



I Fórum Nacional de

RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

Organização

Senador Hiran Gonçalves
Maria Auxiliadora Monteiro Frazão
Cristiano Caixeta Umbelino
Frederico Valadares de Souza Pena

IFONARO

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

PATROCÍNIO

GENOM

APOIO INSTITUCIONAL



REALIZAÇÃO



2026 | 1ª edição



**CONSELHO
BRASILEIRO DE
OFTALMOLOGIA**

Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Entidade Pública Federal Portaria no 485 de 15/06/2000

Filiado à Associação Médica Brasileira (AMB), à Associação Pan-Americana de Oftalmologia (APAO), ao International Council of Ophthalmology (ICO) e membro da International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB).

Rua Casa do Ator, 1.117 - 2o andar - São Paulo / SP - 04546-004

Diretoria

Maria Auxiliadora Monteiro Frazão
Presidente

Lisandro Massanori Sakata
Tesoureiro

Daniel Alves Montenegro
Vice-Presidente

Frederico Valadares de Souza Pena
2º Secretário

Mauro Goldbaum
Secretário-Geral

Cláudia Galvão Pedreira
2ª Tesoureira

Edição e revisão

Selles Comunicação

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Fórum Nacional de Residentes em Oftalmologia
(04. : 2026 : Brasília, DF)

Anais do Fórum Nacional de Residentes em
Oftalmologia [livro eletrônico] / organização
Hiran Gonçalves, Maria Auxiliadora Monteiro Frazão,
Cristiano Caixeta Umbelino, Frederico Valadares de
Souza Pena. -- 1. ed. -- São Paulo : CBO, 2026.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-83238-06-1

1. Medicina - Brasil 2. Oftalmologia - Estudo
e ensino 3. Residentes (Medicina) I. Gonçalves,
Hiran. II. Frazão, Maria Auxiliadora Monteiro.
III. Umbelino, Cristiano Caixeta. IV. Pena,
Frederico Valadares de Souza.

26-389848.0

CDD-617.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Oftalmologia : Ciência médicas 617.7

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

SUMÁRIO

Apresentação	4
Introdução	5
BLOCO 1	
Saúde no Brasil	7
BLOCO 2	
Tendências do mercado	31
BLOCO 3	
Quem realmente define o valor do seu trabalho?	70
BLOCO 4	
Tecnologia, custos e sustentabilidade	89
BLOCO 5	
Modelos de negócio e carreira médica	137
BLOCO 6	
Gestão de atendimento SUS	161
BLOCO 7	
O que faltou dizer	185

Apresentação

O apoio da Genom ao I FONARO nasce da nossa convicção de que a formação de um especialista vai muito além do conhecimento adquirido durante a graduação e a residência. O Fórum representa uma iniciativa inovadora ao aproximar os futuros oftalmologistas de temas que nem sempre fazem parte da formação acadêmica, mas que serão fundamentais no dia a dia da profissão. Ao discutir mercado de trabalho, gestão, tecnologia, ética, sustentabilidade, remuneração e carreira, o evento contribui para que os residentes estejam mais preparados para lidar, na prática, com os desafios e as oportunidades que encontrarão ao longo de sua trajetória profissional.

Como líder em oftalmologia, a Genom tem um compromisso permanente com a atualização científica e com o desenvolvimento da especialidade. Por isso, apoiar uma iniciativa que amplia a visão dos futuros oftalmologistas sobre sua profissão é tão importante para nós. O conhecimento compartilhado no FONARO não termina no evento: ele precisa ser aplicado na realidade dos consultórios, na relação com os pacientes, na gestão das carreiras e na construção da imagem profissional de cada especialista. Investir nessa formação é contribuir para uma oftalmologia cada vez mais preparada, ética, inovadora e conectada às transformações da sociedade.

É justamente por isso que este livro digital tem um papel tão importante. Ao reunir e democratizar os conteúdos e conhecimentos compartilhados no I FONARO, ele permite que essa experiência ultrapasse os limites do evento e alcance também aqueles que não puderam estar presentes. Dessa forma, ampliamos a disseminação de informações relevantes para a formação dos novos especialistas e ajudamos a perpetuar uma mensagem que considero fundamental: preparar os profissionais de hoje para os desafios de amanhã é também contribuir para o futuro da medicina e para uma sociedade que contará com uma oftalmologia cada vez mais qualificada.

Fernando de Castro Marques
Presidente do Grupo União Química

Introdução

O futuro da oftalmologia em debate

O I FONARO, Fórum Nacional de Residentes em Oftalmologia, organizado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), com apoio institucional da Frente Parlamentar Mista da Medicina e patrocínio da Genom, consolida-se como um marco divisório na jornada do jovem médico, não como um evento científico tradicional. O fórum nasce da necessidade urgente de discutir o “day after” da formação: os desafios práticos, éticos e mercadológicos que aguardam os residentes ao deixarem os centros de ensino. Por isso, apresentamos a seguir um mergulho nas discussões que estão moldando o novo perfil do oftalmologista brasileiro e que foram temas da primeira edição do evento.

A imersão começa com o **Bloco 1: Saúde no Brasil**, cujo foco recai sobre a estrutura macro do nosso sistema. A partir de palestras que abordam os desafios do CFM, além das estratégias de *Advocacy* do CBO, os participantes são instigados a entender o financiamento e a eficiência do gasto em saúde. É um convite para que o residente compreenda seu papel não apenas como executor técnico, mas como agente dentro de um cenário regulatório e político complexo.

Na sequência, o **Bloco 2: Tendências do Mercado** traz uma visão realista e sem filtros sobre o ambiente corporativo e regulatório. Debates sobre o papel da ANS, os limites da livre concorrência e a crescente lógica do *Private Equity* na saúde revelam as forças que movem o mercado atual. Entender essas engrenagens é vital para que o jovem especialista saiba posicionar-se diante da consolidação do setor e das novas formas de contratação e prestação de serviço.

Já o **Bloco 3: Ética, Carreira e Futuro** foca na autonomia e na longevidade profissional. Discute-se aqui quem realmente define o valor do trabalho médico, explorando as diferentes modalidades de atuação, do cooperativismo e regime PJ à carreira acadêmica e atuação na indústria. Este bloco é fundamental para evitar os

“tropeços de início de maratona”, oferecendo diretrizes éticas e práticas para quem está prestes a abrir seu primeiro consultório ou ingressar em grandes grupos.

Em seguida, o **Bloco 4: Tecnologia, Custos e Sustentabilidade** encerra a jornada técnica com um olhar voltado para a eficiência operacional e a inovação. Desde o marketing médico ético (CODAME) até a gestão de custos assistenciais e verticalização, o conteúdo prepara o médico para ser também um gestor consciente.

Aprofundando os aspectos financeiros da prática médica, o **Bloco 5: Modelos de Remuneração** debate as dificuldades do mundo real e propõe caminhos para a sustentabilidade da medicina. As discussões abrangem a transição dos modelos tradicionais baseados no volume (*Fee-for-Service*) para alternativas como o *capitation* e os modelos mistos. Além disso, o bloco aborda as estratégias de atuação no atendimento particular, contrastando os desafios e particularidades da gestão entre um consultório premium e uma clínica popular.

A vertente pública da profissão é examinada no **Bloco 6: Gestão de Atendimento SUS**, que analisa o funcionamento da administração direta, as parcerias com o terceiro setor e o papel das Organizações Sociais (OS). São debatidas as assimetrias entre a remuneração no setor público e no privado, além das mecânicas de financiamento do SUS via Oferta de Cuidados Integrados (OCIs), capacitando o residente a navegar na complexa malha da saúde pública brasileira.

Por fim, o **Bloco 07: o que faltou dizer** encerra a jornada com discussões transversais e indispensáveis para o exercício moderno da especialidade. Abordam-se os limites do marketing e da publicidade médica segundo a resolução do CODAME, as aplicações práticas da tecnologia no cotidiano oftalmológico e a marcante diferença entre a saturação dos grandes centros urbanos e as oportunidades nas novas fronteiras do país. O fórum se encerra reafirmando que a ética não é uma questão de escolha, mas a premissa fundamental de toda a carreira.

BLOCO 1

Saúde no Brasil

ESPAÇO Genom



Fernando Marques,
presidente da União Química Genom

É com satisfação imensa que participo da abertura do primeiro FONARO. Ver esse auditório repleto de jovens médicos que me dá absoluta certeza de que a oftalmologia brasileira caminhará para um futuro de muita excelência.

Gostaria de iniciar cumprimentando o grande amigo senador Hiran Gonçalves. Sua presença aqui é um testemunho do seu compromisso histórico com a medicina. É uma honra compartilhar esse espaço com você, um líder que entende a importância de fortalecer o nosso setor de saúde no país.

Residentes aqui presentes, vocês estão vivendo uma etapa decisiva da residência médica, alicerce de toda uma carreira. Esse é o momento em que o conhecimento ganha profundidade e as decisões começam a ter peso e responsabilidade clínica. Mas, acima

de tudo, é agora que vocês vão começar a escolher quem serão seus parceiros nessa jornada.

Na União Química, especificamente na nossa divisão Genom, trabalhamos com uma missão muito clara: oferecer o medicamento brasileiro mais moderno e de maior qualidade. Faço questão de destacar a grandeza da nossa estrutura. Hoje, a Genom não é apenas uma divisão — é uma potência na oftalmologia brasileira. Contamos com um dos portfólios mais robustos e completos do mercado, com dezenas de produtos envolvendo tecnologia de ponta, cobrindo todas as frentes da saúde ocular, desde o diagnóstico até o tratamento mais complexo. Essa variedade reflete o padrão Genom: não estamos aqui apenas para fortalecer uma solução isolada, mas para compartilhar com o médico cada etapa da sua prática clínica.

Nossas unidades fabris são equipadas com o que existe de mais avançado no mundo, garantindo consistência e segurança clínica inquestionável em cada lote que produzimos. Quando vocês prescrevem a Genom, levam consigo a força de um grupo que acredita no Brasil e investe continuamente para que a medicina nacional esteja sempre no topo. Temos orgulho da nossa trajetória — de sermos uma empresa que transforma tecnologia em resultados reais para os pacientes.

O mercado evolui rápido, mas os valores que sustentam uma trajetória de sucesso, como a ética e a confiança, permanecem os mesmos. Desejo que vocês aproveitem cada momento desse fórum sabendo que a União Química Genom é, e continuará sendo, os seus maiores parceiros nessa jornada que se inicia. Muito obrigado a todos.

” Residentes aqui presentes, vocês estão vivendo uma etapa decisiva da residência médica, alicerce de toda uma carreira. Esse é o momento em que o conhecimento ganha profundidade e as decisões começam a ter peso e responsabilidade clínica.

CFM - PRINCIPAIS DESAFIOS NO ATUAL CENÁRIO



Mariana Ferrão,
apresentadora e jornalista

Sou jornalista, especialista em saúde, e trabalho com comunicação na saúde há pelo menos quinze anos. Se vocês acham que já me viram em algum lugar, fui apresentadora do Bem Estar durante uma década. Em 2019, me desliguei da Globo e continuei trabalhando com saúde e com outras coisas. Estou aqui hoje muito honrada. Quero agradecer o convite. Reforço que é um evento onde podemos trazer nossas dúvidas — as participações são muito bem-vindas.

Gostaria de chamar o Dr. Hiran Gallo, presidente do Conselho Federal de Medicina, para o nosso primeiro debate no FONARO de hoje.

Mariana: Que desafio presidir o CFM em tempos como os nossos atuais? A gente sabe do trabalho do CFM para garantir princípios éticos na prática médica do dia a dia. Quais você diria que são os inegociáveis? Os princípios inegociáveis de hoje em dia e por quê? Os pilares hipocráticos...



Hiran Gallo,
presidente do Conselho Federal de Medicina

Dr. Hiran Gallo: Os pilares hipocráticos são inegociáveis. A autonomia do médico e o sigilo médico. Nós não abriremos mão dessas prerrogativas.

Mariana: Muita gente que não é médico, que não tem diploma, querendo tomar conta de território que é dos médicos. Como é que

o senhor vê isso? O que o CFM tem feito para impedir que isso aconteça? E também queria perguntar sobre uma certa desvalorização que muitas vezes o governo e as operadoras atribuem à medicina. Isso também tem ameaçado o protagonismo da classe médica?

Dr. Hiran Gallo: Eu sempre digo: se você quer destruir uma nação, destrua a educação. E isso é preocupante. A residência médica é padrão-ouro — sou ginecologista e sempre ouvi isso. Lamentavelmente, esse governo está querendo destruir a residência médica brasileira. Somos considerados o maior polo de formação do planeta, e não podemos ficar quietos.

Somos 650.000 médicos no Brasil, com pelo menos 450 faculdades de medicina — muitas com formação duvidosa. Essa invasão de outras profissões na medicina é preocupante, porque não podemos ter dois tipos de medicina no Brasil: um para rico e outro para pobre. Temos que ter um único tipo de medicina, com médicos bem formados.

Por isso, o Conselho Federal de Medicina está muito preocupado com a formação dos médicos brasileiros. Como todos acompanharam, lutamos pela defesa do exame de proficiência médica — o Profimed. Lamentavelmente, esse governo é contra o Profmed. Sendo mais preciso: ele não é contra a prova em si, mas contra que o Conselho Federal de Medicina a elabore. Se entregarmos essa prerrogativa ao Estado, também esfacelaremos o exame de proficiência, uma vez que essa bagunça nas escolas médicas brasileiras não foi feita por nós. Quem avalia médico é o CRM, o Conselho Federal de Medicina. Quem avalia escolas e alunos é o MEC. Se cada qual ficar nas suas competências, não precisaríamos hoje de um exame de proficiência.

Portanto, é inegociável o Profimed. É inegociável que o Conselho Federal de Medicina faça a prova junto com as entidades e sociedades de especialidade. Hoje temos cinquenta e cinco

” (...) o Conselho Federal de Medicina está muito preocupado com a formação dos médicos brasileiros. Como todos acompanharam, lutamos pela defesa do exame de proficiência médica — o Profimed.

sociedades de especialidade no Brasil. Quando assumi a presidência do CFM — eleito por unanimidade pelos meus pares —, a primeira coisa que fiz foi criar cinquenta e cinco câmaras técnicas no Conselho. Disseram-me: “Presidente, não vamos ter demanda para tal.” Nós não temos criado as sociedades de especialidades. Portanto, é preocupante a invasão do ato médico. É preocupante a abertura indiscriminada de escolas médicas. É preocupante a formação dos futuros médicos brasileiros.

Mariana: Onde o senhor acha que está a maior ameaça à autonomia médica hoje? No governo, no judiciário, na própria classe, no congresso?

Dr. Hiran Gallo: Todos têm a sua participação. O Conselho Federal de Medicina editou uma resolução sobre a auditoria médica — uma página — que contemplou tanto as operadoras quanto os médicos. É lamentável o médico solicitar um procedimento e ser glosado depois de autorizado. É lamentável o médico auditor que não quer conversar com o médico solicitante e nem se identificar. Isso está na nossa resolução. Mas o judiciário, lamentavelmente, aceitou uma ação para bloqueá-la.

Por outro lado, sempre digo: tem tanta faculdade de medicina que quem quer ser médico que tente fazer medicina. Mas não se pode utilizar uma profissão sem a qualificação necessária para atuar no ato médico. Todos os contextos têm razões por trás quando querem atacar a profissão do médico brasileiro. Estamos atentos e não vamos permitir. Tenho coragem, mas sem vocês ao meu lado será muito difícil termos sucesso — as ameaças são grandes.

Mariana: Como colocar médicos e entidades médicas mais afinados no mundo de hoje?

Dr. Hiran Gallo: Temos entidades médicas que estão de braços dados — não tenho dúvida. Temos uma grande aproximação com a

” (...) tem tanta faculdade de medicina que quem quer ser médico que tente fazer medicina. Mas não se pode utilizar uma profissão sem a qualificação necessária para atuar no ato médico.

Associação Médica Brasileira, com o atual presidente Dr. César Fernandes. Inclusive, estarei lá na semana que vem, dia 4 de maio. Se não tivermos união, os inimigos nossos não estão aqui nesse auditório — estão fora. Se não tivermos união, será muito difícil o sucesso.

Naquele exemplo que citei da auditoria médica, tivemos 45 sociedades de especialidade que assinaram uma carta de proteção à resolução. Ela é de suma importância, mas o poder econômico, lamentavelmente, ainda manda no nosso país.

Mariana: E como quem está aqui hoje pode ficar mais perto dessas decisões do CFM?

Dr. Hiran Gallo: Eu quero dizer para vocês que eu chego no CFM às 6h. Eu tenho hora para chegar, mas não tenho hora para sair. Todos que quiserem ter acesso à minha pessoa é fácil. A sociedade de especialidade tem que nos visitar mais, e nós temos que visitá-las mais. Essa resolução surgiu por um pleito da oftalmologia, da ortopedia, da neurocirurgia, que nos solicitaram que fizéssemos algo em benefício do médico brasileiro. Temos 650.000 médicos e 450 faculdades de medicina abertas — precisamos estar juntos, de mãos dadas.

Mariana: O ENADE confirmou que as escolas médicas não têm preparado os médicos nem ética nem tecnicamente. Qual é o caminho? O exame de proficiência é o único?

Dr. Hiran Gallo: Sou um construtor de pontes — no meu coração não existem muros. Em janeiro, quando esse governo assumiu, fui chamado pelo ministro da Educação, Camilo Santana. Tivemos uma conversa muito boa. Tudo ficou na conversa. Ele me disse — e tenho gravado — que aquelas escolas abertas por decisão judicial, naquela moratória da época do governo Temer, que utilizaram o artifício da justiça para conseguir abertura, e não tivessem mínima condição para funcionamento seriam fechadas, nem que custasse o mandato dele. Era o que eu queria ouvir. Nós queremos um ensino médico de qualidade. Não podemos ser vítimas de um médico malformado numa emergência.

Ele escreveu: “Vou criar um grupo de trabalho.” Até hoje estou esperando esse grupo de trabalho. Quando o Conselho Federal de

Medicina começou a se manifestar e procurou o senador Hiran Gonçalves — um baluarte da medicina brasileira — e o senador astronauta, mentor do projeto de lei do Profimed, o governo se alertou. Fizeram o Profmed — provocado pelo Conselho Federal de Medicina.

O Profmed é o raio X da qualidade do ensino médico brasileiro. Mais de 13.000 médicos alcançaram nota um ou dois — sofrível. Essa avaliação não foi feita pelo CFM nem pela AMB: foi feita pelo próprio governo. E com isso trouxeram a radiografia do ensino médico brasileiro, preocupante.

O projeto já passou em todas as comissões e agora vai ao plenário do Senado Federal. Tivemos até o senador Eduardo Braga, do Amazonas, que sempre votou contra, se penitenciar publicamente diante dos médicos brasileiros — após um caso em que uma médica mal formada prescreveu uma ampola de adrenalina endovenosa numa criança, que foi a óbito. A população do Amazonas cobrou. Ele declarou que dali em diante votará a favor, e que quem deve fazer a prova é o Conselho Federal de Medicina, órgão que normaliza e fiscaliza a medicina brasileira. Ganhamos mais um adepto — antes tarde do que nunca.

Mariana: Um sonho para os próximos dois anos — o que mudaria no cenário atual da prática médica?

Dr. Hiran Gallo: Sou um sonhador — ninguém vive sem sonho. Sonho com um Brasil melhor, sem ideologia política. Quando assumi a presidência do CFM, a primeira coisa que pensei foi: precisamos exercer a nossa cidadania. Temos que escolher governantes que queiram governar, não com interesses próprios.

Primeiro, sonho que a nossa população tenha assistência médica de qualidade — não é ter leitos com controle remoto, mas ter no mínimo assistência adequada: leitos hospitalares dignos, e o médico na ponta tendo as condições mínimas necessárias para exercer uma medicina de qualidade. Lutarei por isso enquanto estiver na presidência do CFM. No exterior, a medicina brasileira é vista com grande qualidade. Não podemos deixar destruir essa imagem. E que a residência médica seja, como sempre dissemos, padrão ouro.

Convido todos que quiserem visitar o conselho — é a casa do médico brasileiro, sem um centavo do governo federal, financiada pelos próprios médicos. Obrigado.

Advocacy em saúde: o papel do CBO



Maria Auxiliadora Frazão,
presidente do CBO

Vamos conversar um pouco sobre o que o CBO está fazendo, de forma mais ampla, e qual é o papel do Conselho Brasileiro de Oftalmologia em relação ao poder público e a importância disso no dia a dia do nosso trabalho.

O que é *Advocacy* e por que é importante?

Advocacy é o conjunto de ações estratégicas realizadas por indivíduos ou instituições ou organizações para influenciar a formulação e a implementação de políticas públicas, defendendo causas de interesse público. Visa garantir direitos, mudar leis e impactar tomadores de decisão através de dados, evidências e mobilização.

Quando falamos de *Advocacy*, estamos falando de representatividade, ação e compromisso com nossas causas — uma luta diária e contínua para que, unidos, alcancemos nossos objetivos. Se trazemos isso para a medicina, estamos falando de defesa profissional, de formação de políticas públicas que entendemos como extremamente importantes para exercer nossa profissão, e de saúde ocular digna para toda a população.

Países como os Estados Unidos já são muito avançados em *Advocacy*. Muito do que nós fazemos e implementamos é por inspiração nos EUA. Não que outros países não tenham o *Advocacy*, porém o *lobby* político é muito organizado nos EUA. A Academia Americana de Oftalmologia tem um comitê que organiza todas



Quando falamos de Advocacy, estamos falando de representatividade, ação e compromisso com nossas causas — uma luta diária e contínua para que, unidos, alcancemos nossos objetivos. Se trazemos isso para a medicina, estamos falando de defesa profissional, de formação de políticas públicas que entendemos como extremamente importantes para exercer nossa profissão, e de saúde ocular digna para toda a população.

as necessidades e escolhe as lutas da oftalmologia frente ao poder público. Têm um programa de mobilização estadual chamado *Grassroots*, que reúne anualmente residentes para que desde o início da carreira possam atuar, exercer a cidadania e entender o mercado. Tem um encontro anual em Washington chamado *Advocacy Day*, que gera em torno de um milhão e meio de dólares por ano de orçamento. Assim como temos aqui nossa relação com a AMB e o CFM, eles têm relação com a Academia Médica Americana, que gera em torno de vinte milhões por ano.

