesas e economias de curto, médio e longo prazos). Adicionalmente, estudo observacional de mundo real conduzido recentemente com 146.942 idosos americanos com DMRI identificou um risco maior de mortalidade e acidente vascular cerebral entre os pacientes recebendo bevacizumabe, quando comparado ao ranibizumabe, evidenciando questões de segurança importantes que devem ser levadas em consideração na avaliação de adoção de terapias *off-label* nesse cenário (Curtis *et al.*, 2010).

O presente estudo utilizou como comparadores apenas aqueles tratamentos aprovados no Brasil, até o momento, para a indicação avaliada. No Reino Unido, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) realizou revisão sistemática e avaliação de custo-efetividade de ranibizumabe e pegaptanibe e encontrou resultados similares aos do presente estudo, quando ambos foram comparados ao cuidado de rotina e à terapia fotodinâmica. A análise de custo-efetividade mostrou que os dois medicamentos oferecem benefícios adicionais sobre os comparadores (BSC e TFD) a um custo mais alto (Colquitt *et al.*, 2008).

Um ponto forte importante do modelo é que os dados retirados de ensaios clínicos permitiram calcular as probabilidades de transição específicas por níveis de acuidade visual no início do seguimento, uma vez que a acuidade visual no *baseline* demonstrou ser uma variável independente preditora de mudanças na acuidade visual ao longo do tempo. Outro ponto forte do modelo é o horizonte de tempo de análise longo, que está de acordo com as recomendações nacionais e internacionais para a avaliação econômica de doenças crônicas e que é considerado fundamental para estimar todos os benefícios potenciais do tratamento, além de incluir taxas de descontinuação da terapia. Embora premissas fossem necessárias para o período pós-tratamento, uma suposição apropriada foi adotada: todos os pacientes passariam a BSC após o tratamento ativo da DMRI. O banco de dados utilizado continha, ainda, informações sobre o nível de acuidade visual dos pacientes no período em BSC, específicos por faixas de acuidade visual.

Resultados comparativos entre ranibizumabe e pegaptanibe e estudos locais de seguimento prospectivo de pacientes brasileiros podem fornecer dados adicionais que aumentem a robustez do modelo, minimizando possíveis

incertezas. Novos estudos têm investigado o papel da terapia fotodinâmica com verteporfina associada à terapia anti-angiogênica e podem demandar novos cenários de análise para o tratamento da DMRI no Brasil futuramente.

Conclusão

Considerando-se a ausência de medicamentos específicos para o tratamento da DMRI no SUS, a eficácia e a segurança do ranibizumabe em diversos ensaios clínicos e os resultados de custo-efetividade obtidos através desse estudo, a terapia com ranibizumabe mostrou-se uma alternativa terapêutica com benefícios clínicos adicionais, viável economicamente, resultando em economias para o sistema em diversos cenários de comparação. Análises posteriores de impacto orçamentário podem oferecer informações adicionais para subsidiar tomadores de decisão no processo de incorporação do ranibizumabe no SUS.

Referências bibliográficas

Abraham P, Yue H, Wilson L. Randomized, double-masked, sham-controlled trial of ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: PIER study year 2. *Am J Ophthalmol*. 2010;150:315-324.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexos. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*. 2008a;6:1-6.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Inibidores da angiogênese para o tratamento da degeneração macular relacionada à idade. *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde*. 2008b;6:1-13.

Colquitt JL, Jones J, Tan SC, Takeda A, Clegg AJ, Price A. Ranibizumab and pegaptanib for the treatment of age-related macular degeneration: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2008;12:1-238.

Curtis LH, Hammill BG, Schulman KA, Cousins SW. Risks of mortality, myocardial infarction, bleeding, and stroke associated with therapies for age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 2010;128:1273-9.

Farah ME, Oshima A, Costa RA, Sallum, JF. Degeneração macular relacionada à idade: modalidades terapêuticas. *Arq Bras Oftalmol*. 2001;64:583-588.

Holz FG, Korobelnik JF, Lanzetta P, Mitchell P, Schmidt-Erfurth U, Wolf S, Markabi S, Schmidli H, Weichselberger A. The effects of a flexible visual acuity-driven ranibizumab treatment regimen in age-related macular degeneration: outcomes of a drug and disease model. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2010;51:405-12.

Klein R, Klein BE, Knudtson MD, Meuer SM, Swift M, Gangnon RE. Fifteen-year cumulative incidence of age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*. 2007;114:253-62.

Kuntz K, Weinstein M. Modelling in Economic Evaluation. In: Drummond MF, McGuire A, eds. *Economic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 141-171.

Meads C. What is the cost of blindness? *Br J Ophthalmol*. 2003;87:1201-1204.

Meads C, Salas C, Roberts T, Moore D, Fry-Smith A, Hyde C. Clinical effectiveness and cost-utility of photodynamic therapy for wet age-related macular degeneration: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2003;7:v-vi, 1-98.

Meyer CH, Eter N, Holz FG, SUSTAIN Study Group. Ranibizumab in Patients With Subfoveal Choroidal Neovascularization Secondary to Age-Related Macular Degeneration. Interim Results From the Sustain Trial. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2008;49:273.

Mitchell P, Korobelnik JF, Lanzetta P, Holz FG, Prünke C, Schmidt-Erfurth U, Tano Y, Wolf S. Ranibizumab (Lucentis) in neovascular age-related macular degeneration: evidence from clinical trials. *Br J Ophthalmol*. 2010;94:2-13.

Nehemy MB. Degeneração macular relacionada à idade: novas perspectivas. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69:955-958.

Regillo CD, Brown DM, Abraham P, Yue H, Ianchulev T, Schneider S, Shams N. Randomized, double-masked, sham-controlled trial of ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: PIER Study year 1. *Am J Ophthalmol*. 2008;145:239-248.

Rodrigues EB, Eglas ER, Grumann Junior A, Meyer CH, HoV AC. Tratamento da forma neovascular de degeneração macular relacionada à idade com drogas antiangiogênicas. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69:756-765.

Romani FA. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. *Arq Bras Oftalmol*. 2005;68:649-655.

Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, Boyer DS, Kaiser PK, Chung CY, Kim RY; MARINA Study Group. Ranibizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *N Engl J Med*. 2006;355:1419-1431.

Santos LPF, Diniz JR, Leão ACS, Sena MF de. Degeneração macular relacionada à idade: prevalência e fatores de risco em dois centros oftalmológicos de referência em Pernambuco. *Arq Bras Oftalmol*. 2005;68:229-233.

Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos (Brasil). Diretrizes metodológicas para estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde para o Ministério da Saúde. Brasília; 2007.

Serra D, Angelucci R, Sugano D, Sampaio PR, Rehder JR. Análise epidemiológica dos pacientes acometidos por Degeneração Macular Relacionada à Idade, atendidos no Setor de Retina da Faculdade de Medicina do ABC. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2004;33:20-23.

Smith W, Assink J, Klein R, Mitchell P, Klaver CC, Klein BE, Hofman A, Jensen S, Wang JJ, de Jong PT. Risk factors for age-related macular degeneration: Pooled findings from three continents. *Ophthalmology*. 2001;108:697-704.

VEGF Inhibition Study in Ocular Neovascularization (V.I.S.I.O.N.) Clinical Trial Group, D'Amico DJ, Masonson HN, Patel M, Adamis AP, Cunningham ET Jr, Guyer DR, Katz B. Pegaptanib sodium for neovascular age-related macular degeneration: two-year safety results of the two prospective, multicenter, controlled clinical trials. *Ophthalmology*. 2006a;113:992-1001.

VEGF Inhibition Study in Ocular Neovascularization (V.I.S.I.O.N.) Clinical Trial Group Chakravarthy U, Adamis AP, Cunningham ET Jr, Goldbaum M, Guyer DR, Katz B, Patel M. Year 2 efficacy results of 2 randomized controlled clinical trials of pegaptanib for neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2006b;113:1508.

World Health Organization (WHO). Visual impairment and blindness. Geneva: World Health Organization; 2010. [citado 2010 out 15]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.

Aspectos da qualidade e recuperação de serviços na saúde: um enfoque nos serviços odontológicos

Aspects of recovery and quality of health services: a focus on dental services

Janduhy Camilo Passos¹, Vidigal Fernandes Martins², Marco Aurélio Afonso Abreu³

Palavras-chave:

serviços odontológicos, qualidade, recuperação de serviços

Palabras clave:

servicios dentales, de calidad, los servicios de recuperación

Keywords:

dental services, quality, recovery services

RESUMO

Esse artigo aborda a qualidade e a recuperação dos serviços odontológicos. Por meio de uma pesquisa de revisão, são levantados aspectos que devem ser observados pelos odontólogos, face à intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade dos serviços que ofertam. Verificou-se que a qualidade dos serviços odontológicos está relacionada com as habilidades interpessoais e as formas de comunicação que favorecem o desenvolvimento e a manutenção da confiança entre o prestador de serviços e o paciente. Na recuperação e qualidade dos serviços odontológicos devem ser realizadas ações tangíveis e intangíveis, sendo necessário que os odontólogos desenvolvam competências que lhes permitam combinar os fatores desempenho, atendimento e custo.

RESUMEN

Este artículo analiza la calidad de los servicios dentales y de recuperación. Por medio de una revisión de la literatura, los problemas se plantean que deben ser observadas por los odontólogos, debido a la intangibilidad, inseparabilidad, variabilidad y el carácter perecedero de los servicios que ofrecen. Se encontró que la calidad de los servicios dentales relacionados con las habilidades interpersonales y las formas de comunicación que promueven el desarrollo y el mantenimiento de la confianza entre el proveedor de servicios y el paciente. En la recuperación y la calidad de los servicios dentales acciones llevadas a cabo deben ser tangibles e intangibles, es necesario que los dentistas para desarrollar habilidades que les permitan combinar los factores de desempeño, servicio y costo.

ABSTRACT

This paper discusses the quality and recovery of dental services. Through a literature review, issues are raised that must be observed by dentists due to the intangibility, inseparability, variability and perishability of services they provide. It was found that the quality of dental services is related to interpersonal skills and communication forms that promote the development and maintenance of trust between service provider and the patient. In the recovery and quality of dental services, tangible and intangible actions should be performed, requiring dentists to develop skills that allow them to combine factors, such as performance, service, and cost.

Recebido em 21/06/2011 Aprovado para publicação em: 19/08/2011

1. Faculdade Gestão e Negócios Universidade Federal de Uberlândia – (FAGEN/UFU)

Doutorando em Administração pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo EAESP/FGV. janduhycamilopassos@hotmail.com

2. Faculdade de Ciências Contábeis - Universidade Federal de Uberlândia – (Facic/UFU) — Doutorando em Administração pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo EAESP/FGV. vidigal@ufu.br / vidigalfgv@gmail.com

3. Escola Técnica e Profissional Supere – Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia – (PPCS/UFU). marcoaurelioudi@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Uberlândia – 55 34 3239-4132

Av. João Naves de Ávila 2121 - Campus Sta Mônica – Bloco F SALA 1F 239 – Faculdade de Gestão e Negócios – FAGEN/UFU - Uberlândia - MG - CEP 38408-100 - Brasil

Introdução

A área de saúde vivencia uma quebra de paradigmas oriunda dos efeitos produzidos pela chamada “Era do Cliente”, surgida na década de 1980 e introduzida no Brasil com a Abertura de Mercado a partir de 1990 (Caproni, 2006). Nesse contexto, a satisfação da clientela é valorizada e expressões como marketing, comunicação, relacionamento interpessoal, qualidade em serviços e atendimento personalizado se configuram como elementos importantes a serem analisados por todos os que militam no campo da saúde, considerando que a relação doutor/paciente foi gradativamente substituída pela profissional/cliente (Assada, 2006).

Assim, observa-se que o sucesso efetivo na prestação de serviços de saúde requer dos seus profissionais habilidades não restritas apenas ao seu campo de atuação, mas que abranjam domínios diversos do conhecimento como, por exemplo, saberes relativos ao âmbito da Administração. Essa área engloba fatores como definições de estratégias e planejamento, gestão de recursos mercadológicos, materiais, humanos e financeiros, indicadores de qualidade, dentre outros. Na verdade, componentes fundamentais para o estabelecimento da diferenciação necessária ao êxito dos profissionais de qualquer especialidade da saúde, face à conjuntura atual caracterizada por ampla concorrência de profissionais, tratamentos e clínicas, especializações, preços diferenciados etc..

Apesar de a área de saúde estar inserida no setor de serviços, ela possui a mesma forma características particulares que a diferencia dos demais serviços porque suas atividades estão diretamente relacionadas à preservação da vida. Segundo Garvin (1990) apud Souza, Griebeler e Godoy (2007), três distinções assinalam as organizações de saúde, a saber:

- não há clareza entre a relação entradas e saídas, em grande parte devido ao tempo essencial para que os resultados sejam observados;
- é possível que os pacientes tenham dificuldades na avaliação dos aspectos técnicos;
- ponto nas organizações de saúde de maior porte (como os grandes hospitais) existem linhas de autoridades distintas no que diz respeito ao pessoal administrativo e aos médicos, o que é diferente à autoridade única predominante em outros tipos de organizações.

Outro aspecto importante a ser observado é a possibilidade de a qualidade do serviço prestado apresentar duas dimensões diferenciadas: a qualidade técnica, relativa ao que é oferecido ao cliente visando a sua satisfação; e a qualidade funcional, referente ao modo como o serviço é prestado (Grönroos, 2003). Sabe-se que na área da saúde há avanços significativos na qualidade técnica, o que é pontu-

ado pelo número expressivo de produções científicas cujas abordagens recaem sobre a etiologia e o tratamento das doenças. Entretanto, os estudos sobre a qualidade funcional da prestação de serviços de saúde ainda são restritos, denotando a necessidade de mais conhecimentos nesse campo de estudos, pois quando a qualidade na prestação de serviços de saúde é julgada, os pacientes geralmente relatam suas percepções tendo como base os aspectos em que se sentem mais qualificados para avaliar. Nesse sentido, estando em uma posição em que não seja possível (ou não esteja apto) avaliar serviços de maior complexidade técnica, os consumidores usam outras dimensões para efetivar as suas avaliações (Santos, 2004). Essas considerações demonstram que conhecer a visão dos clientes quanto à qualidade funcional dos serviços de saúde torna-se um diferencial para a satisfação e fidelização dos mesmos, visto que entender o que a clientela espera é o princípio fundamental da qualidade (Deming, 1990; Paladini, 1995).

Partindo desses pressupostos, este artigo tem como objetivo efetuar considerações sobre os aspectos da qualidade e da recuperação de serviços em saúde, com foco nos serviços odontológicos. O debate em torno de uma categoria profissional permitirá a reflexão mais particularizada, pois apesar das semelhanças entre os serviços ofertados pelos profissionais da saúde (prevenção, profilaxia e manutenção do bem-estar dos indivíduos), existem diferenças nos tipos de serviço de saúde oferecidos.

Considerações gerais sobre a recuperação de serviços no campo da saúde

O setor de prestação de serviços configura-se um dos líderes da nova onda de expansão econômica, tornando-se importante componente no processo de crescimento global. De acordo com Lovelock e Wright (2006), “os serviços constituem o grosso da economia de hoje, não só no Brasil, onde respondem por 56,7% do Produto Interno Bruto (PIB), mas também no mundo”.

A prestação de serviços tem se caracterizado como o foco das atividades econômicas do mundo moderno, sendo essencial para o desenvolvimento das sociedades atuais. Todavia, como as operações de serviços possuem maior complexidade, dado que se baseiam no relacionamento entre os consumidores e os funcionários da linha de frente, os erros e as falhas ocorrem com frequência, o que exige das organizações o estabelecimento da formalização de procedimentos que promovam a recuperação do serviço, pois a satisfação dos clientes é fundamental para a sobrevivência das organizações.

A recuperação de serviços é caracterizada pelos esforços sistematizados de uma organização após a ocorrência de uma falha para a correção do problema e a retenção

da boa vontade do cliente. Portanto, recuperar serviços consiste em desenvolver ações para solucionar problemas com o intuito de alterar as atitudes negativas de consumidores insatisfeitos para mantê-los na organização (Lovelo-ck e Wright, 2006).