Em termos de representação: nos Estados Unidos, quatro médicos se dedicam à carreira política a cada 100 no Senado, 16 para 435 deputados — 20 no total, 3,7% dos congressistas. Historicamente, de 15 a 20 no total de 535 congressistas. Aqui no Brasil, 3 para 81 no Senado, 35 para 513 na Câmara, 38 num total de 594 parlamentares — um número um pouco maior do que nos Estados Unidos, onde historicamente são de 36 a 51. Aqui, nos representam o Dr. Hiran, Eduardo Velloso, Carla Dickson e outros. Sempre lembramos que precisaríamos de mais médicos nos representando no congresso.

Iniciativas do CBO no Advocacy

Desde 2005, o CBO conta com escritório especializado que monitora projetos de lei em tramitação, acompanha as demandas de parlamentares, monitora atividades nas assembleias legislativas e orienta presidentes das sociedades estaduais e regionais em atividades junto a deputados.

A exemplo disso, temos todos os presidentes das estaduais se mobilizando para que em maio, durante o mês do oftalmologista, tenhamos em todas as câmaras dos estados o Dia do Oftalmologista, onde levaremos ao poder público a importância da oftalmologia na atenção básica e na saúde ocular da população.

Realizamos vários fóruns nacionais de saúde: edições em 2001, 2007, 2009, 2013, 2015, 2019 e 2024. Destes fóruns, tivemos importantes vitórias, como oito portarias relevantes emitidas para melhoria da facoemulsificação, centros nacionais de tratamento de retinopatia, programa de combate a causas prevalentes de cegueira (PCDT), do glaucoma e da DMR. Em cada uma dessas áreas estamos falando de acesso, inclusão, diagnóstico e tratamento para todos os pacientes — linha de cuidado que começa no diagnóstico e vai até o tratamento.

Outras ações do CBO no âmbito do Advocacy:

- Participação em atividades do Ministério da Saúde, cada vez mais intensificadas;
- Estabelecimento de políticas públicas no âmbito de saúde ocular;
- Parcerias com CONASS, CONASEMS;
- Pop Rua Jud, em parceria com o Supremo Tribunal de Justiça. Isso tem se intensificado de forma absurda — no ano passado tivemos dois PopRua e hoje recebemos uma solicitação por semana, dada a visibilidade e o reconhecimento que esse trabalho traz. O CBO tem até dificuldade de responder a todos que pedem atendimento voluntário à população em vulnerabilidade, adulta ou infantil.
- Ações de conscientização: o 24 Horas pelo Diabetes e o 24 Horas pelo Glaucoma. Este ano, o 24 Horas pelo Glaucoma muda de formato: passa a ser o 24 Dias pelo Glaucoma, com abertura no dia 4 de maio e encerramento no dia 28, quando realizaremos ações tanto no Senado quanto na Câmara para sensibilizar o poder público sobre a importância da doença e as ações necessárias.

Por que isso é importante?

Porque ou nós, oftalmologistas, encabeçados pelo CBO, formamos uma rede nacional para lutar pelos nossos interesses e pela saúde ocular da população — ou ninguém fará por nós. Precisamos estar unidos, formar uma rede cada vez mais forte, com conscientização e ações práticas.

O CBO tem o posicionamento das sociedades filiadas — estaduais, regionais e temáticas, todas representadas aqui hoje — no desenvolvimento de políticas públicas e no combate ao exercício ilegal da medicina, que é um problema bastante grande dentro da nossa especialidade.

” Precisamos estar unidos, formar uma rede cada vez mais forte, com conscientização e ações práticas.

Em 2026, formamos uma comissão de assuntos parlamentares que lê cada projeto de lei detalhadamente. Muitos projetos tinham trechos que iam contra o interesse não do oftalmologista, mas da oftalmologia — contra o interesse do paciente e da saúde ocular da população. Se não tivermos essa participação, outros terão, e muitos sequer perceberão onde está o problema a ser corrigido.

O que precisamos para avançar?

Formar uma rede, ter pessoas capazes de gerar e gerir ideias com consciência e conhecimento cada vez mais saudáveis e cada vez mais concretos e sustentáveis.

Assim como a Academia Americana faz — e é exatamente o que estamos fazendo aqui —, engajamos o jovem oftalmologista. Temos todas as estaduais e temáticas envolvidas em todas as nossas ações do começo ao fim.

Hoje, o PopRuaJud tem um processo totalmente desenhado para que todos os presidentes de estaduais atuem conjuntamente com o CBO. Hoje, nós temos todas as estaduais trabalhando para que em maio nós tenhamos na câmara o dia do oftalmologista

” O CBO não sou eu, não é nenhuma pessoa da diretoria — o CBO somos todos nós. E como somos todos nós, precisamos ser uma rede cada vez mais unida, ativa e consciente para alcançar o que precisamos.

pra conscientizar os parlamentares, porque a força do CBO só se sustenta com o engajamento de todos. O CBO não sou eu, não é nenhuma pessoa da diretoria — o CBO somos todos nós. E como somos todos nós, precisamos ser uma rede cada vez mais unida, ativa e consciente para alcançar o que precisamos.

O mercado inóspito e a fragilidade da classe



Dr. Hiran Gonçalves,
Senador

Estou muito feliz de estar aqui. Esse evento, eu sempre sonhei. Sou oftalmologista há 44 anos. Estou aqui com dois grandes amigos, Israel Rosenberg e Frederico Valadares, que me ajudaram muito nessa trajetória e quero mandar um beijo para cada um; sou extremamente grato a vocês e a muitos que passaram pela minha vida e me ajudaram. Eu acho que nenhum residente que está aqui presente hoje já participou de algo semelhante. É verdade ou não é?

Ontem, eu vim aqui para ver se estava tudo correndo bem e alguns residentes chegaram comigo e disseram: “Senador Hiran, quando vocês começaram a falar disso e eu recebi os convites para participar desse fórum — com passagem, estadia e toda essa programação, inclusive hoje à noite show do Zé Vaqueiro — a gente achava que era um golpe no WhatsApp”.

Sabe por quê? Porque sempre quando vamos aos congressos magistrais de oftalmologia, como o Congresso Brasileiro, as salas

ficam cheias, com quatro ou cinco mil colegas, mas quando vamos para a sala de Defesa Profissional, tem uns dez abnegados falando um para o outro em uma conversa circular que não reverbera em nada. Isso acontece porque a maioria de vocês, residentes, não está muito preocupada com o que vai encontrar no futuro. Os R3 daqui a pouco começam no mercado de trabalho e os R2 têm mais um ano pela frente, e todos serão jogados em um mercado absolutamente inóspito para o médico brasileiro.

Semana passada fui chamado para falar em Brasília, no sindicato médico, e perguntei aos meninos da residência: “Vocês sabem quanto vale uma consulta do SUS?”. Ninguém sabia. Vale dez reais. Ninguém sabia, por exemplo, que na ANS — que regula a saúde suplementar de 50 milhões de usuários — só tem advogado com relação estreita com as operadoras, estimulando o *capitation*, que vocês também vão aprender o que é hoje ou amanhã. Então é para isso que vocês estão aqui: para verem como precisam se unir e enxergar o futuro. Quando nos desunimos, ficamos frágeis.

Para terem ideia da nossa fragilidade, temos o projeto de lei mais importante do século para a medicina brasileira: o nosso exame de proficiência. Abrir faculdade de medicina virou uma esculhambação, sem regulação ou seriedade. No estado de Roraima, com 700 mil pessoas, temos quatro escolas de medicina. Não temos cenário de prática para todo esse pessoal. Como vamos aprender medicina sem cenário de prática? Por isso estamos no Congresso Nacional, no Senado, com esse projeto de autoria do senador Marcos Pontes, do qual sou relator. Vencemos na Comissão de Educação e na CAS, mas o PT juntou nove senadores e fez um requerimento para levar o projeto ao plenário, apenas para retardar algo fundamental para frear a proliferação de médicos malformados. Quem sofre é o povo brasileiro.



Os R3 daqui a pouco começam no mercado de trabalho e os R2 têm mais um ano pela frente, e todos serão jogados em um mercado absolutamente inóspito para o médico brasileiro.



No país, temos 70 mil vagas, mas pouco mais de 50 mil são ocupadas porque há residências que ninguém quer fazer.

Além disso, estamos estabelecendo uma nova política de residência médica. No país, temos 70 mil vagas, mas pouco mais de 50 mil são ocupadas porque há residências que ninguém quer fazer. E o Ministério da Saúde ainda cria dificuldades com acesso ideológico através de cotas. Eu tenho um projeto que proíbe cotas em residência médica. Já temos cotas para entrar na faculdade, passamos seis anos nos nivelando, os professores são os mesmos para todos, então, depois de formado, por que ter cota? O governo atual fica atrapalhando a velocidade das coisas; passamos quatro anos para aprovar o fracionamento de férias para residentes, algo tão simples, mas que demorou esse tempo todo.

Também trabalhamos na regulamentação de pesquisas clínicas em seres humanos. Passei onze anos relatando esse projeto. Quando fui para o Senado, aprovamos por unanimidade, mas o governo vetou grande parte. Esperamos um ano e dois meses para derrubar o veto e transformar em lei, trazendo investimentos e parcerias para o país. Isso aumenta o acesso a tratamentos para doenças raras e câncer, pois agora temos um marco legal que garante segurança às empresas.

Nós sonhamos com este encontro. Eu falei para o Fernando da União Química: “Ajuda a gente!”. E ele ajudou, porque sabe que o trabalho no Congresso Nacional tornou a indústria farmacêutica nacional pujante. Das 20 maiores indústrias farmacêuticas no Brasil, 17 são nacionais. Hoje sou relator de um projeto sobre patentes e tenho muita responsabilidade para garantir a estabilidade desse setor, que gera empregos e inovação.

Residentes, quero que saiam daqui com consciência crítica. Vocês precisam enxergar melhor todo esse ecossistema. Às vezes, no afã de dizer que são habilidosos, vocês dizem que fazem uma cirurgia em cinco minutos e terminam por desvalorizar o ato médico perante o paciente. O ato médico é o mais importante e, hoje, é o menos remunerado porque nos dividimos. Peço às entidades

” Ninguém aqui vai falar sobre técnica de catarata, vamos falar sobre esse ambiente perigoso para o mercado de trabalho.

médicas que façam uma pauta que não nos divida. Hoje, o governo faz o “Mais Médicos” sem CRM, pagando 12 a 15 mil reais para quem se formou no exterior sem revalidação, enquanto o nosso egresso sai devendo o FIES e ganha pouco na residência. Isso faz com que sobrem vagas até nas residências mais estruturadas de São Paulo.

Ninguém aqui vai falar sobre técnica de catarata, vamos falar sobre esse ambiente perigoso para o mercado de trabalho. Estou muito feliz de estar aqui e vou passar o tempo todo no evento para aprender mais e defender nossas prerrogativas. Fernando, meu querido amigo, obrigado por sua generosidade e visão. O que o senhor faz nos orgulha. Que Deus abençoe a todos os presidentes e colegas aqui presentes. Um grande abraço à minha família e a todos vocês.



Frederico Valadares de Souza Pena,
2º Secretário

A ideia de trazer o André Médici para falar conosco foi apresentar um panorama do que acontece no Brasil e no mundo em relação ao desafio de financiar a saúde e fazer a gestão correta dos recursos. André tem uma longa trajetória como economista, dedicado à economia da saúde, passando pelo Banco Mundial, com um histórico de monitoramento de como as sociedades no mundo lidam com esse desafio e tentam encontrar melhores soluções. Ele sempre traz insights para a gente se situar de como está o Brasil nesse contexto.

Financiamento e eficiência do gasto em saúde no Brasil e no mundo



André Médici,
economista

O tema que abordo aqui é o financiamento e a eficiência do gasto de saúde no Brasil e no mundo. Vou tratar de quatro questões específicas:

- Questões gerais sobre financiamento e eficiência do gasto em saúde;
- Financiamento e eficiência do gasto com saúde no Brasil;
- Considerações gerais sobre o mercado de trabalho médico no Brasil;
- Oportunidades para o trabalho médico em função de novos paradigmas que estão sendo criados dentro da perspectiva da economia, do financiamento e das inovações na área de saúde — principalmente nos mecanismos de gestão baseados em valor.

Questões gerais:

Quanto gastamos em saúde? Estamos gastando bem? O que entregamos com esse gasto? Essas são perguntas fundamentais. O problema global da saúde não é apenas de financiamento, o que importa é o valor gerado por cada unidade de recurso gasto. O mundo não sofre apenas de escassez de recursos em saúde, mas fundamentalmente da má aplicação e da má alocação desses recursos.

Atualmente, gastamos em torno de 10% do PIB mundial com saúde. Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastam entre 9% e 12% do PIB, com exceção dos Estados Unidos, que chegam a 17%. Os países de renda média

” O mundo não sofre apenas de escassez de recursos em saúde, mas fundamentalmente da má aplicação e da má alocação desses recursos.

Atualmente, gastamos em torno de 10% do PIB mundial com saúde. Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) gastam entre 9% e 12% do PIB, com exceção dos Estados Unidos, que chegam a 17%.

estão na faixa de 5% a 7%. O Brasil, embora seja um país de renda média-alta, gasta um pouco mais — veremos isso adiante.

Esse crescimento estrutural vem de longa data: em 1960 gastávamos de 3% a 4% do PIB; hoje, 10%. Os principais fatores são o envelhecimento da população, as inovações tecnológicas brutais em medicamentos, equipamentos e novos tratamentos, e o crescimento das doenças crônicas — que aumenta com a expectativa de vida. Viver mais significa consumir mais saúde.

Comparando o gasto per capita em dólares por paridade de poder de compra (PPP): o Brasil gasta entre 1.500 e 1.800 dólares por ano; os países da OCDE, entre 4.000 e 6.000; os Estados Unidos, em torno de 12.000. O Brasil não gasta pouco — está em torno de 9% do PIB —, mas gasta mal. Os recursos são mal distribuídos e o gasto é pouco eficiente.

No Brasil, diferentemente dos países da OCDE, o gasto privado — incluindo seguro privado de saúde e gasto direto do bolso — representa em torno de 55% do gasto total em saúde, enquanto a média dos outros países está em torno de 70%. Além disso, há baixa efetividade do gasto.

O desafio não é apenas quanto se gasta, mas onde se gasta e com que resultados. Precisamos buscar maior equidade, focalizar em áreas prioritárias, aumentar a eficiência — ou seja, o valor entregue ao paciente por recurso gasto — e obter melhores desfechos. Os gastos crescem assustadoramente, associados à transição demográfica, à inovação tecnológica, ao alto custo, à judicialização

e ao modelo de pagamento por volume (*fee for service*), que não está baseado em resultados ou desfechos. Historicamente, os gastos em saúde crescem acima do PIB, criando um problema de sustentabilidade no longo prazo.

” Precisamos buscar maior equidade, focalizar em áreas prioritárias, aumentar a eficiência — ou seja, o valor entregue ao paciente por recurso gasto — e obter melhores desfechos.

Como medir eficiência do gasto? Tomemos quatro países com gastos similares: Reino Unido (5.400 dólares per capita), Espanha (5.200), Itália (5.200) e Coreia do Sul (4.600). O HAQ Index — que mede mortes evitáveis por condições tratáveis — mostra que o Reino Unido, com o maior gasto, tem índice de 83,1; a Espanha, 94,7; a Itália, 93,6; e a Coreia do Sul, com o menor gasto, tem 96,7. A mortalidade evitável no Reino Unido é de 91 por cem mil — quase três vezes maior que a da Coreia do Sul, com 32 por cem mil. As internações sensíveis à atenção primária no Reino Unido são 160 por mil habitantes — quatro vezes maiores que as da Coreia do Sul. O custo por desfecho clínico no Reino Unido é de 43.000 dólares, contra 15.000 na Coreia do Sul. Esses indicadores mostram que a eficiência do gasto é determinante para o que entregamos como serviços de saúde à população.

Financiamento e eficiência do gasto em saúde no Brasil

Entre 2010 e 2024, o gasto público em saúde cresceu de forma expressiva. O gasto federal cresceu 54,7%; o dos estados, 49,4%; e os municípios foram os que mais cresceram proporcionalmente, ainda que seu gasto total seja menor. A União representa 47% do gasto total em saúde, os estados 28,7% e os municípios 24,2%.

Na saúde suplementar, entre 2016 e 2024, as contraprestações cresceram de 163,2 bilhões para 312 bilhões de reais, e a despesa assistencial foi de 137 para 256,8 bilhões. A receita praticamente dobrou, com crescimento de 8,4% ao ano. A sinistralidade — despesa assistencial sobre contraprestações — está em torno de 82,3%. Hoje são 53,5 milhões de beneficiários na saúde suplementar.

” (...) as operadoras ganham muito mais no mercado financeiro do que com suas atividades operacionais.

Um ponto importante: o resultado operacional das operadoras em 2024 foi de 10,3 bilhões, mas o resultado financeiro líquido foi quase 2,5 vezes maior — o que mostra que, com a taxa de juros em 14,75%, as operadoras ganham muito mais no mercado financeiro do que com suas atividades operacionais. Em 2022, houve um ano de grande pressão operacional, com prejuízo de 4,7 bilhões, compensado pelo forte resultado financeiro. Isso levanta a pergunta: quando a taxa de juros cair, como as operadoras compensarão essa receita?

Dividindo o gasto em saúde do Brasil em três componentes como porcentagem do PIB — critério da ANS e da ANP —, chegamos a 10,6% em 2024: gasto público em torno de 5%, saúde suplementar em torno de 2,8% e gasto direto das famílias em torno de 2,8%. Pelo critério das contas nacionais da OCDE, chegamos a 9,8% do PIB.

A mortalidade evitável no Brasil está em 251,6 por cem mil habitantes — acima dos 229 da América Latina e quase duas vezes maior que a da OCDE. Isso indica desafios persistentes no acesso e na qualidade do sistema.

O paradoxo brasileiro: o SUS — que muitos consideram subfinanciado — poderia receber mais recursos, mas já aumentou bastante. O sistema privado continua caro e pouco eficiente, produzindo exames desnecessários, duplicidades e burocracia. Mais importante ainda é a fragmentação estrutural: hospitais, unidades básicas de saúde, sistema público e sistema suplementar não conversam entre si. O Brasil tem dois sistemas que não se comunicam — essa é uma das questões mais importantes a resolver daqui para frente.

” O sistema privado continua caro e pouco eficiente, produzindo exames desnecessários, duplicidades e burocracia.



Os médicos no Brasil tinham, em 2023, uma renda média mensal de 23.758 reais — 7,4 vezes a média do trabalhador brasileiro.

Quanto à satisfação dos usuários, a atenção primária no setor público tem melhorado, chegando a 8,2 em uma escala de zero a dez — em parte graças ao Previne Brasil, que criou um sistema muito mais potente de atenção primária. A atenção especializada ainda é baixa: 5,4. No setor privado, há maior satisfação com o acesso (78%), mas insatisfação com o custo — apenas 34% estão satisfeitos com o valor que pagam. A avaliação geral do setor privado está em 7,6.

A satisfação não está diretamente correlacionada com o gasto. Ela está ligada fundamentalmente ao acesso, ao tempo de espera, à disponibilidade dos serviços, à coordenação do cuidado, à integração, à continuidade e à experiência do paciente — acolhimento, respeito, clareza nas informações e envolvimento nas decisões.

Mercado de trabalho médico no Brasil

Os médicos no Brasil tinham, em 2023, uma renda média mensal de 23.758 reais — 7,4 vezes a média do trabalhador brasileiro. Em comparação internacional por dólares PPP: EUA, 371.000 por ano; Alemanha, 138.000; França, 123.000; Reino Unido, 113.000; Espanha, 103.000; Itália, 99.000; Brasil, 110.000 — praticamente igual ao do Reino Unido e à Espanha. O médico brasileiro tem posição competitiva em relação à Europa, mas muito inferior aos EUA.

Há grande desigualdade regional: no Sudeste a média mensal sobe a quase 30.000 reais, no Sul é 24.000, no Centro-Oeste 22.000, no Nordeste 17.000 e no Norte 15.000. Cinquenta e dois por cento dos médicos estão no Sudeste, onde fica 55% da renda da categoria.

Comparando com outras profissões (PNAD 2023): medicina tem renda média mensal de 18.000 reais; direito, 8.200; engenharia, 9.700; TI, 13.000. O médico está bem acima. Além disso, 61% dos médicos atuam como PJ, com jornadas longas, plantões e alta responsabilidade, o que justifica parte dessas diferenças.

” Na oftalmologia especificamente, menos de 25% dos oftalmologistas ganham abaixo de 15.000 reais mensais, e mais de 25% ganham acima de 40.000.

Na oftalmologia especificamente, menos de 25% dos oftalmologistas ganham abaixo de 15.000 reais mensais, e mais de 25% ganham acima de 40.000. A mediana está em torno de 26.000 — posição melhor que a cardiologia, oncologia, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Mas há grande sobreposição entre especialidades, e a renda depende mais do modelo de atuação do que da especialidade em si: consultório mais procedimentos tende ao maior potencial, enquanto SUS exclusivo apresenta as menores remunerações.

Oportunidades para o trabalho médico no Brasil

Tendências positivas: crescimento do PIB impulsionando o consumo; expansão da classe média e da saúde suplementar; envelhecimento da população acelerando a demanda; e um setor que historicamente é anticíclico.

Em 2030, projeta-se crescimento de 30% na demanda de serviços médicos. Já hoje, 68% dos médicos atuam ou pretendem atuar em modelos que vão além do consultório próprio — vínculos hospitalares, jornadas compartilhadas, telemedicina e atendimento híbrido. O setor de fusões e aquisições cresceu 20% nos últimos anos, trazendo mais escala, eficiência, investimento em tecnologia e carreiras dentro de estruturas sólidas.

Internacionalmente, os mercados mais relevantes têm sido EUA, Europa e Oriente Médio. O talento dos médicos brasileiros é reconhecido internacionalmente. Os EUA sofrem de escassez de profissionais e envelhecimento populacional. As barreiras existem — revalidação do diploma, certificação de especialidades, idioma —, mas é um mercado muito aberto para os brasileiros.

” Em 2030, projeta-se crescimento de 30% na demanda de serviços médicos. Já hoje, 68% dos médicos atuam ou pretendem atuar em modelos que vão além do consultório próprio.

Possibilidades no Brasil: primeiro, mudança do modelo gerencial — as organizações sociais e as parcerias público-privadas têm melhor desempenho em produtividade, maior flexibilidade de gestão e maior adaptação às demandas. Existem problemas de governança, transparência e controle em alguns estados, mas as OS e PPPs são instrumentos que podem melhorar a capacidade e a qualidade — desde que haja boa governança.

Segundo, transição do modelo de pagamento por volume (*fee for service*) para resultados. O modelo atual tem pouca *accountability* e poucos resultados. Quando trabalhamos com sistemas voltados a resultados, o foco passa a ser desempenho, geração de valor, governança, transparência e alinhamento de incentivos — porque os incentivos determinam o comportamento, e o comportamento determina os resultados.