Nesse sentido, os prestadores de serviços devem ter como meta proporcionar ao cliente uma experiência positiva já no seu primeiro contato com a organização. Todavia, em função dos imperativos ambientais, da multiplicidade de fatores e expectativas variadas da clientela, além das formas de envolvimento dos funcionários na realização das suas tarefas, os erros ocorrem com frequência. É uma falha no serviço que oferece a oportunidade de reparar o erro e uma segunda chance para proporcionar uma experiência positiva de serviço (Miller, Craighead e Karwan, 2000).

Várias pesquisas têm sido empreendidas para conhecer o comportamento do consumidor frente a situações de erros ocorridas no momento da prestação do serviço, e também para verificar a atuação das organizações quando da ocorrência dos erros e sua resposta no momento em que o cliente reclama. Os resultados mostraram que as situações de insatisfação desencadeiam propagandas negativas, disseminadas por meio de contatos de um cliente com outro. No entanto, essas situações podem ser evitadas se a organização estiver voltada para o cliente, ouvindo suas reclamações e programando resoluções que tragam satisfações e repercutam na credibilidade organizacional.

Conforme assinalam Reichheld e Sasser (1990) apud Santos e Fernandes (2007), custa de três a cinco vezes mais a obtenção de novos clientes do que manter os atuais da carteira. A clientela atual da organização recebe os seus esforços mercadológicos com mais impacto, pois já estão habituados com a organização em todos os seus aspectos (procedimentos, colaboradores etc.) sendo menos atraídos pelos preços praticados nas empresas competidoras. Esses aspectos denotam a importância de se manter a qualidade no serviço ofertado como meio de fidelização da clientela. De acordo com Miller, Craighead e Karwan (2000), antecedendo a recuperação de um serviço em uma organização estão fatores como o envolvimento do consumidor; a qualidade do serviço; a gravidade da falha; as garantias ofertadas. Além disso, elementos como a autonomia do pessoal da linha de frente e a rapidez da recuperação são fatores de sucesso para que um serviço seja recuperado. Segundo os autores mencionados acima, é importante considerar também os seguintes aspectos: (I) o consumidor atribui muita importância a retratação; (II) as falhas graves requerem atitudes incisivas; (III) as formas de recuperação são multidimensionais; (IV) a rapidez de resposta é fator-chave para satisfação do cliente; (V) as falhas graves são mais difíceis de serem reparadas.

Nos serviços de saúde, os fatores citados são relevantes porque na avaliação da qualidade, em consonância com a expectativa do cliente, encontram-se elementos como a obtenção de explicações sobre o tratamento efetuado; contatos amigáveis, recebimento de informações de modo espontâneo, sem necessidade de inquirição ao profissional de saúde que faz o atendimento; manutenção do contato visual na comunicação com o profissional de saúde; o incentivo a perguntas, para recebimento de feedback do paciente, suas emoções e sentimentos quanto à doença, dentre outros (Leckie *et al.*, 2006 apud Campos, 2008). Todos os fatores fazem alusão ao relacionamento interpessoal e à capacidade adequada de comunicação.

Deve-se considerar que na área da saúde, os clientes buscam estabelecer uma relação de confiança com os prestadores de serviços, face à vulnerabilidade a que estão expostos e à incapacidade de avaliação ou interferência técnica sobre o serviço de saúde recebido; portanto, a confiança é preponderante na avaliação dos serviços de saúde. Porém, as dimensões do serviço podem sofrer diversas avaliações segundo o estágio ou momento em que o cliente se encontra na experimentação do serviço: enquanto recebem os serviços, predominam nos clientes os sentimentos e as emoções, estando a sua satisfação alimentada pelo relacionamento interpessoal com os prestadores de serviço. Posteriormente, finalizado o recebimento, é comum os clientes valorizarem os aspectos técnicos, as melhorias clínicas e a possibilidade de continuarem o tratamento (Nelson e Niederberger, apud Campos, 2008).

No estudo realizado por Torres (2003) apud Campos (2008) ficou evidenciado que em saúde são utilizadas práticas de recuperação tangíveis e intangíveis. As primeiras práticas abrangem desde o fornecimento de alimentação e dinheiro para o transporte, em casos de erros no agendamento das consultas, até o ressarcimento financeiro de objetos perdidos no âmbito da organização de saúde. Já a recuperação intangível utilizada com maior frequência é o fornecimento de respostas, desculpas e explicações sobre a ocorrência do erro. Essa forma, por sua vez, pode diminuir ou superar os efeitos negativos das falhas entre aqueles clientes com alto comprometimento com a organização, posto que os pacientes estejam envolvidos emocionalmente com os prestadores do serviço e, portanto, mais propensos a aceitarem tais práticas.

A recuperação de serviços traz vantagens significativas para a área de saúde, tais como o aumento na fidelização dos clientes, a redução do tempo de permanência do paciente na organização de saúde, os benefícios financeiros, a melhoria de desempenho dos funcionários e o estabelecimento de relações mais duradouras com os pacientes. Quanto aos benefícios financeiros, as evidências são os lucros com os atuais clientes, a redução da propaganda

negativa disseminada por meio dos clientes insatisfeitos, bem como a redução de ações legais contra a organização (Campos, 2008).

No âmbito da saúde, a divulgação de experiências negativas pelos clientes merece atenção da organização, considerando que os consumidores desse tipo de serviço são extremamente influenciados pelas experiências relatadas por outros pacientes, devido à confiança que buscam depositar nesses prestadores de serviço. Portanto, é relevante que as ações de recuperação de serviços não se restrinjam apenas aos pacientes, mas aos seus familiares e amigos. Outro benefício direto das práticas de recuperação (ocasionando o aumento na fidelização dos clientes) é a redução no nível de ansiedade dos pacientes que buscam o serviço de saúde. Isso pode ser conseguido com uma comunicação adequada, transparente quanto aos procedimentos a serem efetuados, índices de sucesso obtidos, materiais utilizados nas intervenções, dentre outros fatores (Campos, 2008).

Aspectos fundamentais para a qualidade na prestação de serviços odontológicos

Os serviços podem ser entendidos como um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra e que seja essencialmente intangível, não resultando na propriedade de nada. Assim, mesmo que o processo esteja relacionado a um produto físico, existe a questão da intangibilidade associada à execução do serviço e a não apropriação dos fatores de produção envolvidos (Kotler, 2000). Nesse sentido, os serviços apresentam quatro principais características que repercutem na elaboração de qualquer ação que os envolva, seja na determinação de melhorias ou mesmo na estruturação de programas que visem à fidelização da clientela. São eles: intangibilidade; inseparabilidade; variabilidade e perecibilidade (Lovelock e Wright, 2006).

A intangibilidade diz respeito ao fato de que os serviços não podem ser estocados, visualizados, tasteados, ouvidos, cheirados ou degustados, ao contrário de produtos físicos. Em relação aos serviços odontológicos, o paciente que busca um cirurgião-dentista para alívio de uma odontalgia é submetido a uma consulta de emergência para alívio da dor. Esse momento é revestido de componentes intangíveis, pois ao término do atendimento, do encontro fornecedor/receptor dos serviços, o cliente apenas disporá das recordações relativas ao modo como foi atendido, da rapidez e agilidade despendidas pelo odontólogo e sua equipe na solução do problema.

O aspecto da intangibilidade ainda torna necessário que sejam fornecidos aos clientes elementos de comprovação para evidenciar a qualidade do serviço prestado (Las Casas, 2000). Logo, os prestadores de serviços devem tornar o

mais tangível possível tudo o que foi prometido, pois, para reduzir as incertezas, os clientes procuram sinais de qualidade naquilo que lhes é visível. No que concerne aos serviços odontológicos, a atenção dos clientes habitualmente recai sobre o ambiente da recepção, o vestuário dos colaboradores, o mobiliário e equipamentos, o material utilizado para comunicação e divulgação da clínica (*folder*, cartazes, *displays*, site organizacional etc.), a pontualidade no atendimento e o preço cobrado, entre outros elementos, como fontes para identificação e segurança em relação à qualidade do serviço que buscam.

A característica da inseparabilidade mostra que os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente. Por conseguinte, verifica-se que a pessoa encarregada de prestar o serviço é parte dele e que a presença do cliente é fundamental enquanto o serviço é executado, havendo uma interação direta do prestador de serviços com a clientela atendida e uma responsabilidade comum no resultado alcançado. Na ocorrência de um erro, este é percebido e o cliente já recebe o serviço defeituoso no exato momento devido à simultaneidade. Tal característica determina que a oportunidade para que um prestador de serviços mostre a sua eficiência e eficácia está no atendimento do cliente quando em contato direto com o mesmo. (Filho, 2002). Essa possibilidade também permite que uma avaliação seja instantaneamente realizada pelo cliente ao vivenciar a realização do serviço, o que é designado como a hora da verdade. “É nesse momento que o cliente, ao entrar em contato com a organização, tem a oportunidade de criar a imagem da empresa e dimensionar a qualidade dos serviços prestados por ela” (Hargreaves, Zuanetti e Lee, 2001).

O fato de dependerem de quem os fornece, além de onde e quando são fornecidos, ocasiona a característica chamada de variabilidade dos serviços. Nesse sentido, a questão da qualidade está diretamente relacionada ao modo como estes são proporcionados. No caso de um odontólogo, a despeito de sua excelente reputação e reconhecido mérito na comunidade, se os seus assistentes não forem atenciosos com um paciente, ou se algum outro empecilho ocorrer para o efetivo atendimento das necessidades do mesmo, a qualidade do serviço é imediatamente questionada. Não obstante, por serem perecíveis, os serviços necessitam de atendimento imediato, já que não podem ser estocados como bens físicos. Portanto, se ao necessitar de um atendimento emergencial, o paciente não for atendido, é certo que buscará outro profissional para resolução do seu problema (Filho, 2002).

Além das características citadas, a competição estabelecida no mercado de trabalho requer dos odontólogos conhecimentos diversificados para a superação dos obstáculos provenientes de fatores como: clientela cada vez mais exigente e informada; grande concorrência de profissionais

no mercado e fornecedores com materiais e equipamentos inovadores, sofisticados, de alto valor aquisitivo, porém de retorno a longo prazo.

Visando superar essas dificuldades faz-se necessário que o odontólogo desenvolva competências relacionadas aos seguintes pontos: (I) saber ofertar não somente qualidade técnica no serviço que executa, mas sobretudo qualidade no que possa ser visto e analisado pelo cliente, desde aspectos intangíveis relativos à forma de atendimento prestada até elementos tangíveis como o próprio layout das instalações; (II) desenvolver e aperfeiçoar habilidades de relacionamento interpessoal e (III) observar equipamentos e materiais utilizados, o conforto da sala de espera, as cores e o layout do consultório, design e organização do mobiliário; pois, em geral, os clientes não percebem a qualidade técnica ou a tecnologia empregada no serviço odontológico. Porém, é comum se fixarem na parte visível do que é ofertado. Desse modo, o atendimento efetuado pelo dentista e todos os seus assistentes, além do espaço físico disponibilizado para execução do serviço, são importantes itens de análise para que o cliente julgue satisfatoriamente o serviço recebido (Assada, 2006).

Essas observações foram confirmadas por meio de pesquisa empreendida com um grupo de 100 clientes, e relatada por Assada (2006), como demonstrado no quadro a seguir.

Nº	ITENS DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS (%)
01	Capacidade técnica do profissional	38%
02	Gentileza no atendimento	26%
03	Qualidade dos materiais e equipamentos	15%
04	Limpeza e higiene do ambiente	9%
05	Foco em prevenção	7%
06	Preço e custos	5%

Figura 1 - Aspectos valorizados nos serviços odontológicos

Fonte: Adaptado de Assada (2006)

A capacidade técnica do profissional foi o item de maior relevância na amostra considerada pela pesquisa, atingindo o índice de 38%. No entanto, a gentileza no atendimento foi amplamente lembrada com 25% do total. Esses dados confirmam a importância do desenvolvimento das habilidades interpessoais por parte do odontólogo e toda sua equipe com vistas à atração e fidelização da clientela. Segundo Caproni (2006), uma pesquisa realizada em Harvard mostrou que, caso um profissional de saúde atue como empregado em uma clínica, seu sucesso dependerá em 67% das habilidades interpessoais e em 33% de suas habilidades técnicas. Se porventura esse profissional for proprietário da clínica, então 85% de suas conquistas estão relacionadas às suas

habilidades interpessoais e 15% às suas habilidades técnicas. Esses apontamentos também são ratificados pelos resultados da pesquisa citada por Assada (2006). Ver quadro a seguir:

Nº	ITENS DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS (%)
01	Indiferença no processo de atendimento	68%
02	Qualidade técnica	14%
03	Concorrência – preço mais acessível	9%
04	Novos relacionamentos estabelecidos	5%
05	Mudança de localidade	3%
06	Falecimento	1%

Figura 2 - Motivos de perda de clientes em serviços odontológicos

Fonte: Adaptado de Assada (2006)

Esses dados denotam a importância da reflexão sobre como o paciente se sente ou se comporta ao necessitar de serviços odontológicos. Seja qual for o tipo de intervenção odontológica a ser realizada, o paciente geralmente a associa à dor e ao desconforto, originando na maioria das vezes ansiedade e tensão, desde o atendimento prévio feito pelos assistentes do odontólogo, até mesmo durante a intervenção propriamente dita. Portanto, desenvolver o relacionamento interpessoal e fomentar boas relações humanas entre toda a equipe que presta assistência são fatores decisivos para o bem-estar do paciente considerando a sua inquietação psicológica e seus temores. Esse aspecto não apenas é ético na relação com o paciente, mas também fundamental para a manutenção e o retorno do mesmo devido à sensação de acolhimento e respeito despendido durante o serviço.

Outras competências que devem ser fortalecidas estão relacionadas à obtenção de informações gerenciais que devem ser coletadas e disseminadas pelo odontólogo, para continuar exercendo suas atividades profissionais. Essas informações são relativas ao controle de clientes, às ações mercadológicas desenvolvidas e às aquelas que serão implementadas, assim como custos operacionais, dados de fornecedores, tendências do mercado etc. Dessa forma, permite-se que ocorra uma maior efetividade nas ações administrativas, posto que o planejamento, a fixação de objetivos e o desenvolvimento de estratégias são facilitados, possibilitando o êxito da clínica ou consultório no mercado. Trata-se, assim, de conhecer e efetuar os conhecimentos pertinentes ao campo da administração, da gestão de recursos produtivos que, na maioria das vezes, são negligenciados pelos profissionais da saúde, considerando que sua formação acadêmica pouco contempla ou torna relevante essa área do conhecimento.

Dentro desse contexto, são importantes as observações feitas por Barbulho (2001). Conforme relata o autor,

um cliente ao adquirir um serviço possui expectativas em relação à qualidade do desempenho, do atendimento e do custo. Em relação ao desempenho, o cliente analisa os detalhes do processo que acompanha a realização do serviço. No caso do serviço odontológico, é comum ele observar a duração do tempo da intervenção odontológica, a durabilidade do material utilizado, a higiene e limpeza do local, estética da clínica ou consultório, apresentação pessoal dos profissionais, tempo de retorno para novas intervenções, dores e desconfortos durante o processo, entre outros.

Já em relação ao atendimento, seu exame normalmente recai sobre questões como afabilidade e disponibilidade dos atendentes e do odontólogo, observação do horário marcado, clareza das informações prestadas, pronto atendimento telefônico, distinção no tratamento pessoal. Em relação aos custos, o cliente procura aliar um serviço de qualidade a preços acessíveis, considerando que quanto mais requintado o tratamento necessário, provavelmente os valores serão maiores. É válido salientar que, nas pesquisas citadas anteriormente, o fator preço não se destaca quando se trata dos aspectos mais valorizados nos serviços odontológicos, mas é significativo quando se refere aos motivos que afastam clientes de uma clínica, assumindo a terceira posição na classificação geral.