Terceiro, uso de dados e inteligência artificial. O Brasil tem muitas bases de dados — DataSUS, SISAB, SIS —, mas com baixa interoperabilidade. Os dados são isolados, com poucos padrões de integração. É necessário avançar na padronização de dados entre serviços, prontuários eletrônicos interoperáveis, identificação única do cidadão permitindo prontuário eletrônico nacional e infraestrutura segura de dados. Os benefícios são: melhor qualidade, visão integrada do cidadão, decisões mais rápidas, maior eficiência, redução de custos e maior transparência.

Quarto, transparência em saúde. Hoje, os serviços de saúde são opacos — não sabemos quanto custam. É necessário ter transparência em desfechos clínicos e comparar prestadores. Sem transparência, não há eficiência. E sem eficiência, não há sustentabilidade.

” Quando trabalhamos com sistemas voltados a resultados, o foco passa a ser desempenho, geração de valor, governança, transparência e alinhamento de incentivos — porque os incentivos determinam o comportamento, e o comportamento determina os resultados.

” É necessário ter transparência em desfechos clínicos e comparar prestadores. Sem transparência, não há eficiência. E sem eficiência, não há sustentabilidade.

Em resumo: existem três grandes problemas — a ineficiência do gasto em saúde, a fragmentação do sistema e a falta de decisões baseadas em valor. Os caminhos são o *Value-Based Healthcare* (VBHC), a integração do cuidado, o uso intensivo de dados e a transparência. O futuro da saúde não depende de gastar mais — depende de gastar melhor, com foco em valor: valor para o paciente e para a remuneração do médico.

Encerramento do Bloco



Cristiano Caixeta Umbelino,
Ex-presidente do CBO

Sempre há aquela tendência de jogar tudo para a resposta mais fácil — “todo mundo tem culpa no cartório.” Mas, em alguns momentos, temos que colocar o dedo na ferida. Temos que trabalhar com cada ator: poder legislativo, poder executivo, e muito na formação dos nossos médicos — porque acreditamos que um médico bem formado será muito diferenciado no nosso mercado. Sem dúvida, se não fizermos, alguém fará por nós, e o rumo pode não ser o melhor para o sistema de saúde.



BLOCO 2

Tendências do mercado

A regulação busca equilíbrio, mas até onde ela consegue ir? Quais são os limites do mercado e quando o interesse coletivo entra em conflito com o econômico? E onde o médico entra nessa equação? No meio dessas forças está o profissional. Na prática, o cenário é desafiador: decisões difíceis, pressões constantes, pouco espaço para erro. Como se posicionar nesse ambiente? Como influenciar o que parece já definido? Vamos discutir esse cenário.

ANS papel da entidade reguladora da saúde



Rita Ragazzi,
economista

A ideia aqui hoje é passar para vocês um pouco do histórico, de qual foi o impacto do capital de risco na saúde e o que podemos fazer para que esse relacionamento seja cada vez melhor, pensando, obviamente, na qualidade assistencial e na evolução do mercado.

Então, eu acho que aqui é quase um *storytelling*: a lógica do capital na saúde, a expansão, a ruptura e a reconstrução de valor no Brasil.

Pensemos um pouquinho: o mercado de capitais, o capital de investimento, o capital de risco entrou na saúde. Qual foi o grande impacto que ele teve? Como que ele chegou a entrar?

O capital entrou para realmente suprir falhas estruturais que tínhamos no mercado de saúde. Se olharmos tanto o sistema público quanto o sistema privado, havia falhas estruturais, principalmente uma questão de fragmentação importante. Temos o SUS, que é tripartite, e a saúde suplementar, que historicamente era muito desconectada.

Vamos começar a olhar algumas diferenças que talvez tenham caminhado aqui: tínhamos baixa escala e baixa eficiência operacional. Não estou dizendo que “tinha” por que isso mudou completamente, mas no passado tínhamos esses gaps muito mais profundos. Havia um subinvestimento crônico na área da saúde, principalmente na parte de infraestrutura e, principalmente, quando olhamos para KPIs de qualidade e de eficiência.

Estávamos – e continuamos vendo – um crescimento importante da demanda. Esse crescimento se dá, obviamente, por uma maior necessidade e desejo de acesso da população. Estamos envelhecendo como país, então temos demandas maiores. Temos uma incidência muito maior de condições crônicas e isso também aumenta. À medida em que começamos a ter mais eficiência, ter mais conhecimento e a própria evolução da medicina, precisamos de maiores interações.

Há vinte anos achávamos normal ir ao médico e fazer consultas a cada três ou seis meses. Hoje em dia sabemos que, muitas vezes, dependendo da condição clínica, você precisa de um acompanhamento rotineiro e contínuo. Quem não usa um desses

” Havia um subinvestimento crônico na área da saúde, principalmente na parte de infraestrutura e, principalmente, quando olhamos para KPIs de qualidade e de eficiência.



A saúde que antigamente — principalmente a suplementar privada — era domínio de uma classe técnica que geria as instituições, passou por um teste de investimento extremamente atraente, com rápida entrada de capital.

relógios e não olha constantemente? Eu tenho a mania de olhar constantemente meus indicadores aqui. Agora, ainda pego tudo o que tiro do relógio e do aplicativo, jogo no ChatGPT, em uma inteligência artificial, e peço para ele avaliar qual é a minha evolução, qual a minha condição clínica e o que eu deveria fazer eventualmente para melhorar a minha performance esportiva ou não. Então, temos visto isso, e essa demanda por saúde e por informação tem sido cada vez maior.

Vimos que, a partir de 2015, com uma nova lei de abertura de capital, houve uma mudança importantíssima na área da saúde. A saúde que antigamente — principalmente a suplementar privada — era domínio de uma classe técnica que geria as instituições, passou por um teste de investimento extremamente atraente, com rápida entrada de capital. A partir dessa lei de 2015, começamos a ter entrada de capital estrangeiro em investimento na área da saúde. A saúde realmente tem uma demanda crescente que nunca vai parar e, se você for olhar pelo lado do capital, realmente é fantástico de se investir. Não tem como falhar, não tem como não dar certo, não tem como derreter esse mercado.

E aí isso começou a acontecer. Vamos ver um pouco desse histórico. Uma explosão de fusões e aquisições na área da saúde pode ser percebida a partir de 2015, mas principalmente a partir de 2017. Por quê? Porque também tivemos uma queda da taxa SELIC. Ou seja, investir ficou muito barato. Mais ou menos em 2017, a taxa de juro estava em torno de 9%, chegando em 2019 a quase 3%. Era fácil capturar dinheiro no mercado e investir. E, obviamente, os resultados eram muito bons, até porque havia ainda uma desorganização e falta de governança institucional. Alguns ajustes pequenos davam um resultado importantíssimo. Você ajustava uma fila e tinha um resultado grande. Então, realmente virou uma tese importante.



Uma explosão de fusões e aquisições na área da saúde pode ser percebida a partir de 2015, mas principalmente a partir de 2017.

Tivemos diversas consolidações, como a Rede D'Or, que começou a crescer e hoje tem mais de setenta hospitais; a Hapvida; a consolidação da área de diagnósticos; tivemos IPOs e, dentro da área de oftalmologia, também sabemos de grandes grupos, como o grupo Opty e o Vision One. Sentimos essa consolidação e IPOs que foram relevantes nos anos 2000, principalmente.

O capital trouxe realmente ganhos reais. Houve um ganho de eficiência e de acesso. Na hora em que se começa a injetar dinheiro e a ter grandes grupos consolidados, a complexidade aumenta bastante. Aí você começa a trazer executivos, pessoas que têm outra visão, principalmente com especialização de gestão. Você começa a ter acesso a *funding*; começa a equipar melhor os hospitais, a interligar melhor e a ter, minimamente, uma estruturação de dados um pouco melhor. Sistemas de informação para capturar e entender o que está pegando de recurso e qual é o resultado que está obtendo.

Vimos esse aumento de profissionalização, gestão, dados e informações. E aí também tivemos uma expansão geográfica. A partir do momento em que começa essa injeção de dinheiro, você começa a mapear os ativos. A lógica do capital é mapear os ativos: quem tem áreas que estão sub atendidas e que têm potencial de crescimento? Você começa a formar redes. Se eu tenho mais de um hospital ou várias clínicas como dono ou investidor, começo a fazer **branding** entre elas e você passa a ter protocolos e padronização.

Isso não é necessariamente ruim. Existe um limite onde a padronização começa a tirar a autonomia do médico, mas uma parte de atendimento, de fluxo e de processos é importante para ter maior qualidade e, inclusive, para medir depois. Depois vem a questão da digitalização, que começa principalmente na área administrativa, atuarial e financeira. Todos esses pontos — escala, expansão geográfica, protocolos — vão ser pilares importantes para o que hoje olhamos como valor. Se pensamos no *Value-Based Healthcare*, vamos precisar de toda essa base de redes para pensar na jornada

” Existe um limite onde a padronização começa a tirar a autonomia do médico, mas uma parte de atendimento, de fluxo e de processos é importante para ter maior qualidade e, inclusive, para medir depois.

do paciente. Quando falamos de protocolos operacionais, não se consegue medir KPIs assistenciais adequadamente sem uma padronização mínima de processos. A digitalização que começou na parte administrativa tem que migrar para a parte clínica para que tenhamos dados assistenciais digitalizados e comparáveis para podermos evoluir. Se não medirmos, não evoluímos.

A melhoria da gestão de ocupação de leitos também é essencial para baratear e tornar mais acessível. Nas primeiras apresentações deste evento, a palavra acesso foi mencionada diversas vezes. Essa é a palavra do momento: acesso. Trabalho muito na área de estratégia, inclusive com estratégia de regulação pública, e temos falado que acesso é extremamente importante. Vimos essa questão de melhoria, aumento de gestão, aumento da ocupação e, obviamente, rendas aumentando. Perfeito.

Para começar a entrar na questão do capital, precisamos fazer uma divisão do capital de risco entre *Venture Capital* e *Private Equity*. De acordo com o tamanho do “cheque” e do momento em que se investe, temos o *Venture Capital* com foco em inovação, muito focado nas *Healthtechs*. Além daquelas que pensamos como operadoras, como a Alice, existe hoje um ecossistema de *Healthtechs* extremamente importante para trazer maior acesso e tecnologia que consegue chegar à beira do leito e fazer as conexões onde as grandes áreas digitais e provedores de sistemas não conseguiriam chegar.

Por exemplo, simplesmente conectar uma UTI que hoje tem mais de vinte equipamentos. No passado, foram as *Healthtechs* que começaram a olhar isso e pensar como se pode fazer a “Internet das Coisas Médicas” (IoMT) e conectar tudo isso. Foram as *Healthtechs* que começaram a fazer isso. E aí temos a parte de *Private Equity*, que tem uma função muito maior e “cheques” muito maiores de escala, consolidação, verticalização e,

” E aí temos a parte de *Private Equity*, que tem uma função muito maior e “cheques” muito maiores de escala, consolidação, verticalização e, principalmente, essa questão de operacionalização.

principalmente, essa questão de operacionalização. Então, o *Venture Capital* dá uma pulverização para diversas conexões para que a tecnologia chegue à beira do leito, e o *Private Equity* foca em escala, consolidação e financiamento de sistemas.

Vamos pensar no ciclo de captação de investimento e a evolução desde que uma empresa nasce do zero. Há uma crescente de investimentos: o momento *Pre-Seed*, *Seed*, Série A, Série B, Série C. Se muitos aqui quiserem transformar um pouco da experiência que têm na medicina em uma nova empresa, começamos olhando na parte de *Pre-Seed* e *Seed*. Temos ali cheques de 300 mil, 400 mil ou 500 mil. No *Seed*, de 500 mil a 1 milhão. Série A na faixa de 5 milhões; Série B entre 10, 20 até 70 milhões. A partir disso, temos o *growth stage*, que é o *Private Equity*, o IPO e a manutenção. Basicamente, é o que olhamos em termos de crescimento e fluxo de receita e investimento.

Quando olhamos o histórico no Brasil dos investimentos em saúde de 2015 até 2024, vemos esse crescimento muito importante até 2020. Foi o “boom” que coincidiu com a abertura de mercado, taxas de juros baixas e experimentação do mercado nessa parte de investimento. E aí começamos a encontrar alguns dos grandes problemas que vocês devem sentir todos os dias na prática da medicina. Quando se injeta muito dinheiro num mercado que ainda não estava pronto, vemos um certo choque. Consolidar rapidamente foi uma dificuldade. A prática da medicina é extremamente complexa, porque existem limites onde você pode ou não ir em detrimento de um ganho de escala, de receita ou de margem.

Além disso, existe uma variabilidade de casos importantíssima. É muito diferente consolidar áreas fáceis como exames laboratoriais, mas a jornada clínica de um paciente não é tão simples, por mais que se estabeleçam protocolos. A partir daí, houve uma retração, uma correção global influenciada pelo custo do capital



A prática da medicina é extremamente complexa, porque existem limites onde você pode ou não ir em detrimento de um ganho de escala, de receita ou de margem.

e redução de capital disponível pós-Covid, mas também localmente no Brasil, por uma complexidade que vimos: os modelos de consolidação e investimento talvez não fossem os mais ideais ou o caminho mais interessante para uma evolução de mercado.

Sobre o papel do *Venture Capital*

Ele foi um vetor de transformação importante para lacunas estruturais que os grandes grupos não conseguem resolver. Por exemplo, em pesquisa clínica: qual a facilidade de encontrar um público específico para testar uma droga específica? Dificílimo. Foram as *Healthtechs* que começaram a olhar isso; conectar equipamentos na beira do leito; digitalizar facilmente uma anamnese feita por voz através de transcrição para capturar tudo o que o paciente diz e organizar isso. Foi muito através do *Venture Capital* que se começou a fomentar esse mercado.

Outras coisas importantes foram a navegação do paciente e a coordenação da jornada. Não foram as *Big Techs* que olharam isso, foram as *Healthtechs*, que nasceram das associações de médicos, o médico que identificava uma necessidade que precisava de investimento. Assim como o foco na atenção primária como porta de acesso (como o exemplo da Alice), o monitoramento remoto e gestão de crônicos.

A infraestrutura de dados e interoperabilidade também não foram pensadas pelas *Big Techs*. Trouxemos aqui exemplos de modelos baseados em atenção primária, acesso ambulatorial, telemedicina e coordenação. A telemedicina teve um papel importantíssimo e continuará tendo para aumentar a eficiência.

Já o *Private Equity* trouxe a consolidação do setor com escala e padronização para diminuir a fragmentação, como a Rede D'Or, Hapvida e Dasa. Só que a gente começa a exigir escala e entende que ganhando escala e eficiência financeira, se está ganhando

qualidade, e não é assim. Eficiência e qualidade assistencial não caminham juntas necessariamente. Sem eficiência a qualidade fica prejudicada, mas elas não são a mesma coisa.

Qual foi a grande distorção que precisa ser criticada? O crescimento chegou antes da maturidade institucional do mercado da saúde. Isso significa que um sistema financeiro estruturado entrou em um mercado que ainda tinha dificuldade de governança, regulação e métricas de qualidade imaturas. As métricas financeiras acabaram ditando a régua do sucesso, e esse foi o grande gap e a distorção que vivemos. Tivemos guerra de preços de consultas, descredenciamento de clínicas e profissionais experientes em detrimento do que era novo e montado para criar volume e escala. Começamos a olhar protocolos baseados em menor custo sob a lógica de que, quanto mais barato, mais acesso se dá. Mas precisa existir uma métrica de qualidade assistencial. Não dá para serem apenas grandes métricas como mortalidade evitada; precisamos medir ao longo da jornada, se houve uma iatrogenia no caminho.

Essas métricas, por mais que alguns hospitais as tenham individualmente, não estão disseminadas no mercado. É difícil de fazer. Tanto que hoje ainda temos dificuldade de ter esses KPIs qualitativos na ANS; eles ainda são muito *high level*. Precisamos chegar na granularidade do paciente para regular o mercado e torná-lo mais humano, com o *valor centrado no paciente*. Virou até um chavão; às vezes eu mesma falo e me sinto mal porque parece que o termo foi desgastado. As pessoas se dessensibilizaram, mas precisamos voltar a olhar isso com uma visão não só médica, mas de mercado e de negócio.

O valor por paciente é importante porque, se eu causei um gasto agora por mau uso dos recursos, isso volta para o sistema como ineficiência. Temos falta de KPIs clínicos padronizados, transparência assistencial, dados de readmissão, mortalidade, PROMs e PREMs. Menos de 30% das instituições têm maturidade avançada de dados clínicos. Todos os modelos que falamos hoje para



Qual foi a grande distorção que precisa ser criticada? O crescimento chegou antes da maturidade institucional do mercado da saúde.



O valor por paciente é importante porque, se eu causo um gasto agora por mal uso dos recursos, isso volta para o sistema como ineficiência.

América Latina — incorporação de tecnologias e custo assistencial — vão precisar de dados em saúde, e não só dados financeiros, mas de qualidade clínica.

Dois casos são importantes para demonstrar a lógica do capital, onde a estratégia pode ser correta, mas a implementação falha. O primeiro é o *case* da Hapvida com a NotreDame Intermédica. O mercado colocou uma injeção de dinheiro enorme, foi um dos maiores IPOs, mas esse capital se desfez e houve uma perda massiva de valor. O pilar estratégico era a verticalização extrema e redução de sinistralidade, de custos por padronização de protocolos. Pensou-se em uma sinergia absurda. Só que existe uma necessidade importante que precisa ser olhada, que é a consolidação. As sinergias que vão ser feitas passam por uma mudança tanto da parte administrativa como da parte cultural. Então, tínhamos uma heterogeneidade operacional incrível. Hoje vemos testes de investimentos elevado sendo levados em consideração, como um alto risco, e antigamente não se pensava sobre isso. Vamos simplesmente complementar. Não necessariamente é preciso ter uma padronização, precisa ter um portfólio de produtos que seja adequado pra todo o seu sistema.

Então, vimos uma heterogeneidade operacional enorme, difícil de ser consolidada em pouco tempo, uma padronização clínica também muito difícil, porque havia diversos modelos de operação e se fez uma compra enorme, uma aquisição enorme de sistemas diferentes de hospitais diferentes, de equipes clínicas diferentes. Dessa forma, ocorreu grande choque cultural e uma falta de protagonismo principalmente de decisões médicas que realmente deveriam embasar a qualidade assistencial. Além disso, vimos uma mão forte demais administrativa, uma mão forte demais da gestão do capital, o que acabou trazendo perda de qualidade e perda de número de vidas credenciadas, com consequente perda de valor. Isso é o exemplo claro que vivemos num ecossistema. Ou seja, se

” (...) vimos uma mão forte demais administrativa, uma mão forte demais da gestão do capital, o que acabou trazendo perda de qualidade e perda de número de vidas credenciadas, com consequente perda de valor.

você injeta capital, mas não olha o valor assistencial, você perde valor de capital.

Outro *case* é a Dasa. Enquanto fez a consolidação na parte de diagnósticos (laboratórios), que é um modelo processual e replicável, onde a interação complexa com o paciente é reduzida. Houve um sucesso muito grande e margens previsíveis. Porém, na hora em que acontece a diversificação e se começa a complexificar as fusões para hospitais, houve aumento de dívida e alavancagem de juros. Então o que aconteceu aqui? Vocês viram que a evolução também não foi benéfica, e por isso o modelo precisou se reajustar. O desafio não é crescer, é gerir a complexidade da medicina, da saúde. A mensagem é que a classe médica precisa estar muito mais presente suportando e dando o peso do valor da qualidade assistencial e gestão clínica junto com os administrativos.

A parte de fusões e aquisições continua, mas deslocada para uma reconstrução de métricas, incentivos e governança. Sem valor para o paciente, não há sustentabilidade do negócio. As mudanças vão partir da classe médica e de vocês, que formam a nova geração de médicos olhando isso de forma estratégica. Temos novos modelos de parcerias, formando plataformas assistenciais, isso pode ser feito através de fusões e aquisições, realmente comprando *assets*. E a gente tem aqui alguns exemplos como a Bradesco, a Bradsaúde, que acabou de fazer uma fusão enorme e são vários sistemas e eles têm uma rede assistencial e de operação de saúde enorme, mas também temos alguns outros modelos: na oncologia, a parceria entre Porto, Fleury e Oncoclínicas, em que passamos a olhar as jornadas de pacientes.

O que vemos como nova tendência, pensando em valor, não é só crescimento (em que a lógica do capital, era a única que se olhava para comprar *assets*, pensando em demanda, demanda geográfica, capacidade de eficiência, captação de geração de

escala), mas sensibilidade maior e sofisticação estratégica. Isso vem do olhar médico.

Não adianta ter vários *assets*, vários hospitais se você não coordena a jornada do paciente. O que esses grandes players estão fazendo agora é coordenar a rede para que a jornada seja completa. No caso da Bradsaúde, ela terá operadoras, hospitais e clínicas. Mas a Porto também tem olhado isso. Vimos recentemente nos mercados, nos jornais, uma associação entre diversos players que conseguem fazer a jornada assistencial completa, por exemplo, da oncologia. No caso da oncologia: atenção primária, diagnóstico, tratamento especializado e devolução do paciente para a atenção primária. Toda essa jornada focada na eficiência é o que vai acontecer, inclusive nos gastos com medicamentos e incorporação de tecnologias de alto custo através de acordos de compartilhamento de riscos, baseados no valor que a terapia ofereceu ao paciente ao longo do tempo. Olhamos agora para uma verticalização da cadeia da jornada do paciente, que pode ser estrutural ou virtual. Mas não uma verticalização de *assets*, de infraestrutura, mas uma verticalização da cadeia da jornada desse paciente, que pode ser estrutural ou pode ser é virtual quando faz isso através de parceiros.

Então, essa é a grande jogada: as grandes operadoras ou os grandes players, como Bradesco e Porto, querem direcionar esta jornada. Eles querem colocar — e aí é onde toda a parte que a gente fala de resultados, de valor de cliente e de qualidade assistencial acontece — principalmente quando ela é medida e mensurada.

Como vai fluir o capital e os novos investimentos, sejam eles em aquisição ou investimento direto para trocar por cotas, ações ou *assets*? Eu começo a olhar quem faz melhor a jornada, quem coordena melhor esse paciente, quem não deixa esse paciente perdido, quem consegue trazer maior eficiência, menor internação,

” Não adianta ter vários *assets*, vários hospitais se você não coordena a jornada do paciente. O que esses grandes players estão fazendo agora é coordenar a rede para que a jornada seja completa

melhores resultados clínicos e recuperação mais rápida ao longo da jornada. É isso que veremos aqui.

Então, teremos a reconstrução desses valores. E hoje em dia, não conseguimos mais olhar para o capital sem olhar para isso.

Temos a parte das métricas de KPIs clínicos e o incentivo ao pagamento por valor, não só o *fee for service*, mas também *bundles* e *risk-sharing*, tanto para a parte de serviços quanto para a compra de terapias, equipamentos e medicamentos. Teremos uma maturidade maior de governança: governança clínica, assistencial e de dados em saúde. Olhamos isso tanto no SUS quanto na saúde suplementar.

Temos visto iniciativas de tentar fazer isso de maneira suplementar em algumas ações públicas: você começa sua jornada eventualmente no público, migra para a saúde suplementar com a compra de serviços e volta para a parte pública. Então, a governança vai ser extremamente importante, assim como o protagonismo médico para a definição do que é qualidade assistencial.

Vamos pensar em quatro grandes pilares em termos de evolução de mercado e investimentos:

- **Capital orientado a desfecho:** investimentos relacionados a métricas clínicas.
- **Valuation baseado em qualidade:** quando se faz o *valuation* (quanto vale uma empresa), a expectativa de retorno terá que incluir a qualidade assistencial — algo que antigamente era focado apenas em demanda e expansão física.
- **Expansão de contratos de *risk-sharing*:** isso é extremamente importante, não só para medicamentos, mas também para serviços.
- **Integração sem excesso de CAPEX:** muitas vezes o investimento será sem a compra daquele hospital. Posso investir simplesmente na sua linha de acesso ou de tratamento de câncer de mama. Existem modelos fora do Brasil onde empresas são especializadas só em uma linha assistencial (como câncer urológico) e você é pago para acompanhar esse paciente. Existem empresas virtuais (*Healthtechs*) que fazem isso. Recebo um valor para cuidar deste paciente ao longo do tempo.

Dados como infraestrutura serão necessários, não apenas um diferencial. A interoperabilidade, dados clínicos integrados à decisão e o uso de Inteligência Artificial servirão para a gestão populacional, para vermos não só os problemas de hoje, mas os do futuro.

E a governança clínica no centro: vocês, médicos, definindo e tomando essas decisões de investimento de maneira conjunta com os financistas e as pessoas que dominam o mercado de capitais. Protocolos sempre baseados em evidência e *accountability*.

Uma decisão não pode dominar a outra; existe uma necessidade importantíssima de coautoria e governança na gestão do conhecimento e no direcionamento do capital na medicina.

” A interoperabilidade, dados clínicos integrados à decisão e o uso de Inteligência Artificial servirão para a gestão populacional, para vermos não só os problemas de hoje, mas os do futuro.

Mesa-redonda: regulação, mercado e o papel do médico



Mariana Ferrão,
Jornalista

Muitas coisas para conversarmos aqui, mas, antes de tudo, queria começar perguntando para o Daniel sobre o papel da ANVISA, que sabemos ser o de equilibrar esse sistema. Só que hoje, muitas vezes, parece que o modelo de negócio está ditando mais as regras. O que a regulação precisa fazer e como deve evoluir para termos realmente um sistema equilibrado?



Daniel Meirelles,

Advogado, especialista em regulação de Saúde Suplementar, com atuação em agências Reguladoras Federais na área de Transporte e Saúde

Primeiramente, queria agradecer ao nosso presidente da Frente Parlamentar Mista da Medicina, senador Hiran — que não é um senador médico, mas um médico senador, cuja trajetória sempre foi em defesa da medicina, especialmente da oftalmologia. Agradeço também ao CBO, ao Frederico Pena, ao Cristiano Caixeta e à presidente Maria Auxiliadora Frazão.

Respondendo diretamente: o melhor modelo para um crescimento sustentável e uma competição saudável é ter regras de competição muito claras. Todos que desejam ingressar no setor devem saber previamente os requisitos e as balizas regulatórias. Assim, promovemos os bons e afastamos os ruins.

A ANVISA hoje é um grande ativo nacional. Sentamos de igual para igual em foros internacionais com o FDA (EUA) e a EMA (Europa). Nossa regulação é harmonizada com o mundo; o selo da ANVISA é extremamente valorizado. Qualquer produto com esse selo tem portas abertas globalmente.

A agência tem duas funções básicas: proteger a saúde da população e reduzir a assimetria de informação. O paciente muitas vezes não sabe se o produto é confiável ou como funciona o seu mecanismo de ação; a agência entra para garantir que o produto seja seguro, de qualidade e eficaz. Num sistema complexo como o brasileiro, que busca ser universal e integral em um país continental, a ANVISA é a engrenagem que garante a confiança no que é ofertado. A transparência e a objetividade são as melhores formas de trazer sustentabilidade ao setor.

Mariana:

Ainda sobre a saúde do mercado, Adriano, queria te perguntar: quando falamos de livre concorrência, estamos falando de um mercado que é realmente livre ou de um mercado que hoje favorece os grandes grupos em detrimento do médico?



Num sistema complexo como o brasileiro, que busca ser universal e integral em um país continental, a ANVISA é a engrenagem que garante a confiança no que é ofertado.



Adriano Londres,
Arquitetos da Saúde

Bom dia a todos. Prazer estar aqui. Estou impressionado com a organização e a presença. Na saúde suplementar, vivemos em um mercado regulado, não é um mercado livre. E isso faz todo sentido, pois estamos lidando com nosso bem maior: nossas vidas. Se deixar totalmente na mão do mercado, com certeza não seremos protegidos.

Antes da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esse mercado era livre. Eu me lembro que havia limites de “30 dias de UTI” ou “90 dias de apartamento” e, se precisasse de mais, o beneficiário tinha que se virar. Hoje temos proteções ao consumidor, carências e segmentações claras. Isso é muito bem-vindo.

Existem distorções, sim. Vivemos uma dissonância entre resultados muito expressivos das operadoras — parte disso vindo de ganhos financeiros nos últimos anos — e uma insatisfação crescente de beneficiários e prestadores. Tomo cuidado para não fazer disso uma “guerra de nós contra eles”, porque cada elo deve defender a parte boa da cadeia e não defender cegamente o todo da sua parte.

Mas vivemos excessos. Eu nunca vi tanta “chiadeira” em relação a certas práticas que eu chamo de distorções — o “jogar fora das quatro linhas”. Parte dos resultados das operadoras vem de práticas que devem ser questionadas. Deixo uma provocação para as entidades médicas: tornem públicas essas mazelas. Normalmente, a insatisfação fica dentro de um congresso ou de uma sala de reunião; pouco é levado à sociedade.

” Vivemos uma dissonância entre resultados muito expressivos das operadoras — parte disso vindo de ganhos financeiros nos últimos anos — e uma insatisfação crescente de beneficiários e prestadores.

A relação de forças é desigual. Não procurem usar a força; como diz meu pai: “use o neurônio”. Dar transparência é usar o neurônio. Digam: qual operadora é amiga do médico? Qual cumpre o contrato? Qual atualiza a remuneração pela inflação ao consumidor? Comecem a tornar isso público para que a informação seja um fator de decisão, além do preço.

Mariana:

Vou aproveitar sua fala e passar a bola para o César para falar do papel do médico nesse jogo. Você acha que o médico tem força para lutar contra isso ou acaba sendo engolido? E por que as pessoas ainda têm medo de fazer o que o Adriano sugeriu?



César Abicalaffe,

Mestre em Economia da Saúde e presidente fundador do Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS)

É impossível não ficar impactado com este evento. Parabéns ao senador, à Dra. Maria Auxiliadora e à coordenação. Considero a oftalmologia uma das especialidades que mais tem se engajado na disputa por um sistema baseado em valor. Trazer os residentes desde a base é fundamental.

Respondendo: é uma provocação delicada. Vou fazer 40 anos de formado agora; sou pediatra de formação, mas hoje atuo na economia da saúde. É difícil dizer isso aos colegas, mas estamos perdendo autonomia porque estamos lidando com uma assimetria de forças muito grande. Antigamente, você negociava com dez ou vinte operadoras pequenas; hoje são duas ou três gigantes. O poder de negociação está fragilizado.

” Antigamente, você negociava com dez ou vinte operadoras pequenas; hoje são duas ou três gigantes. O poder de negociação está fragilizado.

O sistema se reorganizou e o médico precisa prestar atenção: hoje é difícil dizer que o paciente é do médico. Se o médico trabalha com plano de saúde, o paciente é do plano. Quem controla o acesso à saúde controla a relação. Não vivemos num mundo “cor de rosa”.

A saída é a organização em associações e conselhos, como o CBO. Você não deve negociar sozinho, mas em grupos. E a discussão sobre saúde baseada em valor (VBHC) é o caminho. O conceito de valor envolve a transferência de responsabilidade pelo cuidado — o que os americanos chamam de *accountability*. No modelo tradicional (*fee for service*), o médico ganha pelo serviço e a responsabilidade financeira é de quem paga. No modelo de valor, transfere-se parte dessa responsabilidade ao médico, mas isso o empodera. Você passa a discutir o resultado do que produziu, e não apenas o procedimento.

Saímos da armadilha que nós mesmos criamos: um modelo que incentiva o volume e a complexidade em detrimento do resultado. O sistema de valor recompensa quem entrega o melhor desfecho para o paciente.

Mariana:

Recentemente, eu estava num evento médico, da área de oncologia — e começaram a se levantar muitas questões em relação à prática médica dentro dos hospitais e através, também, dos planos de saúde.

Tinham muitas crises ali sobre: *‘Olha, se eu contar para o diretor que eu vou ter que usar esse medicamento aqui, ele vai me mandar embora porque o medicamento é muito caro’*; *‘Como esse*

” No modelo de valor, transfere-se parte dessa responsabilidade ao médico, mas isso o empodera. Você passa a discutir o resultado do que produziu, e não apenas o procedimento.

paciente veio do Norte, eu não posso colocar esse medicamento nele’... Porque são aquelas histórias todas que a gente conhece.

Então, existia um conflito ético muito grande diante do paciente, para que ele pudesse continuar tratando da melhor forma, mas sem perder o emprego. E tem muita gente aqui que vai entrar no mercado em breve e que vai passar por situações parecidas com essas, e que deve estar aqui se perguntando: *‘Bom, já que o mercado não é cor de rosa — que foi o termo que você usou —, como é que eu faço para permanecer ético nesse mercado, mas também para ajudar a mudar as regras desse jogo?’*. Para que a gente possa, efetivamente, ter lá no futuro — daqui a pouco, não muito tarde, espero — um sistema de saúde realmente baseado no valor para o paciente?

César Abicalaffe:

O grande desafio, essa é a pergunta aí de um milhão de dólares: como é que a gente realmente muda essa chave?

O grande problema, quando eu falo do mundo que não é tão cor-de-rosa assim como a gente imagina, é que nós acabamos criando um sistema — Senador — que recompensa a ineficácia. Quanto mais ineficiência o sistema entrega, mais as pessoas ganham; e quando as pessoas ganham pela ineficácia, é muito difícil você mudar esse paradigma.

Então, o grande desafio que enxergamos é: como é que se faz esse processo? Talvez, a grande defesa que acontece quando sairmos de uma lógica de enxergar o paciente ou a produção — o volume do que eu faço — para uma lógica do que efetivamente eu estou produzindo de resultado. Medindo isso, tornando isso transparente — como foi falado pelo Adriano, por todos aqui —, é aí que começaremos a mudar.

Mas de novo: quando eu mudo para um sistema de saúde baseado em valor, aí eu começo a trazer de volta a autonomia para



Quanto mais ineficiência o sistema entrega, mais as pessoas ganham; e quando as pessoas ganham pela ineficácia, é muito difícil você mudar esse paradigma.

o médico. Porque, exemplo do próprio CBO: nós temos discutido no CBO um escritório de valor em saúde. A própria especialidade discute o que é importante medir na cirurgia de catarata, por exemplo; que desfecho é importante medir, de que forma a gente divulga isso... Ou seja, a especialidade, o médico, começa a participar, passa a ser protagonista nessas ações, não mais simplesmente o espectador que espera que o sistema mude, defina a regra e ele tenha que obedecer.

A recomendação é trabalhar isso da forma mais conjunta possível. Não é uma mudança fácil, até porque, como eu falei, o sistema tem que enxergar que, se ele começar a remunerar e trabalhar pelo desfecho — centralizado no cuidado do paciente —, o custo no final acaba diminuindo. Por incrível que pareça, o custo diminui. Então você vai diminuir um pouco da resistência, mas é um grande desafio.

” nós temos discutido no CBO um escritório de valor em saúde. A própria especialidade discute o que é importante medir na cirurgia de catarata, por exemplo; que desfecho é importante medir, de que forma a gente divulga isso...

Adriano Londres:

Bom, um pequeno complemento em relação à fala do César: vivemos um dilema na saúde suplementar e na pública brasileira, e na americana também, de necessidades infinitas e recursos finitos.

Se eu pudesse deixar duas breves reflexões, eu diria, para o médico: uma, complementando o César, de que a gente (e eu sou filho e neto de médico, e sou filho de um médico e filósofo) jamais pode esquecer a quem a gente serve. E a gente serve, em primeiro lugar, a quem demanda o serviço de saúde; em segundo lugar, a quem paga essa conta. E são os dois elos mais judiados atualmente, no sentido de que não os estamos tratando como sabemos que poderíamos e deveríamos.

E a reflexão final para os médicos, talvez, seja: nunca percam a noção de interdependência. Não é possível a independência

” (...) reflexão final para os médicos, talvez, seja: nunca percam a noção de interdependência. Não é possível a independência absoluta; vocês fazem parte de uma engrenagem. Tenham sempre isso em mente quando forem tomar decisões.

absoluta; vocês fazem parte de uma engrenagem. Tenham sempre isso em mente quando forem tomar decisões.

Daniel Meirelles:

Reforçando o que foi falado aqui, creio que não tem como passarmos por isso não sendo empoderando o médico, que é o grande navegador do cuidado que a gente busca ao final, né? Porque, ao final de tudo, todos que estão aqui nessa sala, todos que estão aqui nessa mesa, queremos uma coisa só: o melhor desfecho possível para o paciente. Queremos o melhor valor transmitido ao paciente, a melhor assistência, o melhor resultado — num ambiente sustentável, obviamente.

Então, numa perspectiva regulatória, creio que é importante reforçarmos a transição que pela qual estamos passando. Historicamente, sempre vivemos um modelo de comando e controle; um modelo de ‘eu tenho que obedecer a regulação’, ‘eu tenho que fazer e, se eu não fizer, vou ser penalizado por isso’. Só que a evolução tecnológica está superando esse modelo, porque a velocidade da tecnologia não acompanha a velocidade que a regulação consegue acompanhar.

Então, cada vez mais, temos que fazer essa transição nesse modelo para usarmos outros instrumentos para monitorar se a qualidade do desfecho está, de fato, sendo levada em consideração. Temos grandes apoios, grandes instrumentos para isso hoje. Temos um ambiente tecnológico fantástico: inteligência artificial, com cada vez mais transparência nessa relação.

Quando temos uma relação transparente, é cada vez mais difícil que haja decisões arbitrárias, porque os dados são transparentes; os dados falam por si só. Temos políticas que estão sendo construídas atualmente, como o fortalecimento do complexo industrial



Quando temos uma relação transparente, é cada vez mais difícil que haja decisões arbitrárias, porque os dados são transparentes; os dados falam por si só.

da saúde, o que é fundamental. Precisamos ter mais produtos de boa qualidade, seguros, para serem ofertados e utilizados por esses profissionais.

Temos, cada vez mais, redes sociais por meio das quais conseguimos transmitir grandes informações que alcançam o mundo inteiro. Então, hoje, o profissional médico, ou todos os prestadores de serviço de saúde, têm uma grande quantidade de acesso à informação, e isso facilita muito também. Mas, no final das contas, são todas ferramentas para empoderar o que realmente queremos: um desfecho melhor, que vai ser, muitas vezes, operacionalizado na ponta por um médico, por um profissional da saúde que vai ter esse desafio ao final de tudo.

Mariana:

O tempo está voando. Quero trazer uma pergunta sobre o sistema público. Vocês veem o SUS retomando o protagonismo e sendo um empregador maior do que já é?

Daniel Meirelles:

Temos que começar esse debate reconhecendo o sistema que temos. Temos um sistema que tem vicissitudes. Temos algumas deficiências. Não por acaso, temos um sistema suplementar. Quando falamos de 'suplemento', buscamos suplementar alguma deficiência. Então, o crescimento do sistema suplementar hoje demonstra algumas deficiências que temos no sistema público.

Mas temos, diante do desafio que assumimos na Constituição, resultados fantásticos. Vou dar um exemplo, comparando com os Estados Unidos: gastamos cerca de 10% do PIB em saúde no Brasil. Nosso PIB hoje está em cerca de 2 trilhões de dólares. Os Estados Unidos gastam cerca de 20% do PIB deles com saúde. O PIB dos Estados Unidos hoje está em cerca de 30 trilhões de dólares.

Então, você vê o disparate de gasto de saúde para uma expectativa de vida muito próxima. A diferença da expectativa de vida no Brasil

para os Estados Unidos é menos de um ano: um está em 76 e o outro está em 76,9 — quase 77. Então, vemos que, com um gasto muito menor, conseguimos entregar um desfecho de saúde de qualidade. Temos que reconhecer essa grande vantagem do SUS. A pandemia nos mostrou isso; nos mostrou a velocidade com que conseguimos fazer uma campanha de vacinação quando as vacinas chegaram, com a capilaridade que o SUS tem no Brasil inteiro. Acho que são grandes fortalezas que o Sistema Único de Saúde tem.

O grande problema que temos hoje não é um problema do sistema público de saúde, é um problema na saúde de uma forma geral: cada vez mais os custos estão pressionando a assistência à saúde. Cada vez mais, novas tecnologias, novos desenvolvimentos, novos produtos, novas pesquisas demandam cada vez mais recursos que são repassados na ponta, novos tratamentos... E esses custos nos pressionam a conseguir manter a regularidade de um sistema de saúde que se adeque a essa realidade financeira.

Em 2021, o orçamento do Ministério da Saúde era cerca de 180 bilhões de reais. Hoje, o orçamento do Ministério da Saúde é de cerca de 250 bi. E onde vamos parar com isso? Daqui a pouco, quase metade do PIB brasileiro vai estar em saúde. Então, essa é a grande questão que temos que discutir. Em minha opinião, o SUS ainda é o protagonista no cuidado da saúde da população, mas temos que discutir cada vez mais a sustentabilidade do nosso sistema público, tendo em vista essa escalada de custos e toda essa nova realidade de mercado que nós temos.



A diferença da expectativa de vida no Brasil para os Estados Unidos é menos de um ano: um está em 76 e o outro está em 76,9 — quase 77. Então, vemos que, com um gasto muito menor, conseguimos entregar um desfecho de saúde de qualidade.

Adriano Londres:

Como cidadão, eu não gostaria de ter que pagar plano de saúde ou educação privada. Reconheço os avanços do SUS — faz mágica com o financiamento que tem. Mas acho que somos maus cobradores dos governantes. O que investimos em saúde é pouco. É uma

vergonha. Trocamos de Ministro da Saúde a cada dois anos; não tratamos a saúde como política de Estado. Tenho dificuldade de ver grandes evoluções sem um aumento do nosso nível de cidadania.

César Abicalaffe:

A minha visão é que o Sistema Único de Saúde devia ser o sistema do país. Não tem sentido ter dois sistemas. As regras têm que ser determinadas pelo Ministério da Saúde. É muito claro isso.

Vou dar um exemplo muito simples: hoje, se eu pego dados de saúde que estão no DataSUS, são totalmente diferentes dos dados de saúde que eu pego na saúde suplementar. Totalmente, absurdamente diferentes. Se eu sou rico, eu não posso dizer que doença eu tenho? Se eu sou pobre, eu posso dizer que doença eu tenho? Exemplo simples, primário.

A padronização de dados com a RNDS é o ponto principal. O dado que o hospital SUS manda para o Ministério da Saúde tem que ser exatamente o mesmo conjunto de dados que a saúde suplementar manda. Isso é fundamental para que consigamos ter, primeiro, um alinhamento dessas questões.

O segundo ponto que é fundamental, obviamente, é: as políticas de Estado têm que ser definidas como políticas de Estado, não como políticas de governo. Por isso que eu concordo aqui, né? O governo começa, ele termina, ele acaba com o que o outro fez, muda um pouquinho o nome, faz a coisa para frente do mesmo jeito, mas é outro nome porque 'eu que bati', 'eu que pus a caneta'. Então, nessas coisas, perdemos muito tempo. Essa ineficiência é muito ruim no sistema. Então, a minha visão é que eu gostaria muito de ter um sistema realmente único de saúde no nosso país.



O dado que o hospital SUS manda para o Ministério da Saúde tem que ser exatamente o mesmo conjunto de dados que a saúde suplementar manda. Isso é fundamental para que consigamos ter, primeiro, um alinhamento dessas questões.

Mari:

Nosso tempo acabou. Daniel, Adriano, César, muito obrigada.

Tendências do mercado e seus efeitos



José Del Chiaro,
advogado

É uma honra falar com um público que não é o público do advogado; é o público de profissionais que necessitam ter uma noção daquilo que a nossa área — principalmente a área de defesa da concorrência, que lida com mercado — pode, de alguma forma, orientar e até contribuir para a profissão de cada um de vocês, para a atividade de saúde e para a atividade, principalmente, do que executa a saúde, que é o médico.

Eu vou tratar da questão dos limites do livre mercado na nossa área, que é a área de defesa da concorrência, que cuida do mercado. Nós temos os controles de conduta e controles de estruturas.

Controles de condutas, do lado criminoso, do lado ilegal, são aquelas práticas ilícitas, cartel e outras que prejudicam o mercado com benefício indevido àqueles que se coordenam, àqueles que fazem a prática ilícita. O outro é a proibição do abuso de posição dominante. Quando verificamos falta de equilíbrio ou falta de razoabilidade muito grande no que diz respeito ao conjunto de órgãos e entidades que estão envolvidos, desde o paciente, o médico, o hospital, até o plano de saúde e o próprio SUS, que aqui está se falando que, de fato, talvez merecesse ter mais verba, ainda mais atenção de todos. E são os caminhos de que todos nós dependemos; no limite, todos dependemos do contexto de uma saúde positiva.

E a última é a parte de controle de estruturas, são as chamadas fusões. Nós tivemos aqui a Dra. Rita falando dos investimentos das *venture capitals* e, recentemente, uma concentração muito grande nesse mercado. Concentração essa muito devido à busca de investimento. É um mercado que surgiu, um mercado que tem condições de remunerar bem, mas que talvez precise buscar

um certo equilíbrio entre a necessidade de capital, a necessidade de lucro e a necessidade de reinvestimento naquele mercado, até para poder dar continuidade e estar atualizado. Mas também não está para poder fazer isso prejudicando nem o paciente, nem o profissional que está no meio do contexto.