De acordo com Barbulho (2001), as empresas e os profissionais prestadores de serviços geralmente observam e introduzem apenas um ou no máximo dois desses fatores, acarretando insatisfações e a não fidelização da clientela devido ao não atendimento das outras expectativas dos pacientes. Consequentemente, é comum encontrarmos profissionais de odontologia que, ao priorizarem preços baixos e bom atendimento, deixam o desempenho ficar aquém do esperado, ou que proporcionam um atendimento amável, mas que cobram preços exorbitantes. Na verdade, são possíveis combinações diversas com os três fatores mencionados, de acordo com o conhecimento administrativo e o perfil do odontólogo, bem como sua percepção acerca da realidade em que está inserido. O êxito profissional, porém, em relação ao número de pacientes atendidos, à manutenção da clínica ou consultório, ao reconhecimento na comunidade local e à indicação para pacientes potenciais, está relacionado à observação e ao equilíbrio proporcionado por essas três vertentes; uma vez que as mesmas são examinadas pelos clientes; pois, como consumidores, todos desejam um serviço executado por profissionais com desempenho inquestionável; que cobre preços justos, realistas e aceitáveis, e que forneça um excelente atendimento.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo fazer algumas considerações sobre os aspectos da qualidade e da recuperação

de serviços em saúde, tendo como referência os serviços odontológicos. Sendo assim, em virtude dos serviços odontológicos apresentarem as características básicas inerentes a qualquer tipo de serviço, observou-se que o quesito qualidade é fundamental para fortalecer e manter a confiança dos clientes no prestador de serviços. Além disso, havendo erros ou falhas no atendimento do paciente, ações de recuperação tangíveis e intangíveis devem ser implementadas pelos odontólogos com o intuito de restabelecer o vínculo e a fidelização de sua clientela.

As ações tangíveis tratam da reparação física da falha ocorrida, envolvendo valores monetários ou não; por sua vez, as ações intangíveis se configuram através de uma comunicação interpessoal mais direcionada à atenção requisitada pelo cliente, seja pedindo desculpas pelo fato ou esclarecendo devidamente os fatores que o originaram. Trata-se de buscar o restabelecimento da confiança do cliente, uma vez que a subjetividade que permeia os serviços odontológicos favorece a análise do que é ofertado ao cliente sob o ângulo da qualidade funcional. Para tanto, é imprescindível que os odontólogos desenvolvam habilidades interpessoais e de comunicação, buscando estabelecer um relacionamento que inspire confiabilidade aos seus pacientes/clientes.

É importante também que os odontólogos invistam nos aspectos tangíveis que cercam a prestação de seus serviços como as instalações físicas do consultório, materiais utilizados nos procedimentos, uniformes etc., pois os clientes buscam indícios de qualidade no que é possível enxergar, já que não conseguem avaliar concretamente os aspectos técnicos do serviço odontológico.

Tendo em vista que na atualidade existem muitos profissionais no mercado, os odontólogos também necessitam desenvolver habilidades relativas aos processos administrativos que possibilitem obter e gerenciar as informações procedentes da clientela, com o objetivo de atender as suas demandas quanto às possibilidades de combinações entre os fatores desempenho, atendimento e custo.

Referências bibliográficas

- Assada RM. Qualidade em serviços aplicada à odontologia. Disponível em < <http://odonosites.com.br/> >. Acesso em: 15.11.2010.
- Barbulho E. Excelência na prestação de serviços. São Paulo: Madras Business, 2001.
- Campos JK. Tipos de falhas, práticas de recuperação e o impacto na Fidelização de clientes de serviços hospitalares. (Mestrado em Administração), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:< <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp105620.pdf> >. Acesso em: 15.11.2010.
- Caproni R. Como conquistar e manter bons clientes. Disponível em: <http://www.odontosites.com.br/Artigos/caproni/como_conquistar_e_manter_bons_clientes_em_odontologia.htm>. Acesso em: 05.11.2010.
- Miller JL, Craighead CW, Karwan KR. Service recovery: a framework and empirical investigation. *Journal of Operations Management*, 2000.
- Dening WE. Qualidade: a Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1990

- Figueiredo KF, Ozório GB, Arkader R. Estratégias de recuperação de serviço no varejo e seu impacto na fidelização dos clientes. *Revista de Administração Contemporânea*. Vol.6 n.3, Curitiba, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 12.11.2010.
- Filho AMB. Pontualidade, o diferencial competitivo no atendimento médico-odontológico. Curitiba: Editora Maio, 2002.
- Grönroos C. *Marketing — gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- Hargreaves L, Zuanetti R, Lee R et al. *Qualidade em prestação de serviços*. Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2001.
- Kotler P. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas, 2000.
- Las Casas AL. *Marketing de serviços*. 2ª ed. - São Paulo: Atlas, 2000.
- Lovelock C, Wright L. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva 2006.
- Paladini EP. *Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços*. São Paulo: Atlas, 1995.
- Santos NS. Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente. 2004. 123f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- Santos CP, Fernandes DVH. A recuperação de serviços e seu efeito na confiança e lealdade do Cliente. *RAC-Eletrônica*, v. 1, n. 3, art. 3, p. 35-51. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/rac-e>>. Acesso em 12.11.2010
- Souza AM, Griebeler D, Godoy LP. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos: estudo de caso sobre expectativas e percepções de clientes. *Prod.* [online]. 2007, vol.17, n.3, pp. 435-453. ISSN 0103-6513. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n3/a04v17n3.pdf>>. Acesso em 15.11.2010.

Corporate governance in teaching hospitals: a study on a university hospital

Vidigal Fernandes Martins¹, Vinícius Silva Pereira², Peterson Elizandro Gandolfi³

Keywords:

Governance, university teaching hospital, REHUF

ABSTRACT

This work portrays the manner that the teaching hospital of the Federal University of Uberlândia (HC-UFU) is facing the integration process of governance practices in their environment, especially the impact that this will suffer during and after the adoption of restructuring measures (REHUF). The hospital serves as a large organization and, in this way, is able to align management practices with governance policies making it necessary to have clarity and soundness in the strategies, processes and structures of these hospitals. In this context, the research helps to clarify some points: the management model of the HC-UFU to adopt governance practices. If so, how they occur in the context of internal processes. To ensure that the analysis of the empirical data is able to contemplate the various aspects that involve the whole object of investigation, the procedures following the assumptions of the exploratory and qualitative research. The guidelines of the research include: degree of centralization/decentralization of administration, form of participation in the decisions of hierarchical levels, degree of autonomy and managerial accountability and reporting process.

Introduction

The study aims to reveal the behavior of university hospitals linked to the Ministry of Education (MEC) in relation to the adoption of governance practices. Above all, what the most relevant results are in the restructuring process of the HC-UFU installed in the State of Minas Gerais.

The new trends in both public and private organizations directed at adopting governance practices. These practices assist in decision making, performance and organizational control to demonstrate greater transparency in accountability.

Health service managers face difficulties in managing the emergence of new technology, an aging population, the variability of approaches, directly impacting the health care model, especially when these changes are not accompanied by a proportional increase in revenue and a source of funding for the health sector (Martins, 2010). Regarding the management of university hospitals in Brazil, through its historical characteristics, some factors impede the implementation

of a more effective model for organizational performance, they are: lack of a mission and vision of the future that focus on the processes and results from strategic planning, lack of evaluation standards and performance measurement, not targeting the needs of customers and participative management focused on continuous improvement in a structured and consistent manner (Martins, 2010).

The funding of teaching hospitals is a major concern for presidents. The cost of a teaching hospital that offers education and assistance at the same time, is about 40% higher than that of a traditional health facility, as the amounts paid by the Unified Health System (SUS) for assistance do not meet the needs of the University Hospital (UNB Agency, 2009 apud MARTINS 2010). Aside from these factors, data from the Ministry of Education showed that its 46 university hospitals operate with a deficit of 5.443 million workers, this has caused bed closures, in addition to accumulating debts that exceeded figures of \$500 million reais (UNB Agency, 2009 cited in Martins 2010). In this sense, it is necessary and urgent to find ways to rethink health care models in Brazil and to propose

Recebido em 30/03/2011 – Aprovado para publicação em: 19/08/2011

1. Universidade Federal de Uberlândia Fundação Getúlio Vargas EAESP (BRASIL); 2. Universidade Federal de Uberlândia Fundação Getúlio Vargas EAESP (BRASIL); Universidade Federal de Uberlândia Fundação Getúlio Vargas EAESP (BRASIL)

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Uberlândia – 55 34 3239-4132

Av. João Naves de Ávila 2121 - Campus Sta. Mônica – Bloco F SALA 1F 239 – Faculdade de Gestão e Negócios – FAGEN/UFU - Uberlândia - MG - CEP 38408-100 - Brasil

new management practices and system organization of health services.