Hoje, o profissional começa no mercado numa rota de dois caminhos únicos: eu diria o SUS, trabalhando única e exclusivamente com o SUS, ou trabalhando com o SUS e na dependência, basicamente, de planos de saúde. O mercado saiu daquela relação do médico de família e de um hospital para ser um mercado onde a saúde suplementar veio para tomar um espaço de necessidade de complementação da saúde pública. E aqui nós começamos a ter o maior problema, onde eu gostaria de estar focando mais a nossa discussão: como é feita essa relação e o que é que o profissional vai encontrar neste mercado da saúde suplementar?

” um mercado que tem condições de remunerar bem, mas que talvez precise buscar um certo equilíbrio entre a necessidade de capital, a necessidade de lucro e a necessidade de reinvestimento naquele mercado, até para poder dar continuidade e estar atualizado.

O médico e o mercado:

Hoje nós temos plano de saúde e paciente de um lado, que tem e deve ter seu direito atendido, e embaixo uma estrutura pesada com os médicos, basicamente comprimidos entre as clínicas, hospitais, planos de saúde de um lado e a demanda do paciente. Existem aqui as práticas ilícitas e aqui nós já falamos do cartel, mas eu gostaria de lembrar um pouquinho algumas investigações que surgiram em função de cartel no mercado de vocês. Não vamos falar da oftalmologia; vamos falar de órteses e próteses, onde muitas empresas se coordenaram para fazer vendas públicas em licitações, majorando ostensivamente esse preço e, no final, prejudicando diretamente o SUS, mas também criando preços artificiais que prejudicaram a saúde suplementar. Resultado: aumento de custo de plano de saúde. Isso tudo numa realidade de um país continental, como já foi dito aqui, com diversas

desigualdades e com necessidade de se poder dar — àquele que merece, àquele que é o objeto da formação de vocês, que é o paciente, que é o cidadão — uma condição de mais respeito, mais dignidade, com atendimento mais objetivo.

Em razão dessas práticas de cartel, ou em razão de concentrações excessivas que surgem no mercado, ou em razão de imposições de preço, de consulta, de valores, surgem aquelas tentativas de fazer o boicote. Já tivemos casos profissionais onde sindicatos, na defesa de seus médicos, na defesa de seus hospitais, falaram: *‘não vou mais trabalhar com plano de saúde tal’*. À primeira vista parece algo normal, mas na realidade isso é o boicote; isso não deixa de ser o cartel contrário: aquele que se junta para tentar impedir uma prática abusiva de um lado, mas acaba criando uma desigualdade por criar outro abuso, porque no fundo quem está sem atendimento é o paciente.

E são as práticas abusivas que eu acho que estão trazendo o maior problema nesse contexto. Será que é razoável o profissional ter que aceitar uma órtese, uma prótese ou um medicamento que é imposto pelo plano de saúde? Será que é razoável o profissional receber uma orientação: *‘não passe de tantas consultas porque senão você não vai ficar bem-visto ou até mesmo acaba sendo descredenciado’*? São essas práticas que eu acho que precisam ser efetivamente enfrentadas, seja no que diz respeito à remuneração, seja no que diz respeito à liberdade de consciência do profissional de estar colocando e implementando aquilo que entende necessário.

É lógico que todas essas práticas surgem de desequilíbrios, elas surgem de eventuais abusos de um lado. Nós sabemos, e eu acho que a gente tem que ser verdadeiro aqui, que muitos profissionais acabaram trabalhando muito próximos de algumas marcas, de alguns laboratórios, e impingindo custos que talvez não fossem os mais razoáveis. Consequência direta disso foi a abertura da porta



Será que é razoável o profissional ter que aceitar uma órtese, uma prótese ou um medicamento que é imposto pelo plano de saúde?

para que os planos de saúde passassem a exigir o fornecimento de produtos, o fornecimento de medicamentos e a orientação técnica que está atrás daquilo que deveria ser exclusivamente do profissional de saúde.

Eu acho que nós temos aqui alguns temas que precisam ser enfrentados por todos. Um deles é a questão da comercialização de planos de saúde: as coberturas e os comissionamentos. O primeiro que eu acho que deveria se trazer é que tanto se interveio nesse mercado de planos de saúde para tentar ‘cobrir uma mesa com toalha curta’ que acabou inviabilizando o plano individual. Acabou-se com o plano pessoa física, acabou-se com a possibilidade de um plano familiar que não dependa de uma empresa por trás ou não dependa de uma pessoa jurídica, o PJ. Isso já traz aqui uma grande falta de realismo, né? Porque esses planos têm uma condição muito mais favorável à operadora do que aquela que existia em relação aos planos de pessoa física. Eles trazem a possibilidade de reajuste maior, trazem a possibilidade de descredenciamentos com mais facilidade, trazem uma possibilidade, inclusive — e aqui é o outro lado da balança —, de viabilizar a busca de um equilíbrio das operadoras de planos de saúde.

Isso também não fica só nisso: fica na questão dos comissionamentos e das coberturas. O plano de saúde é vendido, via de regra, por corretores. Será que o valor dessas corretagens, que são crescentes por venda de plano de saúde, são o modelo ideal ou o modelo adequado? Será que nós não estamos, nesse contexto, olhando para mais um agente que poderia não ser tão necessário ou, ainda que necessário, ser remunerado de uma forma mais solidária, mais justa, mais palpável, trazendo um equilíbrio maior a esse tão desequilibrado sistema de paciente, médico, hospital, plano de saúde e, de outro lado, a necessidade do Estado supressor com o SUS?

” O plano de saúde é vendido, via de regra, por corretores. Será que o valor dessas corretagens, que são crescentes por venda de plano de saúde, são o modelo ideal ou o modelo adequado?

Finalmente, no que diz respeito a coberturas, a negativa de coberturas e a existência dos órgãos de fiscalização: não é fato desconhecido de nenhum de vocês as dificuldades que são, reiteradamente, colocadas e impostas ao titular do plano de saúde no que diz respeito a dar a cobertura adequada, ao tempo para atender aquela cobertura ou à necessidade de um esforço até a via judicial para que aquele direito que seria do paciente, legítimo, fosse atendido.

A outra questão que eu acho que pega bastante é a questão, realmente, da imposição de medicamentos. Vamos pensar um pouquinho no hospital, vamos pensar um pouquinho numa clínica: ela também é um negócio. O hospital também é um negócio; a clínica de profissionais, clínicas oftalmológicas como muitos de vocês vão atuar ou até mesmo ser proprietários, também tem o direito de ser remunerada pelo investimento que faz na compra de medicamentos, na compra de insumos, na realização de exames. E muitas vezes existem cortes, existem imposições que saem, como nós colocamos, do livre arbítrio do profissional e que também, no que diz respeito às empresas, elas acabam sendo obrigadas a aceitar e a acatar. Eu coloco aqui uma questão vivida de profissionais que queriam aplicar remédios no tratamento oncológico e eram obrigados a aceitar remédios que eles não tinham a segurança da origem, porque era o próprio plano de saúde que estava entregando.

Temos também uma questão do titular do plano de saúde na sua expectativa: ‘Bom, eu resolvi o problema, eu tenho a saúde suplementar’. Se é que ele sabe que isso é saúde suplementar, porque está tão dentro da cultura nossa o sistema público que trabalha com o Brasil, com realidades diferentes, e o sistema privado, que a pessoa acredita que quando conquista um plano de saúde, ela conquistou a tranquilidade, conquistou o direito ao bom atendimento. E aí começam os problemas: marcação de consultas, negativa de procedimentos, limitação de coberturas, descredenciamentos de profissionais ou de hospitais. Ou seja: falta uma transparência, falta um conhecimento maior, falta uma fiscalização para que se harmonize, de fato, o papel do plano de saúde, o direito e a expectativa tanto do paciente como do profissional de saúde.

Três possíveis caminhos que nós podemos imaginar:

Um é realmente uma ANS bem estruturada. Eu sei que nós temos aqui a Frente Parlamentar da Medicina e acho que ela pode ajudar nisso. Já se falou aqui também de mudanças de governo, mudanças de políticas na gestão dos órgãos de governo. A ANS — já se usou aqui o termo — deve ser levada como uma política de Estado, jamais como uma política de governo, jamais como uma política de propaganda de governo. Então, uma ANS forte, somada a uma estrutura parlamentar atuante que consiga receber informações acuradas, receber informações técnicas e suporte de bons dados, ela pode trabalhar melhor na busca de uma harmonização, na busca de uma sistematização onde os atores sejam melhores ouvidos.

Aqui entra a minha área: CADE, Ministério da Justiça. Será que está razoável a concentração de hospitais, de planos de saúde? Será que os profissionais, os Conselhos Regionais de Medicina, não deveriam nessa hora se manifestar junto ao CADE levando a posição deles, sabendo coletar a posição junto aos profissionais, sabendo traduzir isso para o CADE para que ele possa colocar no seu estudo, na sua avaliação, não apenas a visão das empresas interessadas na fusão ou naqueles que estão contrários àquela fusão, ficando no dilema de um concorrente contrário ao crescimento de outro, mas sem ter toda uma radiografia do sistema? O CADE tem condições também de atacar as práticas abusivas, seja o cartel, sejam as imposições. O CADE precisaria trabalhar cada vez mais próximo da Agência Nacional de Saúde; são todos órgãos de Estado e órgãos que deveriam ter condições de operar mais próximos. Agora, o CADE para operar próximo ao setor de vocês, da profissão de vocês, necessita obrigatoriamente de informações; e cabe a vocês, através de entidades de classe, através de conselhos, se organizarem para poder levar isso ao órgão que defende o mercado.

Tem também um órgão na Casa hoje, a atual SEAE, que cuida pela perspectiva econômica do mercado. Nós não podemos esquecer que nós estamos falando do mercado de saúde pública; nós estamos falando do mercado que tem o consumidor, o médico, as clínicas, os hospitais e tem os planos de saúde. Não seria ali



o CADE para operar próximo ao setor de vocês, da profissão de vocês, necessita obrigatoriamente de informações; e cabe a vocês, através de entidades de classe, através de conselhos, se organizarem para poder levar isso ao órgão que defende o mercado.

um local ideal para o Parlamento e o órgão executivo desenvolverem um projeto mais técnico, mais próximo dos Ministérios da Fazenda, Ministério da Economia e Ministério da Saúde, no sentido de buscar um melhor equilíbrio para esse mercado?

Finalmente, o Poder Judiciário, onde acaba se dissolvendo toda essa situação de um grande desafoço das frustrações, dos abusos e dos problemas. Poderíamos eliminar esse desconforto de se precisar de uma liminar para ter o atendimento médico se as regras fossem mais claras e mais respeitadas. Bom, eu parabenizaria a iniciativa do evento; acho que vocês estão dando um exemplo daquilo que aquele que ingressa numa profissão deve ter. Veio aqui uma pessoa falar de algo completamente alheio ao dia a dia da profissão de vocês, mas que afeta diretamente. Desejo sucesso a todos vocês e, principalmente, parabenizo ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia e a todos os organizadores do evento.

Debate

Senador Hiran Gonçalves:

Bom, Caixeta e Fred, eu estava ouvindo aqui o último debate onde o Daniel participou e falou sobre a importância do SUS em relação à saúde suplementar. Óbvio, o SUS é muito maior, muito maior do que a saúde suplementar, muito mais importante.

E outra coisa: vocês têm que ter em mente o seguinte: saúde suplementar é um negócio, e a gente só valoriza o nosso produto se tivermos força para negociar. Se nos fragmentarmos, vamos estar fracos, sempre apresentando um preço do nosso trabalho menor do que o justo; é isso que acontece. Não podemos hesitar.

A Lei 9.656 é de 1998, é a lei que rege as nossas relações com os planos de saúde, a saúde suplementar. Nós já tentamos duas



Poderíamos eliminar esse desconforto de se precisar de uma liminar para ter o atendimento médico se as regras fossem mais claras e mais respeitadas.

vezes aperfeiçoar essa lei nos 13 anos em que estou no Congresso Nacional. Uma vez, eu fui o presidente da comissão que discutiu isso em mais de quarenta sessões, milhares de audiências públicas, o senador Rogério Marinho foi o relator: cara inteligente, conhece muito, fez um relatório maravilhoso e ouviu todo mundo. Na hora H, veio a confusão; os interesses são tão díspares que não conseguimos aprovar o relatório final.

Na outra vez, colocaram a Soraia Manato para presidente da comissão e eu para relator. Eu peguei o relatório do Rogério — ninguém inventa nada —, fui estudar e o aperfeiçoei baseado no que eu ouvi de todo mundo. Aí, sabe o que aconteceu? Nada. Porque quanto mais desorganizado o médico estiver, melhor para quem detém o poder. E o poder está na mão das operadoras, dos grandes conglomerados.

Tem muita gente aqui que não sabe o que é *capitation*. Sabe o que é que acontece? Vou dar um exemplo prático para vocês. Chega uma empresa dessas contigo, no teu estado, na tua cidade, assim: *‘Hiran, tu tens uma clínica que atende umas dez mil vidas para mim?’*. *‘Atendo’*. *‘Tá bom, então tu vai fazer o seguinte: tu vai atender essas dez mil vidas e tu vai ganhar um milhão de reais fixo por mês para fazer tudo’*. *‘Tudo?’* Estou dando um exemplo bem grosseiro.

Eu vejo aquele um milhão de reais e penso: *‘Eu tenho que fazer com que esse um milhão de reais não vá para o gasto e vá para mim’*. Aí, sabe o que é que eu vou fazer? Vocês vão jogar uma coisa que chama sinistralidade lá para o chão. O povo vai achar que está bacana para o plano de saúde, pois os usuários não gastam quase nada. Eles ganham, o médico ganha, e vocês condenam o paciente de vocês a uma péssima atenção. É lógico, é isso. Então, é isso que a gente tem que discutir aqui. Você não tem nenhuma evidência de desfecho medindo qualidade; não tem nada, nada.

Perguntas da plateia

Israel Rosenberg (RJ):

O Hiran explicou um negócio, mas eu vou me permitir insistir para o pessoal que é mais novo. O que é que é o *capitation*? O *capitation* não vem de capturar; vem de *capita*, de cabeça. Então, quando o sujeito diz que dá para o Hiran cem mil reais para ele atender todos os dez mil pacientes da Hapvida, ele tem que fazer todos os exames, todas as consultas, todas as cirurgias com aqueles cem mil reais.

O que é que o Hiran vai fazer? Ele fala: *'Poxa, eu tenho cem mil reais; se eu começar a fazer um monte de cirurgia de catarata, eu vou gastar BSS, vou gastar lente, vou gastar anestesista'*. Então o Hiran pensa: *'Operando, eu perco dinheiro. Fazendo campo visual, perco dinheiro'*. Então o Hiran não vai fazer nada e o paciente fica absolutamente desassistido.

Uma outra coisa, que eu não sei se vocês ouviram falar: existem os que fazem *capitation* e que têm um sistema de telefonia. Quando você telefona para marcar a sua consulta, o sistema pergunta qual é o seu plano de saúde. Aí você põe o plano A, B, C ou D. O sistema informatizado já consegue analisar que aquele paciente é de *capitation*, então diz: *'Aguarde na linha'*. Trinta minutos, quarenta minutos... Então já mata um paciente de *capitation* no *call center*. Vão criando barreiras para o não atendimento. Quer dizer, não só ele não quer fazer a cirurgia, a topografia, o campo visual; ele não quer nem que o paciente chegue na clínica para não tomar café e não usar o ar-condicionado. Então ele usa o sistema de telefonia para já 'chutar' aquele paciente. Aí o paciente cansa: liga uma vez, quarenta minutos; outra vez, quarenta minutos; ele não é atendido.

Existe mais uma sofisticação ainda nesse negócio, que existe nos Estados Unidos — eu não sei se existe aqui no Brasil. Existe uma coisa nos Estados Unidos que é bastante interessante, que é o médico auditor informatizado. Quando você pede autorização para cirurgia, para um procedimento, cai num software e o software, noventa e nove por cento das vezes, nega.

André Jorge (SP):

Tenho três perguntas em relação à prova de proficiência. É uma briga muito antiga; eu lembro, na minha época de formado, já se falava da prova de proficiência. A gente sabe o quanto essa luta é antiga. A primeira pergunta é a seguinte: por que é que os advogados já têm essa prova há tanto tempo e a gente até hoje briga em relação a tê-la? Por que existe essa diferença?

A segunda pergunta é: qual é o prognóstico disso atualmente para a gente realmente conseguir ter essa prova, de aprovar a prova de proficiência?

E a terceira pergunta: qual foi o real impacto da prova de proficiência para os advogados em relação ao fechamento de faculdades de direito ruins?

Senador Dr. Hiran:

Bom, o seu pai, Isaac Jorge, na época, que foi presidente do Cremesp, criou uma prova de proficiência que era voluntária para ver a avaliação dos egressos lá de São Paulo, e o resultado foi assustador. Em São Paulo, onde os cursos teoricamente eram melhores que lá em Roraima, por exemplo.

Mas aquilo não evoluiu porque nós ainda tínhamos no movimento médico muita gente que dizia: *‘a nossa lei de 1957, que nos dá autonomia para fazermos medicina em qualquer especialidade, desde que nós estejamos aptos para tal’*. Ninguém queria perder essa prerrogativa. Mas com a proliferação desenfreada de escolas — só nesses dois últimos anos, abriram no Brasil setenta e sete novas escolas médicas; nós estamos formando cinquenta mil médicos a cada ano.

Se o movimento médico começou a falar sobre isso e começou a apoiar maciçamente a proficiência, qual a possibilidade de aprovar? Muito grande. Porque na CAE, na Comissão de Assuntos Econômicos, temos muitos senadores que apoiam o governo, e nós conseguimos aprovar na CAE. Talvez alguns de vocês tenham acompanhado. Foi uma luta, mas nós conseguimos aprovar.

Não era nem para ir para o plenário mais, porque nós temos um projeto de lei que está na Câmara com urgência constitucional.

O que significa urgência constitucional? É que o projeto não vai passar pelas comissões, ele vai direto para o plenário. Lá no plenário, o relator de plenário relata pela constitucionalidade, boa técnica do projeto e põe para votar. Acabou. É um projeto de autoria do deputado Luizinho, líder do meu Partido Progressista, nosso amigo médico, e do Alan Garcês, que também é médico; eles são coautores. Os nove senadores que defendem o governo entraram com requerimento para levar para o plenário do Senado. Lá no plenário do Senado dá para aprovarmos. Falei com o presidente Davi Alcolumbre, ele deve colocar em pauta depois que passar essa votação de Supremo; aí vamos focar nisso.

Depois que esse projeto passar no Senado, ele vai para a Câmara. O da Câmara tem algumas peculiaridades, é um pouco diferente do nosso; o nosso já está bem mais elaborado. E aí nós vamos conversar com o deputado Luizinho e com o deputado Allan Garcês para que esse relatório que foi aprovado no Senado não seja alterado no seu texto. Se tiver alteração de texto, ele vai voltar para o Senado de novo. Então não queremos alterar. Como é uma coisa que o movimento médico já aprovou, vamos tentar fazer com que os dois projetos sejam apensados. E aí, apensados, o relator de plenário, que vai ser o deputado Zacarias Calil, nosso colega também, vai ler esse relatório e vamos aprovar lá.

Nós temos grande chance de aprovar. O único problema é que o governo não quer — não teve nenhum questionamento sobre o nosso relatório —, o único problema é que o governo não quer que o Conselho Federal de Medicina faça a prova, à semelhança da OAB. E finalmente, você me falou sobre a OAB: diretores e o presidente da OAB avaliam que têm cerca de três milhões de advogados; se não fosse a prova da OAB, já seriam seis milhões de advogados. Então, eu acho que não é a forma ideal, mas é uma maneira que nós conseguimos para evitar a proliferação desenfreada de escolas médicas formando médicos de péssima qualidade. O que já ficou consignado no relatório do Exame Nacional de Proficiência Médica, que está no nosso relatório, de que de cem médicos que se formam, trinta não sabem absolutamente nada para tratar pessoas.

Gustavo Vitor (SP):

Eu vou só fazer uma provocação para ver se a gente sai daqui com alguma coisa concreta. Muita gente sabe do que foi falado aqui e outros estão ouvindo agora essas coisas.

Eu sugiro procurar na internet uma empresa chamada EviCore. É uma empresa americana que ajuda — tem muitas reportagens sobre ela — a decidir se vai autorizar ou não de maneira automática; vale a pena ler na internet sobre essa empresa.

Sabemos que temos problema de *capitation* no Brasil. Sabe que temos problema de descredenciamento porque o colega não aceitou o pacote.

A minha provocação seria: como a gente consegue juntar isso de maneira eficaz para ter, como o Del Chiaro falou aqui, os dados e um documento para poder nos representar frente à ANS, frente ao CADE, frente ao Ministério da Saúde?

Como o médico consegue denunciar e a gente juntar isso? Porque ele se sente... *‘como é que eu vou fazer? Não vou denunciar porque vão saber’*. Por exemplo, já ouvi situações de softwares que o médico usa que só deixam você usar um remédio X e não outros remédios, porque a farmácia compra em lote aquele remédio, então você não consegue sair. Como a gente consegue juntar tudo isso e deixar disponibilizado? Eu acho que isso seria o arremate final.

Frederico Valadares de Souza Pena:

Sua angústia é a nossa, e a gente vem conversando com Del Chiaro. Adriano Londres está ali também. Estamos tentando gerar essa evidência com um estudo econômico e um estudo de direito.

Eu acho que Del Chiaro vai poder explicar para a gente qual seria essa estratégia para termos essas evidências todas à disposição da decisão do legislador, do Judiciário ou de quem for.

Gustavo Vitor:

Aproveitando, que é justamente no assunto dele, na parte de honorário, que é da mesma coisa. Ele sugeriu nos juntarmos e fazer

o honorário, e a gente sabe — Fred e Caixeta — que bate um pouco naquela história: *‘não pode fazer o cartel’, ‘não pode se juntar’, ‘isso é questão de sindicato’, ‘não é problema do CBO’, ‘o sindicato é que tem que fazer isso’*.

Como que a gente consegue transformar a sua palestra brilhante em algo prático? Quer dizer, como é que a gente consegue juntar representantes dos médicos para negociar em grupo honorários também, juntando essas duas perguntas?

José Del Chiaro:

Em minha opinião, suas duas perguntas se resumem a uma única situação: união. Os profissionais, são representados por uma minoria — que é abnegada, vai aos conselhos, vai conversar no Congresso, vai mexer — e para a maioria, falta informação.