The reasons that led us to choose this theme is the result of our experience of three years at the Clinic Teaching Hospital of the Federal University of Uberlandia where we were able to experience and observe the problems of the current funding model of university hospitals in Brazil, and the misuse of restraint financial resources, the rapid and growing demand for the de-skilling, and the disincentive for their own lack of prospects for solving this situation.

Since the creation of SUS, public hospitals and philanthropic organizations, now play a key role as a reference for medium and high complexity care. Among these hospitals, the teaching ones, that accumulate technological capability, built with public funds, for the most part from the SUS, took on a more strategic role in the system, given its role in forming human resources (Martins 2010).

The control of the university hospital is through the implementation of SUS, takes on a key role in three areas: constitutional, to ensure the principles of the SUS; organizational, rational use of resources, educational and interactive with the professional teams in order to safeguard the principles of rational practice and interdisciplinary, without hurting the ethical principles and ensuring the actions of teaching, research and extension, through the guidance of the state policy (Martins, 2010).

The Ministries of Health and Education, integrating their actions, in a government policy of consolidation of the National Health System (SUS) and health training, have issued the joint order no. 1000 April 15, 2004, published in the Official Gazette on May 16, 2004 (BRAZIL, Ministry of Health, 2004), which establishes criteria for the certification of the HUs, dealing with the academic mission and relationship with public health. Subsequently, Ordinance No. 1006 (BRAZIL, Ministry of Health, 2004) created the Program of Restructure of Teaching Hospitals of MEC and ordinance No. 1702 (BRAZIL, Ministry of Health, 2004) the restructure program for all Teaching Hospitals within the SUS.

These orders also redefined responsibilities with a view to more adequate budgeting of these institutions and effecting social control over health actions. The HUs started, thereafter, to formally participate in the Public Health of the SUS and they must agree and comply with the goals of public health management, under guidelines for public state policies, also with a view of the formation of human resources for the reality of the national health, as well as participating in the processes of permanent education for the SUS.

This topic has been the subject of increasing interest both in the academic area, as well as for society and the government itself. Recent data show that HU's consumed in 2008, funds of approximately U.S. \$ 3.65 billion, registering a deficit, only during this period, of \$ 22 million (ANDES, 2009).

In a report produced by MEC, most of this deficit stems from labor debts concentrated on supporting foundations, caused by precarious work contracts. Still according to the study, only 69% of the financing of the network is supported by MEC. The rest is borne by the Ministry of Health (MOH). In the sum of all federal teaching hospitals, there is a deficit of \$ 274 million between what is paid and that which is produced (ANDES, 2009). In this context lies the importance of investigating whether the adoption of new governance practices contribute to an effective change in the management model of the HC-UFU. Internal processes are essential for evaluating the construction process of governance and management practices. So that is part of the proposed research question, which is: Are there impacts on the management model of HC-UFU when it adopts corporate governance practices? If so, how do they occur in the context of internal processes?

The initial hypothesis is that there are impacts on the management of teaching hospitals linked to MEC undergoing a restructuring process, but we can not clarify how these impacts occur or how deeply. This research will focus on the analysis in the hospital installed in the State of Minas Gerais, linked to the Brazilian Association of University Hospitals and Teaching (Abrahue). It is believed that this definition is satisfactory for understanding the advances obtained in relation to governance practices contributing to the improvement of internal management processes of teaching hospitals linked to MEC (Martins, 2010).

In this sense the aim of this research is to investigate whether there are impacts on the management model of university hospitals linked to the MEC when they adopt governance practices. To reach this goal it was necessary to raise the following specific objectives:

- Analyze the changes in public health policies in particular in the management model of university hospitals linked to MEC;
- Check how managers intend to act against the restructuring process in the hospital;
- Identify how important governance practices can be helpful in this organization.

Theoretical framework

In this work, we intend to discuss important aspects of the model of health services, understood here as the set of activities whose primary purpose is to promote, restore and maintain the health of the population (Martins, 2010).

To approach the topic being researched, we proposed consulting studies dealing with the system of financing public health, in this way, enhance knowledge and seek alternatives that could bring contributions for a better balance,

efficiency, economy and efficacy and transparency in the management of university hospitals connected to MEC.

The management systems of health services aims to meet the needs and demands, and representations of the population in a given society at any given time. The management systems of health services are composed of three macro functions: regulation, financing and delivery of health services (Mendes, 2002). The macro control function in the ranks: state regulation, self regulation, social regulation and regulate market order. On state regulation, the state manager, the role of collective mediator, has a set of activities to achieve the objectives, implementing and evaluating the rules for managing the system.

To work the macro regulatory function, Mendes (2002) considers that the authorizing State should exercise a set of regulatory roles:

- The rectory: is the ability to conduct the political system of health services.
- Standardization: the definition of rules and standards for system management.
- Superintendent: is the monitoring and evaluation system for health services.

When assuming the regulatory roles, the manager develops a range of state functions: political leadership, strategic planning, media, the situation analysis and trends, economic evaluation and health care technology, the standardization of work processes; the development of human resources, the auditing of health services, health surveillance, scientific development and technological financing. A macro function is the mobilization of financial resources from primary sources (individuals, firms) or secondary (government and external sources); accumulation in real or virtual funds (public budget, public funds) in the distribution of financial resources.

For the performance of the macro funding function, the state manager develops three main roles: an extractive role with regard to resource mobilization through taxes, contributions, among others. A cumulative role to deposit the resources coming from various sources in real or virtual financial funds and an allocate role with respect to the distribution of financial resources for managers or other providers of health services.

Since the macro function of providing health services is concerned with service production that should result in changes in the health status of the users.

The changes that have been proposed in the management of health care systems have increasingly required adopting new decisive measures appropriate to this new reality, making it vital to learn how to formulate and plan new strategies for the implementation of governance.

One can highlight the concept among those attributed to corporate governance presented by the Brazilian Institute of Corporate Governance:

(..) is the system by which companies are directed and monitored, involving relationships between Shareholders / Stockholders, Board of Directors, Independent Auditing and Auditing Committee. Good corporate governance practices are designed to increase the value of society, facilitating their access to capital and contribute to its sustainability.

The study examines the governance of relations between the various stockholders in the external environment with the goals by which the organization is guided.

Interest in the subject was renewed after the crisis of large American companies in 2001, at this time the U.S. government was forced to intervene to regain confidence in the governance model.

Kickert (1997, p. 732), infers that, public governance is also relative to the legality and legitimacy, rather than a hard market value, in which the interaction between the political and social context play a crucial role. Thus, public governance is a complex activity involving the management of complex networks in political sectors of society. Public governance is not only a question of increasing effectiveness and efficiency, but also preserving legality and legitimacy.

Currently, financial indicators are no longer the only deciding factors, but the way they have been achieved and the impacts on society, ethics, the concept of the product on the market and others that have become guides for the procedures adopted by corporate governance.

Synthesizing it, governance is the system, linked to property, the characteristics of the financial system, the complex capital markets and global economy, by which corporations are controlled and monitored.

Methodology

Method and research technique

To ensure that the analysis of the empirical data is able to contemplate the various aspects that involve the whole object of investigation, the procedures following the assumptions of the exploratory and qualitative research, with reference to the contributions of Bogdan and Biklen (1994), who portray key features of this type of research. For the authors, in a qualitative research, the natural environment is the direct source of data and the researcher is the primary agent.

The qualitative researchers attending the study sites because they are concerned about the context. Understanding that actions can be understood in a better way when they are observed in their normal environment where they take place (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 48).