Então, talvez se esses profissionais que já conseguem ter informação, puderem disseminar isso para os colegas, poderem conversar com outras especialidades médicas, se juntarem e criarem uma massa crítica, nós consigamos buscar um certo equilíbrio; e esse equilíbrio é o que falta exatamente para a gente tentar buscar uma equação de força.

Questão de honorários realmente é uma situação difícil: não se pode impor, não se pode fazer um boicote, não se pode recusar. Mas eu acho que aqui entra também o papel de uma Agência Nacional de Saúde no sentido de verificar não apenas a posição do paciente e do plano, mas olhar também as remunerações que estão sendo feitas, se isso está acontecendo de uma forma razoável.

E tem também a possibilidade de, sempre que se constatar e conseguir demonstrar esse abuso, se trabalhar melhor a formação de opinião pública. Se pode levar isso tanto ao CADE como, no limite, ao Judiciário.

Senador Hiran Gonçalves:

Eu não vou falar mais, mas eu fico muito agoniado porque a gente trabalha muito lá no Parlamento para defender acesso, inserção de novas tecnologias. Por exemplo, algum dos residentes sabe o que é Conitec aqui? Pois é, a Conitec é um órgão dentro

do Ministério da Saúde que avalia os procedimentos, custo-eficácia e uma série de coisas para inserir esse procedimento no SUS.

Muito bem, aí, na minha idade, que eu já estou de meio-dia para a tarde, qual é o meu problema maior? Tenho que cuidar da minha próstata, né? Daqui a pouco aparece lá um caranguejinho, tem que cuidar. Se eu for para o SUS, eu tenho que fazer uma cirurgia aberta, com maior incidência de disfunção erétil e, pior, tenho que usar um fraldão porque eu vou ter incontinência urinária. Muito bem: se o paciente vai para a saúde suplementar ou busca atendimento particular, a chance de ter disfunção erétil, ou incontinência urinária cai vertiginosamente e vai para casa rapidinho.

E aí se dá uma exclusão tecnológica para o povo brasileiro. O que é que a gente fez? Chamei a indústria e disse: *'Monta um robô aqui no Senado'*. Aí disseram: *'Olha, o Senado é um patrimônio histórico; se colocar um robô aqui, pode ceder o piso'*. Aí: *'Quanto é que pesa? Vamos juntar tantas pessoas para ver se cede... não, não cede não'*.

Aí colocamos lá o robô funcionando, colocamos umas uvinhas e começamos a ensinar a turma a descascar uma uvinha com ele. Foi um sucesso. Chamamos os craques em robótica, chamamos o pessoal do Ministério da Saúde e fizemos uma audiência pública. Passamos o dia todo discutindo. Um mês depois, a Conitec incorporou a cirurgia robótica para ressecção total de próstata. Depois de 20 anos, pessoal! Quando nós começamos a fazer *crosslinking*, foram quase 15 anos para incorporar, para inserir também no rol. Quer dizer, é um absurdo.

Cristiano Caixeta:

Já que você falou de uma questão ética e necessária, há também o outro lado. Eu faço glaucoma; não sou contra os *stents*, mas, de repente, a CONITEC aprova um procedimento que não é custo-efetivo para o nosso cenário, nos preços atuais, e em um tempo recorde comparado a tudo isso que o Senador citou. Por isso, temos que participar dessas discussões e interagir muito nessa linha. Não apenas como abnegados, mas como médicos engajados nessa construção. A palavra de hoje aqui, Hiran, é união.

Senador Hiran Gonçalves:

Exatamente, é união. Isso aqui diz respeito à vida de vocês. Dos meus filhos, do meu genro, da minha nora, que estão começando a vida agora. Nós já estamos com a vida mais ou menos resolvida, mas vocês vão encontrar um mercado inóspito. Absolutamente inóspito.

Esse mercado tenta nos diminuir, nos dividir e nos desvalorizar, porque é um grande negócio. Deram exemplos aqui de grandes corporações; só elas crescem. Eu não vejo nenhum de nós crescer desse jeito, nenhum de nós ter 70 hospitais rapidamente utilizando o nosso trabalho. Isso se chama verticalização, que é outra coisa que vocês vão aprender o que é no segundo bloco.



BLOCO 3

Quem realmente define o valor do seu trabalho?

Ética, carreira e futuro

Tudo o que parece mais justo é receber por cada consulta e por cada procedimento: mais produção, mais receita. Ou será que isso gera riscos? Há quem defenda um valor pré-definido, independentemente do número de atendimentos, visando o controle de custos. Será que é uma solução? No meio do caminho, uma parte variável é possível. É possível encontrar equilíbrio entre eficiência e qualidade? Será que a melhor opção é investir no atendimento particular? Outras lógicas entram; o que faz mais sentido: oferecer uma experiência personalizada ou atuar em uma clínica popular? O modelo de remuneração molda a prática médica e vamos falar sobre isso.

Mariana Ferrão:

Vamos falar nesse bloco um pouco sobre o órgão mais importante do corpo humano. Foi isso que eu aprendi, infelizmente, ao longo dos meus quinze anos de comunicação e saúde. Quem sabe qual é? Não é o olho; é o bolso. Em muitos momentos, a gente vê que o mercado tem essa visão, infelizmente, de que o órgão mais importante do corpo humano é o bolso.

E aí eu pergunto: quanto é que vale o trabalho de vocês? Mas, ainda mais importante: quem está decidindo o valor do seu

trabalho? Como é que você pretende lidar com isso ao longo da sua carreira? No começo da carreira eu passei por isso, e eu acho que muita gente aqui também vai passar ou já passou: é muito fácil entrar no mercado aceitando aquilo que aparece sem questionar modelos, sem questionar que tipo de vínculo a gente tem, sem questionar a nossa remuneração. E aí, quando se percebe, já está no jogo; um jogo em que a gente não fez as regras e, muitas vezes, também não tem como mudá-las.

Vamos falar agora sobre as possibilidades que a gente tem para não deixar que isso aconteça. Porque o mais importante — e é sobre isso que esse bloco vai falar — é sair do piloto automático, para que a gente possa entender o cenário e fazer escolhas mais conscientes.

Primeiros passos no mercado: Como evitar tropeços no início da maratona



Daniel Coriolano,
médico, escritor e mentor

É uma honra estar aqui para conversar sobre algo que atravessa a vida de todos nós: a construção da carreira médica em um mercado cada vez mais complexo. Agradeço ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, na pessoa do Frederico Pena, pelo convite. Também parablenho todos os envolvidos na organização deste encontro. Quem já participou da construção de um evento científico sabe o quanto é difícil reunir tantas pessoas em torno de discussões realmente relevantes.

E, muitas vezes, é justamente numa conversa aparentemente simples, num corredor ou numa fala breve, que alguma ideia encontra lugar definitivo dentro de nós.

Hoje venho falar sobre carreira médica através de uma narrativa mitológica.

O calcanhar de Aquiles da carreira médica

Durante séculos, a humanidade organizou parte da compreensão da realidade através dos mitos. Eles condensam medos, virtudes, fragilidades e dilemas humanos permanentes. E poucos personagens simbolizam isso de maneira tão intensa quanto Aquiles.

Quando pensamos nele, quase sempre lembramos do calcanhar, da vulnerabilidade. Curiosamente, um dos maiores guerreiros da tradição ocidental ficou eternizado pela força e pelo ponto em que podia ser destruído.

A tradição ligada à Guerra de Troia remonta ao mundo grego antigo, e Aquiles emerge na Ilíada como símbolo de excelência, potência e glória militar. Um guerreiro extraordinário, dotado de coragem, força e capacidade de decisão diante das batalhas.

Nossa trajetória na medicina possui algo dessa construção.

Passamos anos desenvolvendo competência técnica, aprendendo a reconhecer padrões, interpretar sinais, decidir sob pressão e assumir responsabilidade sobre a vida humana. A graduação, a residência, os plantões, as perdas, os acertos, tudo isso nos molda até alcançarmos um patamar de execução capaz de resolver problemas reais das pessoas.

Mas existe algo interessante na formação de Aquiles.

Segundo a tradição posterior, sua mãe, Tétis, mergulhou-o no rio Estige para torná-lo invulnerável. No entanto, o calcanhar pelo qual ela o segurava permaneceu vulnerável. E existe aqui um símbolo importante para nós. Nenhuma formação produz invulnerabilidade.

Mesmo após anos de treinamento, continuam existindo fragilidades capazes de comprometer toda a estrutura construída ao longo da vida. Na medicina, muitas dessas fragilidades são estratégicas, emocionais, morais e organizacionais.

Sabemos diagnosticar doenças complexas, interpretar exames sofisticados e conduzir situações clínicas graves, mas frequentemente saímos da formação sem compreender adequadamente

o funcionamento do mercado, da gestão, da comunicação, das decisões financeiras, da construção de posicionamento profissional e das relações institucionais que atravessam a prática médica contemporânea. E esses são problemas relevantes da nossa geração. Discutimos muito técnica e pouco realidade de mercado.

As salas de congressos que abordam esses temas costumam permanecer parcialmente vazias, embora essas decisões repercutam diariamente sobre nossa qualidade de vida, autonomia, estabilidade e capacidade de exercer boa medicina ao longo dos anos.

Peleu, pai mortal de Aquiles, permite-nos refletir sobre a dimensão humana da formação. Enquanto Tétis remete simbolicamente aos talentos e disposições recebidos, Peleu recorda aquilo que depende do esforço, da disciplina e das escolhas realizadas ao longo da vida.

Interpretação simbólica própria utilizada na apresentação:

- **Tétis** → dimensão recebida, dons, talentos, potencialidades.
- **Peleu** → dimensão humana, esforço, ação, responsabilidade.
- **Quíron** → formação e aprendizado.
- **Aquiles** → o profissional em desenvolvimento.
- **Calcanhar** → vulnerabilidades negligenciadas.

Existe um talento inicial que nos inclina para determinadas capacidades, mas o talento sem esforço permanece apenas como potência não realizada. A medicina exige repetição, disciplina, resistência e capacidade de sustentar decisões difíceis ao longo do tempo.

E o esforço não nasce isoladamente, visto que é alimentado pelos hábitos que cultivamos. Virtudes como fortaleza, temperança, justiça e prudência organizam nossas decisões. Já a vaidade, a ganância, a impaciência e o orgulho desorganizam nossa percepção da realidade.

Com o tempo, aquilo que alimentamos internamente passa a conduzir nossas escolhas sem que percebamos.

Aquiles também foi formado por Quíron, figura singular da mitologia grega. Diferentemente dos demais centauros, frequentemente associados aos impulsos desordenados, Quíron tornou-se símbolo de sabedoria, disciplina e formação ampla. A tradição o apresenta como mestre de heróis e conhecedor de medicina, filosofia, artes e ciências.

Quíron distingue-se dos demais centauros da tradição grega. Enquanto muitos deles simbolizam a força instintiva submetida aos apetites, Quíron tornou-se arquétipo do mestre, do educador e do curador.

Há algo profundamente belo nessa imagem. Nenhum grande profissional se constrói sozinho.

Toda excelência repousa sobre mestres anteriores, sobre pessoas que dedicam tempo, energia e conhecimento para transmitir aquilo que receberam de outros antes deles. A medicina preserva isso de maneira particular. Nossos preceptores ensinam técnicas e moldam raciocínios, posturas, prioridades e formas de enxergar o paciente e o mundo.

No caso da oftalmologia, essa formação adquire uma dimensão ainda mais simbólica. Existe o refinamento clínico, a precisão diagnóstica, o domínio tecnológico e a delicadeza cirúrgica. Vocês pertencem a uma especialidade que exige excelência técnica contínua.

Mas mesmo Aquiles, treinado pela melhor formação possível, perdeu uma batalha interna.

Após um conflito com Agamenon, afastou-se do combate. Durante sua ausência, Pátroclo vestiu sua armadura e acabou morto por Heitor. Tomado pela ira, Aquiles retornou ao campo de batalha movido menos pela justiça e mais pela desordem emocional.

Contexto mitológico

Durante a Guerra de Troia, Aquiles era o maior guerreiro do exército grego. Após entrar em conflito com Agamenon, comandante da expedição, retirou-se do combate por sentir sua honra ferida. Sem seu principal guerreiro, os gregos passaram a sofrer derrotas importantes.

Pátroclo, amigo íntimo de Aquiles, pediu autorização para usar sua armadura e liderar os soldados na tentativa de reverter a situação. O plano funcionou inicialmente, mas Pátroclo acabou enfrentando Heitor, o maior guerreiro troiano, e foi morto em combate.

Ao receber a notícia, Aquiles foi tomado por profunda dor e intensa ira. Retornou ao campo de batalha em busca de vingança, derrotou Heitor e, posteriormente, ultrapassou os limites da honra ao profanar seu corpo. A tradição grega frequentemente apresenta esse episódio como um exemplo de como até os maiores heróis podem ser derrotados pelas próprias paixões.

E aqui existe outra reflexão importante para nós; muitas vezes perdemos quando emoções desordenadas passam a conduzir decisões relevantes. A vaidade, a necessidade de reconhecimento, o ressentimento, a comparação constante e a tentativa de acelerar artificialmente processos acabam produzindo escolhas ruins mesmo em profissionais extremamente competentes.

Se Aquiles fosse um oftalmologista contemporâneo, talvez olhasse para o mercado de maneira mais sofisticada do que apenas procurar um local para trabalhar.

Talvez perguntasse:

“Onde existem necessidades reais ainda pouco atendidas?”

“Quais transformações tecnológicas modificarão a especialidade nos próximos anos?”

“Existe espaço para organização de fluxos?”

“Existe capacidade de integração regional?”

“Existe oportunidade de construir valor através da telemedicina, da gestão ou da diferenciação técnica?”

O mercado costuma recompensar profissionais capazes de unir competência técnica com leitura estratégica da realidade e esse olhar exige profundidade. Os números, sozinhos, quase sempre enganam.

Quando analisamos a distribuição dos oftalmologistas brasileiros, por exemplo, podemos concluir superficialmente que determinadas regiões estão saturadas. Mas a análise isolada da quantidade de especialistas não basta. É necessário compreender densidade populacional, capacidade tecnológica instalada, perfil socioeconômico, envelhecimento populacional, presença de subespecialistas, infraestrutura diagnóstica e dinâmica de crescimento regional.

A realidade não cabe numa leitura simplificada. Existe uma diferença entre enxergar dados e interpretar cenários.

Muitos profissionais tomam decisões importantes baseados apenas em percepções superficiais do mercado. Outros conseguem identificar tendências antes que se tornem evidentes para todos. E isso frequentemente define trajetórias inteiras.

A oftalmologia oferece múltiplas possibilidades de atuação; assistência privada, convênios, cirurgia, carreira acadêmica, pesquisa, empreendedorismo, gestão, telemedicina, organização de serviços e atuação institucional. Mas toda escolha produz renúncias e maturidade profissional tem relação direta com a capacidade de decidir conscientemente quais batalhas merecem ser travadas.

Outro dia ouvi alguém dizer: “Quem faz o que gosta é criança; adulto faz o que tem que ser feito”.

Num primeiro momento, concordei. Depois não mais. Porque maturidade não significa abandonar sentido, vocação ou inclinação pessoal. Também não significa fazer apenas aquilo que

produz prazer imediato. Existe uma integração necessária entre talento, responsabilidade, utilidade social e realidade concreta.

A medicina exige isso o tempo inteiro.

Existem ainda batalhas externas que atravessam nossa rotina profissional.

Os planos de saúde, o SUS, a judicialização, a pressão econômica, a transformação tecnológica, o aumento do número de médicos, a reorganização do mercado, as mudanças demográficas, a fragmentação crescente da atenção à saúde. Nenhum profissional atua isolado dessas forças.

Mas existem também batalhas internas, frequentemente mais perigosas.

A ganância transforma o paciente em instrumento financeiro; a vaidade faz com que decisões profissionais passem a ser guiadas por aparência e comparação social; a impaciência cria aversão ao tempo necessário para um amadurecimento verdadeiro e; o orgulho produz a ilusão de autossuficiência. Uma das grandes tragédias contemporâneas é justamente a perda da capacidade de reconhecer limites.

Na medicina, ninguém sustenta excelência sozinho durante muito tempo. Precisamos de pares, instituições, associações, mestres, equipes e comunidades profissionais sólidas. Existe algo profundamente humano na cooperação intelectual.

Por isso, clareza é um dos principais escudos profissionais. Clareza para compreender que dinheiro é meio, não finalidade última. Clareza para reconhecer se estamos evoluindo de fato ou apenas acumulando movimento. Clareza para medir crescimento através de critérios concretos e não apenas através de percepção subjetiva.

Aumentar honorários pode ser um indicador. Receber casos mais complexos também. Formar novos profissionais talvez seja um indicador ainda mais nobre.

Também precisamos de paciência.

Atletas olímpicos não reinventam completamente seus métodos a cada semana. Grandes resultados normalmente nascem de ajustes finos sustentados por longos períodos de disciplina silenciosa.

Existe monotonia na excelência.

Aquiles, ao retornar para vingar Pátroclo, ultrapassou os limites da justiça ao profanar o corpo de Heitor e arrastá-lo pelo campo de batalha. Nesse momento, sua grande batalha já estava perdida internamente.

Segundo a tradição posterior, foi justamente então que Páris atingiu seu ponto vulnerável.

Todos nós carregamos algo semelhante; fragilidades que não desaparecem apenas porque acumulamos títulos, conhecimento ou reconhecimento profissional. A maturidade consiste menos em imaginar-se invulnerável e mais em reconhecer continuamente aquilo que ainda pode nos destruir.

Perdemos quando deixamos de ordenar nossa vontade para aquilo que é verdadeiro, justo e bom.

Muito obrigado.

Painel de discussão: Paulo Schor, Márcia Toledo e Wallace Chamon



Paulo Schor,

Presidente do Conselho Administrativo do Instituto da Visão (IPEPO) e vice-chefe e chefe do Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais da EPM|UNIFESP

Prazer enorme estar falando para as melhores notas dos residentes. Parabéns. Isso é só o começo da carreira de vocês. Wallace escolheu esse filme que está passando, *Down by Law* do Jim Jarmusch, que fala de escolhas. Três caras que se encontram na prisão e, ao saírem, entendem os caminhos que têm para trilhar. Estamos

em um lugar controlado e vamos para um lugar solto em que não sabemos o que vai acontecer. Márcia, conte sua experiência.



Márcia Toledo,

Médica e conselheira de Administração da Unimed Goiânia e do SESCOOP-GO e membro da BRASCRS e da Comissão de Ensino do CBO

Terminei meu curso em uma federal e, como muitos, fui para o exterior. Pensei em ficar um ano e fiquei quinze. Fiz residência na Espanha, depois a subespecialização e voltei com bagagem em gestão. Segui carreira acadêmica, no SUS e carreira privada.

Paulo Schor:

Sobre o exterior, eu parei a graduação no segundo ano para viajar de mochila pela Europa por um ano. Todos os médicos da família acharam um absurdo, mas as mulheres me incentivaram. Minha intenção era fazer pós-graduação fora sem botar a mão no bolso, pago pela CAPES ou CNPq, e consegui. Wallace foi para a segunda melhor universidade do mundo, eu fui para a primeira. Não estamos aqui para dar conselho para ninguém, mas eu tenho certeza absoluta que vocês pensam em fazer o que fizemos.

Taís (Residente R3):

Muitos oftalmologistas vêm de famílias de médicos. Pensando no retorno para as famílias, qual caminho seguir entre o privado e a saúde suplementar? A gente deve tentar ir mais para o convênio da cidade ou particular?

Paulo Schor:

Se eu soubesse, eu tinha feito. Mas lembro de quando reformei meu primeiro consultório e minha filha pequena disse: 'Não vai ser meu, né?'. Isso me angustia: o quanto a escolha é de vocês. A herança que vem na mochila. O pensamento não é como é que vou manter isso aqui é se eu quero manter isso aqui. Às vezes o filho não quer aquilo, quer viajar ou morar em Roraima. Muitos estão vendendo clínicas hoje porque os filhos não as querem.

Márcia Toledo:

Você tem um leque de oportunidades: privado, SUS, cooperativas. Não pode transformar a estabilidade do CLT em uma 'gaiola de ouro' e deixar de desenvolver seu *branding* de médico, de oftalmologista, intelectual.



Wallace Chamon,

Doutorado em Medicina pela UNIFESP, professor de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Paulo e membro do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP

Acho que é importante vocês entenderem uma coisa, eu não sou exemplo de sucesso. Nenhum de nós aqui somos exemplos de sucesso. Mas tivemos experiências muito longas. Ainda não falamos muito de nós. O combinado era falar um pouco. Mas quando eu era estudante de medicina, queria ser neurocirurgião, quando virei oftalmologista, quis fazer um transplante de córnea, depois implantar lente intraocular (na época era o começo das LIOs). Eu sempre quis ser professor — fui por 20 anos na Universidade Federal de São Paulo. Abri um consultório de convênios, atendia 400 pacientes por mês. Eu e o Paulo fomos sócios por muitos anos, competíamos divertidamente em quem atendia mais pacientes por mês. O que eu quero dizer é o seguinte, juntando nossas experiências, nós passamos por quase tudo. Hoje, eu tenho um consultório que só atende pacientes particulares, um pouco menor que o antigo. Então, eu acho que nós estamos aqui para tentar falar para vocês que todo caminho vale a pena, se fizer o correto.

Luana (Residente R1):

Como nós, que não viemos de famílias de médicos, podemos nos inserir nesse mercado que parece fechado?

Wallace Chamon:

Eu não tinha nenhum médico na família. Mas era uma época diferente. Eu e a Norma, primeiro de tudo, abrimos um consultório, pegávamos o papelzinho e íamos atrás de convênios. Isso

não existe mais nas grandes cidades. Mas o que eu gostaria que a Márcia complementasse é como você, mulher, que não tem um parente conseguiu.

Márcia:

Eu só vou introduzir um detalhe: o que é sucesso? Acho que essa reflexão é bem importante para tudo que está sendo discutido.

Paulo Schor:

Meu avô fez dinheiro na medicina, e eu achava que sucesso era dinheiro e reconhecimento pela sociedade, tudo externo. O pai do Wallace — um grande empresário do setor de transporte — disse a ele: *‘Sua profissão é nobre, mas você não vai fazer dinheiro não, filho, porque dinheiro tem a ver com escala’*. Dinheiro atendendo pouca gente, vendendo Ferrari é para 1% de vocês; para mim não foi. Dinheiro é uma medida que é muito peculiar na história do sucesso e na medicina clássica. A não ser que vocês sejam gestores, eu tenho a impressão de que essa história foge um pouco da nossa mão. Tive uma professora de história, que era diretora de colégio, que eu fui reclamar que não estava ganhando dinheiro, era mais ou menos da idade de vocês. E ela, na cara de pau, falou que se eu precisava de dinheiro, deveria abrir um motel, simples. Sucesso para mim é estar feliz, ter tempo para ir ao restaurante, viajar e estar com quem se quer.

Kevin (Residente R3):

A oftalmologia tem muita interdisciplinaridade, exige muito conhecimento cirúrgico e três anos não parecem suficientes. Como vocês fazem a educação continuada para aprimorar e adquirir habilidades novas para entregarem um atendimento melhor para o paciente?

Márcia Toledo:

Sempre buscando oportunidades, nós temos as *soft skills*, desenvolvendo habilidades e cursos de aprimoramento para ter melhor performance no decorrer da nossa carreira. Isso nos diferencia: o valor e a forma como tratamos o paciente. Não importa se é no sistema público ou se é na saúde suplementar ou na clínica que estamos herdando. Então eu acho que é imprimir uma medicina

de desfecho, é buscar conhecimento, e preparar para o futuro que é desafiador. Para a mulher o desafio é maior, conciliando família e filhos, mas é possível. É um tempo que no futuro vai se igualando. É não perder o *timing*, é acompanhar isso, mas sem dúvida nenhuma para mulher é muito mais difícil, complicado.

Stephanie (Residente R3):

Eu vi um denominador comum no currículo dos três, que é a experiência internacional. O quanto sair do país trouxe a mais para o desfecho da carreira de vocês?

Wallace Chamon:

Eu fui para a Johns Hopkins. Eu acho que são tempos diferentes. A viagem amplia horizontes, saber o que acontece no mundo, mas isso não me tornou melhor médico. Eu falo para os meus alunos. Eu tenho 3 ou 4 ex-alunos que viraram professores fora do Brasil. Você não vai ser um médico melhor por causa do seu estágio no exterior. Se você gosta de pesquisa, se você quer sua carreira acadêmica, se você quiser ser professor, eu acho que uma viagem ao exterior te ajuda muito, porque acelera o seu processo científico. E para quem tem paixão, faz com que sua paixão floresça. Então, como eu falei, desde que eu era estudante de medicina, para mim era um sonho ser professor, me tornei professor. Para eu chegar lá, tive que traçar e incluir um tempo no exterior. Para você se tornar o melhor médico, isso não é importante. O Brasil tem oportunidades mais do que suficientes para tornar alguém um grande médico; três anos para cirurgia de catarata aqui são mais do que suficientes.

Márcia Toledo:

Você, como residente, tem traçado seu plano de carreira?

Residente:

Minha dúvida é se faço o *fellow* em Recife ou se vou para o Sudeste, alguma instituição de São Paulo. Quão difícil é a inserção nesse novo cenário sem contatos no Sudeste? E quais são as experiências que vocês têm com residentes de outras instituições?

Cristiano Caixeta:

Schor, plano de carreira e plano de vida são coisas diferentes?

Paulo Schor:

Eu ia falar um pouco sobre isso quando o Wallace estava falando da viagem. Porque viagem, eu concordo 100% que a gente não tem nada para aprender do modo técnico. Aliás, desaprende na hora que a gente passa naqueles consultórios, atendendo sete pacientes ao mesmo tempo. Mas, plano de vida, aí, sim, eu acho que vale muito a pena você sair da ilha para ver a ilha. Mas sair do lugar que você está para ir a outro lugar, para pegar diferenças regionais, é fundamental. É importante a gente olhar o que está acontecendo fora. Na Escola Paulista, devemos ter um ou dois docentes que são atualmente formados na Escola. Todo o departamento da escola, são 23 docentes, é formado fora da Escola Paulista. Quando eu era chefe de departamento, a bandeira era “Portas abertas”. Então é um lugar de verdade de portas abertas. É mais difícil você entrar nos estágios iniciais. Na graduação, é o mais difícil. Na residência, é bem difícil. Depois começa a ficar mais tranquilo. Você começa a ter um pouco mais de vaga, um pouco mais de oportunidade, você pode entrar ou de observador, você tem alguns outros lugares para entrar.

Vai um pouco do que o Caixeta falou: não é simples perguntar para vocês, nessa fase, o que vocês estão procurando. Eu quero continuar minha formação, porque tem um caminho aqui reto que eu deveria seguir, mas eu particularmente acho que é importante você sair um pouco do lugar onde você está, nem que seja para voltar, mas volta de outra forma.

Mas saiba que a maioria de nós é muito mais acessível do que vocês pensam: atendemos LinkedIn, Instagram e WhatsApp. É ter cara de pau, essa coisa funciona para vocês todos. Se apresentem.

Márcia Toledo:

Eu tenho uma pergunta para os dois, dois amigos, dois ícones da oftalmologia. Vocês eram sócios e deixaram de ser. Como foi isso?

Wallace Chamon:

Fiz residência em Ribeirão Preto. Pensei em ficar lá, mas o Paulo me questionou se era o que eu queria. Não era. Vim para São Paulo, fui acolhido de braços abertos pela Escola Paulista, fui para os

Estados Unidos e quando voltei, vim focado em montar o consultório próprio. Eu e Norma. Norma nos sustentava atendendo no outro consultório. O Paulo foi logo em seguida para Harvard. Era eu, a Norma e a Juliana, no consultório. Paulo voltou, conseguiu do avô dele um *greens* e uma lâmpada de fenda.

Paulo Schor:

Comprei na Academia. Nunca façam isso. Nunca comprem coisas usadas na Academia Americana de Oftalmologia. Não sei se o Pedro já comprou um desses. Mas eu tive que vender tudo. Então, compra mais barato, mas novo.

Wallace Chamon:

Nesse momento, o Paulo entrou junto. Nós nos víamos frequentemente. Quando não tínhamos paciente à tarde, íamos tomar sorvete. Ficamos dez anos juntos. Após muitos anos, decidimos parar de atender pacientes de convênio. Continuei atendendo meus pacientes particulares. O Paulo queria montar algo com a esposa dele ao lado. Continuamos muito amigos. Se tem uma coisa, falando de novo sobre o que é sucesso, eu tenho um sucesso, eu tive vários sócios na minha vida. Todos são até hoje meus amigos.

Sobre dinheiro: o que dá dinheiro hoje não dará amanhã. O estrabismo já foi o topo; depois a cirurgia refrativa; hoje é a retina por causa das injeções. Isso passa. A lei de mercado atenua o lucro quando muita gente entra. Mas, de novo, vamos voltar para salário. Eu me lembro de um ex-aluno meu disse há 20 anos que não saía de casa para trabalhar se não ganhasse R\$ 30 mil. Note que este valor era de 20 anos atrás. Eu me senti um fracassado, já que ele era meu aluno. E aí eu comecei a ver que esses números são muito abstratos. Qual a expectativa de ganho de um residente hoje?

Márcia Toledo:

Não devemos romantizar a medicina. Não comparar carreiras mais avançadas com quem está começando. Hoje, vimos aqui, que muitas vezes o gestor ganha mais do que o oftalmologista da clínica. O SUS paga dez reais por consulta. Para que o X de valor, você precisa atender volume. Para ter lucro no privado, tem que descontar aluguel, secretária, impostos. Isso se soma às

expectativas. Então quando nós falamos que a gente vai fazer um consultório privado, não fazer a conta do número X do que é o ticket da consulta, mas a gente tem que fazer o número diminuindo todo esse ticket para aquilo que realmente tem que pagar no final do mês. E aí vem algo que foi falado aqui que são os impostos que aqui no Brasil é 27,5% PF e PJ acrescenta mais 10%. É difícil compor a renda.

Paulo Schor:

Volta de novo ao que você perguntou. O Ioshiaki, grande técnico de conserto equipamentos, e que em um certo momento começou a vender equipamentos também. Uma vez perguntei quanto ele cobrava, ele disse que fazia a conta se baseando em quanto dinheiro ele queria/precisava ter. Claro que é romântico. Quanto dinheiro me sobra no final do dia para eu fazer o que gostaria além de estar nesse consultório? O pensamento é meio assim, tirando tudo o que você está falando... O custo de São Paulo é uma loucura: aluguel, seguro-saúde, carro blindado, remédios para ansiedade. Quanto de verdade sobra?

Wallace quer falar de números? Acho que alguns números em São Paulo são muito diferentes. Em São Paulo, para pagar escola de filho e impostos, não imagino quem sobreviva ganhando menos de R\$ 30 mil por mês.

Daniel (Residente R3):

Qual a expectativa razoável de receber por um turno de consultório?

Paulo Schor:

Se você quer ganhar R\$ 30 mil, dá uns R\$ 1.300 por dia, ou R\$ 600 por turno. É um número OK para São Paulo, contabilizando todos os gastos básicos que você terá. Precisamos desromantizar os R\$ 200 mil por mês; pouquíssima gente na oftalmologia ganha isso, talvez menos de 1%. O romance é: quanto dinheiro você precisa para fazer coisa que você está a fim. “*Tá a fim*” está mais próximo do que o que o Caixeta estava buscando, que é plano de vida. Correr atrás do dinheiro não acaba nunca. Quanto é o mínimo e quanto é o *randing* interessante.

Sobre emprego público: existe a equação segurança *versus* independência. Você tem segurança, mas não tem liberdade. Diferente de ser autônomo, em que não há segurança se vai acabar o mês. O tal do emprego público, que na minha época era um sonho de vida de um monte de gente, eu achei que tinha meio que miado, mas estou achando que tem alguma coisa interessante no emprego público na volta do estado como promotor importante de mercado e de definição de mercado que a gente não está vendo, mas que talvez vocês estejam vendo.

Wallace Chamon:

Nós temos três perguntas aqui. Foi apresentado hoje que o salário médio do oftalmologista é 30 mil por mês.

Cristiano Caixeta:

São dados oficiais, declarados, mas não estamos trabalhando muito nesse número. Queremos trazer não o quanto, mas o como e como desempenhar a carreira.

Wallace Chamon:

Mas a gente quer falar de quanto também.

Hiran Gonçalves:

O médico é autônomo e precisa montar sua aposentadoria.

Hiran Gonçalves:

Eu nasci na beira do Rio Amazonas, em Tefé. Fiz faculdade em Manaus e residência no Rio de Janeiro. Meu pai me chamou para ir para Roraima quando lá tinha 80 mil pessoas, justamente, pois seria mais fácil ter um destaque lá do que em São Paulo, onde sempre seria o segundo. Em Roraima, eu já operava catarata, estrabismo, fazia medicina geral. Comecei sozinho, ganhava muito dinheiro porque não tinha concorrência, mas fiz concurso público. Sou médico legista federal e médico do Ministério da Saúde; ganho mais como aposentado do que como senador.

Aos 50 anos resolvi ser político. Disputei com o Romero Jucá e ganhei, porque nada resiste ao trabalho. Graças a Deus, meus filhos se inspiraram em mim, exceto uma, escolheram medicina. Não tem um modelo. Esses três são grandes craques, que estão numa

realidade superdiferente. Ser feliz é fazer o que nos sentimos bem. Nós somos seres angustiados desde que nós somos pequeninhos, que nós descobrimos que a gente morre. A partir dali, nasce a angústia e medo na nossa vida. Então, a gente tenta percorrer essa vida, que é uma viagem, tentando prolongar o máximo essa vida e fazer o máximo de coisas que lhe dão prazer. Isso que é felicidade para mim. Mas, cada um aqui pode ir para o lugar que for, se vocês forem competentes e inteligentes, terão pacientes e trabalho, uma vida digna, vitoriosa.



BLOCO 4

Tecnologia, custos e sustentabilidade

Propaganda médica e ética



José Alejandro Bullón,
advogado consultor do CFM e CBO

Senhoras e senhores, a publicidade médica é uma matéria que evoluiu de forma significativa ao longo do tempo. Em 1994, as normas sobre propaganda médica eram marcadas por um regime bastante restritivo, especialmente quando comparadas à 2026, quanto às formas atuais de comunicação profissional, impulsionadas pelas redes sociais, pelos vídeos, pelas plataformas digitais e pela mudança dos próprios costumes sociais, contudo, mantendo os mesmos princípios basilares nas normas.

Com a Resolução CFM nº 2.336/2023, diversas restrições históricas foram revistas, modernizadas e flexibilizadas, permitindo novas formas de comunicação médica, sem afastar os princípios éticos fundamentais da profissão nem as vedações destinadas a coibir o sensacionalismo, a autopromoção indevida, a promessa

de resultados, a mercantilização abusiva da medicina e a propaganda enganosa.

Costumo dizer, com algum humor, que toda palestra de advogado tende a ser “chata”, e eu sou advogado. Tenho a honra de atuar como consultor jurídico do Conselho Brasileiro de Oftalmologia há 15 anos e do Conselho Federal de Medicina nos últimos 30 anos. Ainda assim, este tema é necessário, porque traz conhecimento, e conhecimento é poder. Vocês, como residentes, precisam ter noções claras sobre as mais variadas áreas que impactam a atuação médica. Isso não é apenas desejável; é indispensável para uma prática profissional segura.

A Resolução CFM nº 2.336/2023 estabelece as regras atuais sobre publicidade e propaganda médicas, representando importante atualização normativa, sendo necessárias que sejam assimiladas.

Entre as principais mudanças, passou a ser possível ao médico, observadas as condições da norma, mostrar seu ambiente de trabalho, promover equipamentos disponíveis na clínica, utilizar imagens do tipo “antes e depois”, responder elogios publicamente, anunciar pós-graduação, anunciar valores de consultas, meios e formas de pagamento, bem como anunciar abatimentos e descontos em campanhas promocionais.

À primeira vista, alguém poderia dizer: “Doutor, mas isso é o básico do básico.” Exatamente. É o básico que precisa estar assimilado e incorporado ao dia a dia. Em uma realidade de TikTok, Instagram, vídeos curtos e comunicação instantânea, é muito fácil o profissional se perder quando não compreende adequadamente as regras aplicáveis. O Conselho Federal de Medicina, ao editar a nova resolução, buscou justamente estabelecer parâmetros mais compatíveis com a realidade contemporânea, sem “abrir mão” dos princípios estruturantes da ética médica.



Em uma realidade de TikTok, Instagram, vídeos curtos e comunicação instantânea, é muito fácil o profissional se perder quando não compreende adequadamente as regras aplicáveis.

Vale lembrar: a ética de 1994 era uma, e a ética de 2026 é outra, pelo menos no que diz respeito às regras. Os princípios foram mantidos.

A Resolução CFM nº 2.336/2023 não foi construída de forma apressada. Seu processo de elaboração envolveu ampla revisão normativa, consulta pública, debates, webinários e contribuições de sociedades de especialidade e de profissionais da área médica. Faço menção especial ao Conselho Brasileiro de Oftalmologia, que participou ativamente dessa discussão e contribuiu para o amadurecimento do texto normativo.

Na prática, um primeiro ponto essencial diz respeito à identificação do médico. Nas peças de publicidade ou propaganda da pessoa física, devem constar o nome do profissional, o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina e a palavra “médico”. Caso o médico divulgue especialidade ou área de atuação, esta deve estar devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina e acompanhada do respectivo Registro de Qualificação de Especialista, o RQE. Por isso, ao concluir a residência médica ou obter o título de especialista pela via regular, é fundamental levar a documentação ao Conselho Regional de Medicina para o devido registro.

Nas peças de publicidade de pessoa jurídica, também devem constar as informações obrigatórias de identificação, incluindo a indicação da instituição, de seu registro quando aplicável, do diretor técnico médico e de sua respectiva inscrição no Conselho Regional de Medicina. A identificação adequada é uma das formas mais simples e mais importantes de assegurar transparência ao paciente e regularidade ética à comunicação médica.

Outro ponto relevante é a distinção entre especialista e pós-graduado. Vocês, residentes, dedicam, em média, 10.000 horas à formação médica especializada (algumas especialidades mais, outras menos), com treinamento intensivo, supervisão, prática assistencial e avaliação contínua. Hoje existem cursos breves de pós-graduação, de duração de quatro finais de semana, que pretendem ter a mesma validade que a certificação de residência médica. E acreditem: há juízes que fazem essa equiparação.

Nos últimos cinco anos, tenho pessoalmente combatido esse entendimento na Justiça, deixando claro que existe no Brasil uma lei — um decreto — que estabelece que especialista médico somente pode ser considerado aquele proveniente da residência médica ou portador do título de especialista emitido pela respectiva sociedade de especialidade. Ninguém pode se autodenominar especialista médico com base em um curso de quatro finais de semana. Não é uma questão de vontade — é uma questão legal.

As imagens do tipo “antes e depois” passaram a ser admitidas, mas isso não significa liberdade irrestrita. A utilização dessas imagens deve observar finalidade educativa e os requisitos da Resolução CFM nº 2.336/2023, especialmente quanto à contextualização técnica, à descrição dos fatores que podem influenciar o resultado, à ausência de promessa de êxito, à vedação de manipulação de imagem, ao respeito à privacidade e à preservação do anonimato do paciente. A imagem não pode ser usada como instrumento de convencimento abusivo, nem como promessa implícita de que o mesmo resultado será obtido em todos os casos.

As chamadas selfies, imagens em ambiente de trabalho, registros com pacientes, fotografias com celebridades e publicações em redes sociais também são regulamentadas e devem observar limites éticos. A espontaneidade das redes sociais não elimina a responsabilidade profissional. Postagens com pacientes ou celebridades também precisam respeitar normas específicas.

A divulgação de valores de consultas, meios e formas de pagamento, abatimentos e campanhas promocionais, que antes não era permitida, também passou a ser admitida.

” (...) existe no Brasil uma lei — um decreto — que estabelece que especialista médico somente pode ser considerado aquele proveniente da residência médica ou portador do título de especialista emitido pela respectiva sociedade de especialidade.



A espontaneidade das redes sociais não elimina a responsabilidade profissional. Postagens com pacientes ou celebridades também precisam respeitar normas específicas.

No campo da atividade empresarial, o médico passou a poder ter participação societária ou realizar investimentos em ramos correlatos à área da saúde, observados os limites éticos e regulatórios aplicáveis. Contudo, é indispensável que não haja vinculação indevida entre a atuação médica e a atividade comercial, nem comércio ou publicidade de produtos dentro do consultório, nem estrutura que induza prescrição, encaminhamento ou consumo em benefício do próprio médico ou de terceiros a ele vinculados.

Os boletins médicos, por sua vez, devem adotar tom sóbrio, impessoal, verídico e tecnicamente adequado, respeitando o sigilo, a privacidade e a autorização pertinente, entre outras características previstas na resolução. A relação com a imprensa, que também é regulamentada, deve ser conduzida com prudência, evitando sensacionalismo, exposição indevida de pacientes, autopromoção ou manifestação que ultrapasse os limites da informação técnica responsável.

Em recomendações finais, é preciso ter clareza sobre o que continua vedado. O médico não pode participar de propaganda enganosa, prometer ou insinuar garantia de resultado, atribuir capacidade privilegiada a equipamentos, divulgar método ou técnica não reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina, induzir o público à confusão sobre sua qualificação profissional, nem participar de publicidade de medicamentos, insumos, equipamentos, alimentos ou outros produtos de forma que sugira garantia de benefício ou resultado. Também não deve conferir selos, chancela ou validação profissional a produtos alimentícios, esportivos, de higiene pessoal ou de qualquer outra natureza.

Encerro com um alerta: na vida profissional, tudo está ligado ao risco que cada um decide correr. Não assumam riscos desnecessários por desconhecimento da norma. As consequências podem ser gigantescas. Conhecer as regras é a melhor proteção que você pode ter.

O risco cabe a cada um. Basta escolher aquele que vale a pena assumir na sua vida profissional. Espero que, no campo da publicidade e da ética médica, você corra o menor risco possível. Lembre-se: o básico é efetivo, e muitas vezes o menos é mais.

Muito obrigado.

Remuneração médica: o que ninguém te contou na residência



Cesar Abicalaffe,
médico, mestre em economia da saúde

Boa tarde a todos. Fui provocado pela organização a trazer algo que realmente fizesse vocês pensar. Percebi que praticamente todas as apresentações de hoje tocaram no tema da remuneração médica — e este é justamente o meu tema.

É um tema pouco ensinado, mas com enorme impacto prático. Isso não é opinião, é evidência.

Sou médico de formação. Fui pediatra em uma vida passada, mas um grande ponto de virada profissional aconteceu entre 2004 e 2006, quando tive a oportunidade de fazer um mestrado em Economia da Saúde na Universidade de York, na Inglaterra. Lá estava ocorrendo um fenômeno interessantíssimo: o sistema de saúde inglês estava migrando para pagamentos por performance, vinculando remuneração adicional ao desempenho dos prestadores de serviço.

Eu vinha da gestão de saúde, havia trabalhado em uma grande operadora no Paraná, e aquilo me chamou muito a atenção — e também me preocupou.

Um artigo publicado em 2001 afirma claramente que, por mais motivado que um profissional médico seja para promover qualidade, a estrutura da remuneração pode não facilitar — e pode até frustrar — as ações necessárias para melhorar essa qualidade. Os estudos demonstraram que a forma como financiamos o sistema de saúde direciona e gera tendências na assistência.

Aprofundei os estudos, publiquei um livro em 2015 sobre o tema e voltei ao Brasil. Vim três vezes ao Conselho Federal de Medicina falar sobre isso — e, as três vezes, achei que sairia com o CRM casado. Mas a provocação é legítima: como a estrutura de remuneração influencia a forma como prestamos o serviço?

Os dois grandes sistemas de pagamento

Praticamente todos os sistemas de saúde do mundo operam com duas lógicas:

1. Pagamento prospectivo — o custo da assistência é conhecido *antes* de ela ocorrer. Exemplos: salário fixo, pagamento por vida (*capitation*) e pagamento por pacote (*bundle*). O médico sabe o que receberá no final do mês, independentemente do que fizer.

2. Pagamento retrospectivo (*fee for service*) — o médico recebe pelo serviço prestado. Quanto mais faz, mais recebe. É o modelo predominante no Brasil e em boa parte do mundo.

Um autor de 1993 já alertava: qualquer movimento em direção à remuneração prospectiva aumenta os incentivos ao subtratamento e à seleção de risco — quanto menos o médico faz, mais ele ganha. Já o *fee for service* incentiva práticas de alto custo — quanto mais o médico faz, mais ele ganha.



Um artigo publicado em 2001 afirma claramente que, por mais motivado que um profissional médico seja para promover qualidade, a estrutura da remuneração pode não facilitar — e pode até frustrar — as ações necessárias para melhorar essa qualidade.