Within this context, a case study methodology was proposed because it was the most recommendable strategy in which to study the atmosphere in its most natural state, understanding its complexities and interrelationships (ELSENHARDT,1989).

The unit analyzed was the Teaching Hospital of the University of Uberlandia (HC-UFU) in the city of Uberlandia in the state of Minas Gerais. It is a large hospital, that provides services of both medium and high complexity, affiliated to ABRAHUE.

To begin with, a bibliographical reference was drawn up based on literature found in articles, book and topics discussed in scientific congress reports. At the same time, an investigation plan was carried out by interviewing directors, managers, doctors and technicians. During this period, from October 2008 to July 2010, there was a control process implanted for consigned material, structuring of the internal auditing sector (which did the Annual Operative Plan monitoring and monitoring of the stipulated indicators in the contract between the HU and the Municipal Health Management), billing control (approved and billed products, cuts, implementation of cost management and budgeting by the cost center).

At this time, twelve interviews were carried out with directors, managers, doctors and technicians, aside from active observations and document analysis in search of a data triangulation.

This interaction showed, for this case study, a typical problem that occurs in the present model of financing for Brazilian University Hospitals. Other studies should be carried out in other University Hospitals, so as to understand if the adoption of new governance practices contributes to effective changes in the management model of University Hospitals linked to Ministry of Education.

Conclusion

Research has shown that there are some impacts on the model of hospital management and that the most important are changes in information flow, involvement in professional and also in relation to the hospital with society in general.

The decision process is centered on management, with a small participation of managers in different sectors. The strategies, structure and internal processes are considered to be pillars for the management, were constructed and defined by the level of direction, which makes a contribution to more effective governance practices. Resistance to change is a cultural factor that hinders the inclusion of new processes.

The hospital has a communications industry that operates by providing information and answering to the society in general.

Internally the reporting process is not very efficient and the degree of autonomy and responsibility of middle managers is low. The division of responsibility of the principal members of the hospital is clearly defined, though part of these professionals do not have training, skills and experience to assume these positions.

The HC-UFU has performance measures to ensure and demonstrate that resources have been economically obtained and used efficiently, although the existing meetings to monitor and review these processes are inefficient. The internal audit function has a discrete participation and with little appreciation.

All servers in the HC-UFU have mechanisms to express their concerns, complaints about maladministration, violation of laws or ethical problems, and are protected against reprisals.

The greatest contribution that governance can bring to the hospital is the possibility of integration between sectors, with autonomy for decision making and process streamlining, taking into account the external environment, coupled with a conduct based on honesty in all actions .

The restructuring is seen as a reformulation able to modify the form of management, making the environment more suitable for achieving efficiency and effectiveness.

The restructuring process in public hospitals is of great importance, both as they relate to financial resources, equipment, staffing, and in order to build a strategic planning more efficient. It is necessary to include in the discussions and decisions, all responsible for each area, as well as who is on the end of the process.

Such restructuring could provide SUS users with a more qualified and reliable service, both for security and assistance, as the use of resources through more efficient management.

Resistance to change is a limiting factor and that is culturally ingrained in the viewpoint of some managers, especially when you have a centralized administration, making the implementation of corporate governance more difficult to assimilate.

Governance actually happens, when it is accompanied by a culture change, the implementation of efficient processes that enable optimization in decision making and better resource management.

For a more comprehensive understanding on the subject, we suggest a study with a larger universe of hospitals, taking into account the importance of the issue for the professionals and also for the users of SUS.

References

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de apoio aos gestores do SUS: organização da rede de laboratórios clínicos. Brasília, Editora MS, 2002.
- Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 set. 09.
- Portaria Interministerial n. 1000/MEC/MS, de 15 de abril de 2004. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 set. 09.
- Portaria Interministerial n. 1702/MEC/MS, de 15 de abril de 2004. Instituída com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 set. 09.
- Portaria Interministerial n. 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários de Ensino do Brasil, visando reorientar e, ou formular a política nacional para o setor. <<http://der2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 10 set. 09.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.
- EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14: 532-550, 1989
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br>>. Acesso em: 03 jul. 2007.
- KICKERT, Walter J. M. Public Governance in the Netherlands: In th alternative to anglo American “managerialism”. *Public Administration*, v. 75, p. 731-752, 1997.
- McKEE, M. & HEALY, J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors). *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- MARTINS, Vidigal Fernandes. Modelo de avaliação de resultados em serviços hospitalares com base no confronto das receitas e custos associados as atividades dos serviços. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.
- MARTINS, Vidigal Fernandes. HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES: LA NUEVA REESTRUCTURACIÓN ORGANIZATIVA EN DEBATE. Calas 2010. XXI Congreso de ALAS. México 2010.
- MELLO, Gilmar Ribeiro de. Governança Corporativa no Setor Público Federal Brasileiro. 2006. 127 f. Dissertação (Mestrado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2006.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde: a modelagem do sistema de governança das redes de atenção à saúde, Publicação Interna SES, 2008.
- MENDES, E.V., SHIMAZAKI, M. E. Gestão da Clínica: guia de estudo para o mestrado. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2003.
- Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- VALA, Jorge. A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto S. et al. *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento, 1986. p. 101-128.
- WILLIAMSON, O. E. *The mechanisms of governance*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

O JBES – Jornal Brasileiro de Economia da Saúde foi um dos expositores na Conferência Latino-americana da ISPOR na Cidade do México de 8 a 10 de setembro de 2011 no Hotel Hilton – Reforma. Este ano o tema principal foi a construção de redes entre as instituições para o acesso aos serviços de saúde na América Latina.

Segundo Osmar Silva, da Doctor Press, “foi uma excelente oportunidade para consolidar a presença do JBES em todo o território latino-americano, importante região em que a demanda por serviços de saúde vem crescendo continuamente e, em consequência direta, também a necessidade de acesso à informação de forma dinâmica e atualizada. No encontro desse ano, havia mais de 350 inscritos, um número que vem crescendo a cada evento da ISPOR, o que reflete a importância que o assunto vem ganhando nos últimos tempos não somente na região da América Latina, mas globalmente”, finaliza.



Verba extra será liberada até outubro pelo Ministério da Saúde e faz parte do Programa de Expansão e Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF)

O Ministério da Saúde vai liberar mais R\$ 400 milhões, até outubro, para dar seqüência ao processo de melhorias e reestruturação dos 45 Hospitais Universitários Federais do país. Com este aporte financeiro, o investimento ex-



tra do governo federal nessas unidades chegará a R\$ 500 milhões em 2011 – 66,6% a mais do que ano passado. Os recursos fazem parte Programa de Expansão e Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e devem ser empregados na aquisição de equipamentos, reformas e na ampliação do atendimento à população. A iniciativa é coordenada pelos ministérios da Saúde e de Educação, com o apoio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Para receberem parte dos recursos, os hospitais universitários precisaram se comprometer com o fortalecimento das redes de assistência lançadas pelo Ministério da Saúde, entre elas, a Estratégia Rede Cegonha, para a atenção integral de gestantes e bebês; a rede Saúde a Toda Hora, voltada ao fortalecimento da rede de urgência; a rede de atenção psicossocial para o enfrentamento do crack e outras drogas; além dos programas nacionais de controle do câncer de mama e de colo do útero.

REHUF -O programa prevê o aumento gradual do investimento do governo federal nas unidades, além dos valores repassados mensalmente para custear o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – em 2010, foi R\$ 1,23 bilhão. O objetivo é, a partir do esforço dos dois ministérios, instituir mecanismos adequados de financiamento desses hospitais que atuam simultaneamente na assistência à população, na formação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de pesquisa e inovação.

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br>

A escolha de novos tratamentos e exames feita a partir de sugestões dos próprios usuários dos planos por meio de consulta pública

A partir de janeiro do ano que vem, os usuários de planos de saúde vão passar a contar com pelo menos 60 novos tipos de tratamentos e exames que atualmente não são cobertos pelas operadoras. Foi publicada no Diário Oficial desta terça-feira (2) a Resolução Normativa 262 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e estabelece a cobertura assistencial mínima que as operadoras são obrigadas a cumprir.

A atualização desse rol é feita a cada dois anos para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999. Para realizar essa atualização, foi aberta uma consulta pública que ficou no ar por 36 dias e obteve quase 7 mil contribuições de consumidores, operadoras, gestores, prestadores de serviços e sociedade em geral.

Entre essas sugestões, 70% delas foram feitas diretamente por consumidores dos planos de saúde, portanto, representam serviços que os usuários buscaram e não obtiveram cobertura dentro de seus planos de saúde. “As opiniões vieram dos usuários dos planos, então, a incorporação é de procedimentos que as pessoas sentiram falta dentro dos planos de saúde”, explica o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

A partir de primeiro de janeiro de 2012, as operadoras que descumprirem a norma da ANS estão sujeitas a multa e até ao descredenciamento.

Entre os novos procedimentos que o consumidor vai passar a contar estão: cirurgias por vídeo, implante coclear, tratamento ocular quimioterápico, entre outros.

Confira no site da ANS, os novos procedimentos:

<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/715-ans-publica-nova-listagem-de-coberturas-obrigatorias>

Fonte: <http://portal.saude.gov.br>

Dra. Giusepina Pellegrini lança livro no VI CONBRASS

Será lançado no VI CONBRASS – 27 e 28 de outubro - o livro “Auditoria Médica: 100 Perguntas e Respostas Sobre Contas Médicas. Este é o primeiro volume de uma série de livros dedicados à Saúde Suplementar. A Dra. Giusepina Pellegrini estará autografando os exemplares que, especialmente para o evento, serão oferecidos a preço de lançamento. Mais informações no site do CONBRASS: www.conbrass.com.br

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE

APES – Associação Portuguesa de Economia da Saúde

13 a 15 de outubro de 2011 – Fundação Colouste Gulbenkian – Lisboa – Portugal

A Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES) tem promovido desde a sua fundação a divulgação e discussão das temáticas de Economia da Saúde em Portugal.

A Economia da Saúde tem merecido atenção crescente de acadêmicos, profissionais do setor e políticos. Essa atenção tem se traduzido numa produção cada vez maior de debates, intervenções e trabalhos de investigação nesta área.

As conferências da APES têm procurado ser um espaço de debate e apresentação da investigação em Economia da Saúde produzida, seja em instituições acadêmicas seja em organizações profissionais do setor da saúde.

Mis informações em: <http://12cnes.apes.pt>

10º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE ACONTECE EM OUTUBRO NA CIDADE DE BARRETOS-SP

19 a 21 de outubro de 2011 – Hospital do Câncer de Barretos IRCAD/AMITS – Rua Antenor Duarte Villela, 1650 – Barretos – SP

O 10º Simpósio Internacional de Economia da Saúde que acontece nos dias 19 a 21 de outubro de 2011, em Barretos-SP, terá o tema “Economia da Saúde em Oncologia. O evento será realizado pelo Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES), da FAP Universidade Federal de São Paulo, em conjunto com o Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, através de seu Núcleo de Economia em Saúde.

O encontro visa reunir gestores, profissionais da saúde, oncologistas, economistas, academia, ministérios, secretarias, agências, demais órgãos públicos de saúde, indústrias farmacêuticas, operadoras de saúde, representantes dos hospitais públicos e privados de câncer, organizações da área de saúde para discutir, pela primeira vez, a temática proposta. O objetivo será identificar e debater as ações que promovam a utilização racional dos recursos para a sustentabilidade do sistema de saúde na área oncológica, favorecendo o maior e melhor acesso a toda a população. Assim, temas como inovação, decisão compartilhada em saúde, cirurgia minimamente invasiva, prevenção, gestão dos hospitais públicos e privados, entre outros, serão pauta do Simpósio.

Mais informações em: <http://www.oncoeventos.com.br/economiadasaude>

X ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE

26 a 28 de outubro de 2011 – Porto Alegre – RS
Hotel Embaixador

Rua Jerônimo Coelho, 354 - Centro

Porto Alegre – RS

VI CONBRASS – CONGRESSO BRASILEIRO DE AUDITORIA EM SISTEMAS DE SAÚDE

27 e 28 de outubro de 2011 – Hotel Braston São Paulo

Em sua 6ª edição, o CONBRASS contará com um pré-congresso, que está inserido no Programa Oficial do Evento, oferecendo a todos os inscritos que atuam na área da Auditoria uma oportunidade de se reciclarem e atualizarem seus conhecimentos.

Esse pré-congresso está sob a supervisão da Dra. Giuseppina Pellegrini, médica, Administradora Hospitalar; MBA em Gestão de Planos de Saúde, Consultora em Serviços de Saúde em Operadoras, Hospitais e Clínicas; Professora Universitária de Estatística Médica, Planejamento em Saúde e Saúde Pública; Professora de Cursos de Pós Graduação na área de saúde; Auditora Médica de Convênios e Hospitais. Também integra a Comissão Científica do CONBRASS.

Além da novidade do Pré-congresso, haverá este ano uma mesa redonda, coordenada pelo Dr. Roberto Galfi, atual Diretor Comercial Nacional do DASA – Diagnósticos da América S/A e convidados, debatendo o tema: A consolidação do mercado de saúde no Brasil.

Palestrantes como Dr. Stephen Doral Stefani, Dr. Eduardo Blay, Dr. César Abicalaffe, Dr. João Paulo dos Reis Neto, entre outros, são presenças confirmadas no evento. Confira no site a Programação Científica completa: www.conbrass.com.br.

As inscrições já estão abertas para o evento e para o V Prêmio CONBRASS, que premiará os três melhores trabalhos selecionados pela Comissão Científica, apresentados durante o evento. Os ganhadores receberão o troféu e os prêmios

em dinheiro, que aumentaram este ano: R\$ 3.000,00 para o primeiro lugar, R\$ 1.500,00 para o segundo e R\$ 500,00 para o terceiro lugar.

VI CONBRASS

Hotel Braston São Paulo

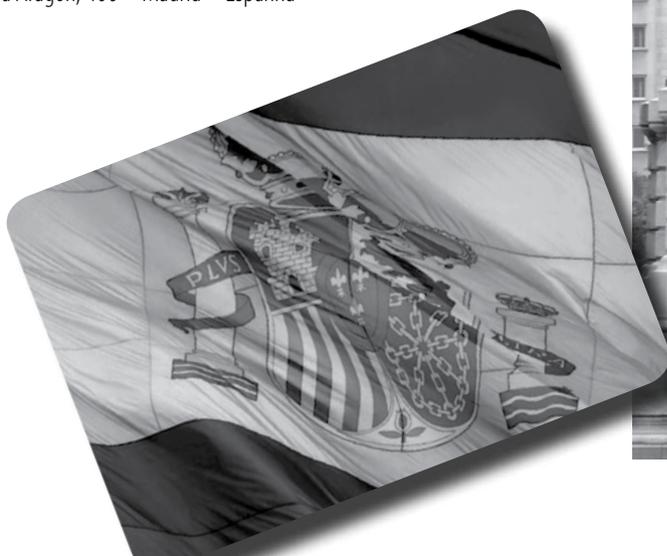
Informações: site: www.conbrass.com.br ou pelos tels.: 11-20971296; 11-78170147; e-mail: conbrass@newstareventos.com.br com Lia Bernardo ou pelo Atendimento On Line publicado no site.



ISPOR 14TH ANNUAL EUROPEAN CONGRESS – INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHARMACOECONOMICS AND OUTCOMES RESEARCH

Rational Health Care Decision Making in Challenging Economic Times

5-8 November – 2011 – Hotel Auditórium – Madrid – Madrid – Espanha
Avenida Aragón, 400 – Madrid – Espanha



Esta revista está chegando às suas mãos, graças ao patrocínio institucional das seguintes empresas:

This journal is arriving at your hands thanks to the following companies institutional sponsorship:



 **Abbott**
A Promise for Life

 **AstraZeneca**



 **janssen**
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

 **Johnson & Johnson**
MEDICAL BRASIL

 **novo nordisk**

 **sanofi aventis**
O essencial é a saúde

 **Roche**

Inovando em saúde

 **Pfizer** Saúde para uma vida melhor