Todas as evidências indicam que precisamos superar, ao menos parcialmente, o modelo *fee for service*, porque ele premia volume e complexidade, desincentivando a qualidade. Um paciente que interna para uma colecistectomia simples, que custaria R\$ 5.000, e por uma infecção vai para a UTI, sai com uma conta de R\$ 50.000. Um sistema que financia complexidade e volume tende a se tornar insustentável no médio e longo prazo — e é exatamente o que vemos hoje nos sistemas de saúde de todo o mundo.

Os estudos mostram ainda que o médico responde a incentivos financeiros: mudar o modelo de pagamento altera o comportamento médico. Isso é pesado, mas é fato.

Conto sempre o caso de um grupo de ortopedistas que, ao migrar do *fee for service* para o *capitation*, reagiu imediatamente: “Então, precisa avisar as empresas da cidade para cuidarem melhor da saúde ocupacional dos seus funcionários, porque eles estão vindo muito ao meu consultório.” No *fee for service*, o volume de pacientes era indiferente — recebia pelo procedimento. No *capitation*, passou a importar manter as pessoas saudáveis.

As regiões com forte predominância no pagamento por procedimento apresentam as maiores taxas de cirurgias eletivas, mas volume não significa melhores resultados clínicos.



No *fee for service*, o volume de pacientes era indiferente — recebia pelo procedimento. No *capitation*, passou a importar manter as pessoas saudáveis.

Virada de chave: o conceito de saúde baseada em valor (VBHC)

Valor é uma relação entre benefício e esforço: quanto maior o benefício percebido e menor o custo, maior o valor. Na saúde, valor significa entregar os melhores desfechos para o paciente ao custo adequado.

Não basta olhar só para o desfecho clínico — é preciso considerar o custo. Um sistema tem que pagar a conta no final do mês, seja público, privado ou filantrópico.

Característica	Fee for service	Saúde baseada em valor
Foco principal	Volume de produção	Desfecho clínico
Risco financeiro	100% do pagador	Compartilhado com o prestador
Métricas de sucesso	Quantidade e processo	Melhoria clínica do paciente

Os principais modelos de remuneração em convivência

No Brasil, temos trabalhado para estruturar modelos híbridos:

- 1. Pagamento por episódio de cuidado** — paga-se todo o ciclo de atendimento de uma condição clínica específica (consultas, procedimentos, materiais, pós-operatório). Muito aplicável à oftalmologia, especialmente para a catarata. A complicação ou reinternação fica como risco do prestador.
- 2. Pagamento por DRG** — grupos de diagnósticos relacionados dentro do hospital, que permitem entender a complexidade clínica de cada internação.
- 3. Capitation puro** — pagamento por vida, por população. Atenção: o *capitation* puro, como tem sido proposta no Brasil, não é um modelo baseado em valor. Ela estimula o subtratamento e seleção de risco, precarizando a prática médica. O que defendemos são modelos que associem *capitation* a métricas de valor e pagamentos variáveis por resultado.
- 4. Pagamento por performance** — bônus adicionado ao fee-for-service tradicional para profissionais que comprovem geração de valor. Um exemplo concreto: a Unimed São José do Rio Preto comprovou ser possível melhorar a remuneração do médico reduzindo o custo da operadora — graças à eliminação do desperdício, que no Brasil pode representar entre 45% e 50% dos recursos gastos em saúde.

O modelo de pagamento por episódio do cuidado é um formato muito interessante que cabe muito para a oftalmologia. Por exemplo, ao pagar por uma cirurgia de catarata, hoje, quando se cobra de um convênio, utiliza-se um código específico da tabela TUSS (Tabela Unificada de Saúde Suplementar), onde todos os pacientes são tratados como iguais, independentemente de possuírem mais ou menos comorbidades.

” O modelo de pagamento por episódio do cuidado é um formato muito interessante que cabe muito para a oftalmologia.

No modelo de pagamento por episódio, paga-se por todo o ciclo do cuidado, abrangendo desde as consultas iniciais, o procedimento em si, a lente utilizada, até todo o pós-operatório necessário. Portanto, nesse formato, a complicação, uma possível reinternação ou uma reintervenção tornam-se risco do prestador, pois o pagamento é referente a um episódio de todo o cuidado. É um modelo diferente do *fee for service* e não deve ser confundido com o *capitation*.

No *capitation*, o pagamento é feito por uma população inteira, enquanto no episódio o pagamento é para um paciente específico com uma condição clínica determinada. Esse modelo já é muito utilizado na ortopedia e vem sendo utilizado na oftalmologia.

Especificamente para a oftalmologia, existe um espaço grande para criar modelos de pagamento por episódios de catarata e outros procedimentos, algo que tem sido muito discutido com o CBO.

Já o modelo populacional, onde entra a lógica do *capitation*, tem sido criticado na oftalmologia por não seguir uma lógica de valor, e sim uma lógica que, muitas vezes, precariza o atendimento.

” No *capitation*, o pagamento é feito por uma população inteira, enquanto no episódio o pagamento é para um paciente específico com uma condição clínica determinada. Esse modelo já é muito utilizado na ortopedia e vem sendo utilizado na oftalmologia.

Conclusão

Diante dessas evidências, é impossível sustentar a ideia de que a clínica é imune ao sistema. Quem define a conduta — e até o acesso do paciente — muitas vezes é quem paga a conta.

Vocês estão entrando num mercado em que o *fee for service* ainda predomina, mas a tendência é clara: caminharemos para modelos de pagamento por episódio, por valor ou até por *capitation*.

Precisaremos enfrentar essa realidade de forma intensa — ela já é o presente.

Consolidação e verticalização na saúde



Adriano Londres,
sócio-fundador da Arquitetos da Saúde

Boa tarde. Vou fazer um sobrevoo sobre o tema de consolidações e verticalizações, e ao final deixarei algumas reflexões sobre as oportunidades e desafios que esse movimento representa.

Conceitos fundamentais

Consolidação (integração horizontal): várias empresas se unindo para formar poucas empresas maiores, com objetivos de ganho de escala, maior eficiência operacional, redução de custos e maior poder de mercado.

Verticalização (integração vertical): quando uma única empresa controla toda a operação, desde a venda do plano de saúde até o atendimento na ponta — consulta, exame e cirurgia dentro da mesma estrutura.

Esses movimentos não são novos. Decisões do CADE sobre atos de concentração na saúde remontam a 2006, passando pela Lei que permitiu o ingresso de capital estrangeiro na prestação de serviços de saúde e pela abertura de capital de grandes grupos.

Quem cresceu nos últimos onze anos?

A única modalidade de operadora que aumentou sua participação foi a medicina de grupo: de 33% para 40% dos beneficiários. Não necessariamente porque entrega maior valor — mas porque é mais barata. Com base na informação disponível — o preço — ela é a que mais cabe no bolso dos brasileiros.

A formação dos grandes blocos (a partir de 2021)

- Hapvida adquire Intermédica
- Rede D'Or adquire SulAmérica
- Dasa e Amil se unem
- Bradesco cria sua própria estrutura, integrando Odontoprev participações hospitalares e outros ativos

Esses quatro grandes grupos representam quase 19 milhões de beneficiários — 39% do mercado de planos disponíveis ao público geral.

Verticalização parcial

Além da integração dentro de um mesmo grupo econômico, vemos parcerias estratégicas entre operadoras e prestadores que não pertencem ao mesmo grupo, mas compartilham uma visão complementar:

1. Bradesco Saúde + Einstein (projeto hospitalar)
2. Bradesco Saúde + Mater Dei (Belo Horizonte)
3. Oncoclínicas + Unimed Recife
4. Beneficência Portuguesa + Fleury + Bradesco (nova empresa em oncologia)

Mais recentemente, a verticalização chegou ao ensino médico. Einstein, Sírio-Libanês, Beneficência Portuguesa e Rede D'Or já têm ou estão obtendo autorização para faculdades de medicina — fechando o ciclo completo: ensino, residência, prática clínica, hospitais próprios e planos de saúde.

Qual o impacto para beneficiários e contratantes?

Eu falei hoje na mesa-redonda que na minha visão nós coletivamente (e quando eu falo nós, são todos os elos da cadeia de saúde pública) temos maltratado, no sentido em que tratamos alguém do que sabemos que poderíamos e deveríamos - os dois principais elos da cadeia: quem usa e quem paga.

E aí, quando vemos esses movimentos de verticalização, de consolidação, de criação de grandes blocos e movimentos econômicos, tem um trabalho bastante interessante do André Medici, que vocês assistiram hoje de manhã, de um livro que ele traduziu chamado “O Desafio da Cobertura Universal nos Estados Unidos”. Nesse livro, ele fala que a saúde privada lá possui uma regulação regional, não é nacional como no Brasil, e traz, em um determinado momento, a informação de que em diversos casos de fusão e aquisição houve efeitos negativos no aumento dos prêmios, afetando o mercado de provedores de serviços e dificultando o ingresso de novos afiliados aos planos de saúde.

E aí a pergunta é: quem é que está aqui no Brasil, em função de todos esses movimentos, fazendo análises sobre os impactos destes movimentos de concentração? Acho que não podemos ser contra por ser contra a verticalização e a consolidação por si só, mas a gente tem a obrigação de entender quais são os impactos que elas trazem não só para quem tem a iniciativa do movimento — que tem os benefícios esperados que eu já citei na minha introdução — mas para quem usa o serviço e para quem paga a conta. Muitas das experiências passadas no mercado americano têm levado os Estados a examinarem detalhadamente os processos e calcular os efeitos que podem ter na cobertura e no valor dos prêmios.

O ex-presidente da ANS tem uma fala dizendo que não tem dúvida de que é uma questão a ser enfrentada, essa questão da concentração que tem possibilidade de efeitos negativos ao consumidor, com o aumento de preço e redução de qualidade exatamente por uma menor concorrência; e que isso é um ponto que os órgãos de controle da concorrência, tanto quanto a ANS, precisam estar observando.

” (...) não podemos ser contra por ser contra a verticalização e a consolidação por si só, mas a gente tem a obrigação de entender quais são os impactos que elas trazem não só para quem tem a iniciativa do movimento.

Diz ele ainda: “Aqui na ANS, estamos atentos aos movimentos de mercado, mas seus desdobramentos ainda são incertos.” E aí a pergunta que eu faço é se já foram realizados estudos e análises em mercados regionais específicos que foram fortemente impactados por movimentos de concentração e ou verticalização dos últimos anos.

Eu acho que esse é o papel das entidades de classe: avaliar, e não com um olhar corporativista de dizer “é ruim para mim”, mas sempre procurando trazer qual é a visão e qual é o impacto que isso traz para aquele a quem a gente atende e para aquele que paga a conta. Como eu disse, a gente não tem que ser contra por ser contra; sou contra o *capitation*, sou contra a verticalização, sou contra a consolidação? É preciso entender os seus impactos e também refletir sobre o fato de que, muitas vezes, a diferença entre o remédio e o veneno está na dose. Será que esses movimentos têm acontecido na dose adequada para quem usa e para quem paga?

Uma outra reflexão é que, quando se fala de fusão, aquisição e consolidação, sempre se destacam as sinergias esperadas para quem a lidera: otimização de estrutura de capital, redução de custo, eficiência na compra e aumento de receitas. Mas será que parte desses ganhos estão sendo ou serão repassados para os consumidores, sejam eles pagadores ou beneficiários? A gente não sabe, mas a sensação que a gente tem é de que não. Enquanto isso, trago uma reflexão — e aí eu não quero ser raso e colocar apenas na conta da verticalização e consolidação — mas o fato é que a gente vê uma crescente insatisfação de beneficiários na saúde suplementar; esse é um ponto de atenção.

” (..) acho que esse é o papel das entidades de classe: avaliar, e não com um olhar corporativista de dizer “é ruim para mim”, mas sempre procurando trazer qual é a visão e qual é o impacto que isso traz para aquele a quem a gente atende e para aquele que paga a conta.

Nós precisamos refletir como um todo: o nível de reclamações de 2025 foi o maior que houve; o nível de reclamações quadruplicou de 2019 para 2024. A gente nunca teve beneficiários tão

insatisfeito quanto temos agora. Em contrapartida, resultados tão positivos quanto a gente tem observado nas operadoras são absolutamente muito bem-vindos, mas eles têm que ser às custas de um bom atendimento e da valorização daquele que está no meio dessa relação entre operadora e o beneficiário, que são os médicos e as instituições de saúde. Me parece que isto não tem ocorrido numa proporcionalidade razoável.

Sobre consolidação e verticalização, tem algumas pausas aí, alguns freios de arrumação; vou citar três aqui, a Rita já falou: vou chamar aqui do “oba”, aquele momento de euforia, taxa de juros baixa, IPO de empresas e possibilidade de investimento estrangeiro na saúde. A gente viu alguns movimentos, citei aqui o “oba”, e o “epa”, mas não vou entrar em detalhes nos motivos que levaram a isso.

Os freios de arrumação

Nem tudo na consolidação é sustentável. Três exemplos recentes:

- **Oncoclínicas** — em situação financeira extremamente difícil.
- **Hapvida** — ação despencou 95% desde seu pico, com perda de R\$ 80 bilhões em valor de mercado.
- **Devoluções:** Dasa devolveu o Hospital São Domingos (São Luís); Oncoclínicas devolveu complexo hospitalar; Rede Mater Dei de Sapuá devolveu o Porto Dias (Belém); Kora vendeu imóvel para os fundadores do Hospital Anchieta.

A taxa de juros elevada e problemas de governança estão por trás de boa parte dessas dificuldades.

As quatro ondas do setor

Desde 1992, o setor de saúde navegou em séries sucessivas:

- **Onda da inflação** — ganhar dinheiro diluindo prazos de pagamentos ao prestador.
- **Onda do volume** — tabelas com centenas de itens, cobrança por procedimento.
- **Onda da consolidação** — medicina diagnóstica, operadoras e hospitais se unindo.

• **Onda da verticalização e dos grandes blocos** — o momento atual.

O problema é que todas essas ondas foram pautadas por aspectos econômicos, sem que avançássemos na mensuração de resultados para quem usa e quem paga.

Reflexão final

Lucro não é palavrão na saúde. É necessário para que as instituições sobrevivam, reinvestam, paguem salários e inovem. Mas hoje o foco está excessivamente no dinheiro e no volume de procedimentos — e muito pouco no que realmente importa: a integração das informações e a experiência e medição de desfechos que importam para o paciente.

Eu não tenho dúvida alguma de que o que a gente precisa fazer, independentemente de qualquer movimento econômico, é fazer essa inversão: onde o foco deve ser o resultado para o paciente e a eficiência no uso do dinheiro. O lucro, distribuído ou não, deve ser consequência. Isso parece romântico ou poético, mas quem lida com vidas deveria pensar assim. Eu, como disse para vocês, sou filho e neto de médico; cresci ouvindo meu pai dizer isso.

E vocês, médicos residentes, com isso, acho que têm uma oportunidade de entender os movimentos do mercado ao longo dos últimos anos e em que pé nós estamos. Me parece que estamos próximos — e eu não sei dizer exatamente quando — de um momento de inflexão, em que a saída para o setor deixa de ser focar apenas no dinheiro. O capital é absolutamente necessário, mas focamos tanto nele que acabamos não cuidando das mudanças estruturantes a partir de um olhar coletivo.

A saída para o setor passa, inevitavelmente, pela participação dos bons médicos. Vocês têm dois caminhos: comportar-se como vítimas desse processo ou assumir o protagonismo. Quem está do outro lado precisa de profissionais capacitados e comprometidos.

Exerçam esse protagonismo.

Muito obrigado.



Lucro não é palavrão na saúde. É necessário para que as instituições sobrevivam, reinvestam, paguem salários e inovem. Mas hoje o foco está excessivamente no dinheiro e no volume de procedimentos — e muito pouco no que realmente importa: a integração das informações e a experiência e medição de desfechos que importam para o paciente

Do zero ao primeiro consultório: o essencial para uma atuação oftalmológica segura, resolutiva e sustentável



Gustavo Huning,
médico oftalmologista

Em 1984, um casal de família humilde decidiu abrir uma clínica numa cidade do interior do Rio Grande do Sul. Ele era oftalmologista; ela, bancária — que largou tudo para ser secretária, telefonista, recepcionista e instrumentadora cirúrgica. O bebê daquela foto cresceu e está aqui hoje com o microfone.

O que eu vim aqui falar para vocês, considerando que estamos aqui há mais ou menos quase nove ou dez horas, é que a responsabilidade da minha palestra aumentou muito. Isso porque, durante todo esse tempo, eu só ouvi falar em aumentar a renda do oftalmologista por dois minutos. A minha função aqui — e não sei se vou conseguir falar para vocês como ganhar mais dinheiro — é abordar esse cenário.

Vim falar sobre como não errar. Vou tentar condensar em 20 minutos quase 40 anos de história. Vamos começar com as primeiras coisas que não devo fazer.

Primeiro erro: gastar dinheiro à toa com marketing

Aquele vídeo institucional custou alguns milhares de reais e não trouxe um único paciente. Ficou bonito — mas só serviu para alimentar o ego. **Primeira dica:** não joguem dinheiro fora. É muito difícil ganhar.

Residentes sem familiar oftalmologista: vocês são a maioria

Ao terminar a residência, você se sente especial por fazer microcirurgia complexa. Mas, se não se cuidar e não estudar, você nada mais é do que um profissional muito bem treinado para executar procedimentos que empresas bilionárias vão querer explorar. Não tenho nada contra essas empresas — sou capitalista de carteira. Mas é isso que acontece se vocês não se prepararem.

Vale a pena fazer um *fellowship*?

Na minha opinião, um ano de *fellowship* vale dez anos de trabalho. Depois que começarem a trabalhar, os compromissos serão pesados — família, expectativas, contas. Aproveitem agora.

As grandes perguntas iniciais

- Quero empreender ou ser empregado? Ambos têm vantagens e desvantagens — não há resposta certa.
- Vou trabalhar sozinho ou em sociedade? Se optar por sociedade, o contrato deve começar definindo como ela termina. Brigas entre médicos terminam sempre muito mal.
- Vou me endividar para montar estrutura própria, ou farei concurso público? Pesem isso com cuidado.

Decida com base em dados

Use o censo do CBO e do IBGE para identificar onde há e onde falta oftalmologista. Não vá para um mercado saturado apenas por comodidade, nem ignore regiões carentes de atendimento. Achismo não é ciência.

Defina quem é o seu cliente

Toda empresa sabe para quem vende antes de lançar um produto. Médicos raramente aprendem isso. Quer atender SUS? A lógica é completamente diferente de uma clínica particular premium. Defina isso antes de qualquer investimento.

Custos fixos: conheça todos

Aluguel, condomínio, internet, secretária, faxineira, contador, técnico — tudo tem custo. Some tudo e divida pelo número de pacientes atendidos no mês: esse é o custo real da sua consulta. Sem isso, você não sabe se está ganhando ou perdendo dinheiro. Pode parecer óbvio, mas a maioria não faz esse cálculo — e quebra.

Consulta “de graça” não existe

Quando você atende sem cobrar, está doando todos esses custos. Consulta pelo custo é quando você cobra apenas o necessário para cobrir as despesas. Saibam quanto custa cada atendimento.

Publicidade

Ainda tem a publicidade: eu quero a minha logo, eu quero meu nome, eu quero ser identificado nas redes sociais, porque é o caminho mais próximo para as pessoas me acharem. Um número de telefone bonito; será que eu consigo um final 20:20? Todo oftalmologista quer telefone com final 20:20 e paga mais por isso, não é segredo.

Equipamentos: façam a conta antes de comprar

Muito bem, agora vamos começar, então, onde o grosso do dinheiro entra mesmo: do que eu preciso para montar o meu consultório? Este daqui é o básico, todo mundo sabe; eu não vou ensinar o que precisam ou não ter no consultório, mas ele pode começar a ficar mais sofisticado. Por exemplo, é muito difícil hoje — mesmo que você vá fazer retina, que é o meu caso, ou oftalmopediatria, que de repente é um caminho — fugir de um autorrefrator, pois

fazer esquiасcopia em todo mundo é um pouco mais difícil para as outras questões.

Se eu tenho um volume maior, como uma clínica de SUS, então preciso de um autotômetro para, pelo menos, aumentar a capacidade de triagem para esses pacientes. Lente de três ou quatro espelhos; enfim, todos esses detalhes pequenos. Só que você vai comprar uma lente no congresso e sabe que isto custa três ou quatro mil reais; isto não é barato.

E aí vamos, então, para a “dolorosa”, como se fala: o centro de diagnóstico. Eu começo, então, com esses equipamentos que seriam não tão caros dentro do nosso universo. Ah, eu quero um angiógrafo, um Califórnia, porque eu sou retinólogo e posso gastar um milhão e meio de reais para comprar o equipamento. Não tem problema, é possível fazer, mas como vocês vão pagar esse investimento?

Não comprem porque vocês acham bonito ou porque foram no estande e trataram vocês bem. Façam conta, façam a conta, por favor. Dá para fazer retina sem um OCT, por exemplo, ou sem um retinógrafo? É muito difícil, mas tem que fazer a conta. Vai fazer com um sócio? Vai fazer sem um sócio? Vocês precisam pensar nisso: como é que eu vou pagar? Se eu tenho tantos pacientes, se vou trazer, se sou parte de um grupo; então, isto aqui também vai ajudar, além de todos os outros “brinquedos”.

A oftalmologia é praticamente a “Disneylândia” da medicina por ser repleta de “brinquedos”, permitindo encher a clínica de equipamentos. No entanto, é fundamental que esses aparelhos tragam resultado, pois não se deve comprar um equipamento para ser apenas um “enfeite caro”, desperdiçando dinheiro que poderia ser usado em outras frentes.

No bloco cirúrgico, que é a parte mais cara de uma clínica junto ao centro de diagnósticos, os custos com materiais também são altos. Ao optar por materiais importados e pinças finas, o médico enfrenta o risco de danos, como uma pinça de mil dólares entortada por falta de treinamento da equipe. Por isso, pode ser estratégico começar com materiais mais baratos ou lavar o próprio



A oftalmologia é praticamente a "Disneylândia" da medicina por ser repleta de "brinquedos", permitindo encher a clínica de equipamentos.

material até ter uma pessoa de confiança e bem treinada para cuidar do estoque.

A tecnologia para o retinólogo, como sistemas de contato ou não contato, possui um custo elevado; lentes de contato podem ultrapassar R\$ 100.000. Equipamentos de ponta, como microscópios 3D de R\$ 2 ou R\$ 3 milhões, oferecem um investimento maravilhoso em termos de tecnologia, mas exigem um cálculo rigoroso de viabilidade:

- É necessário calcular quanto se cobra por cirurgia e qual o faturamento mensal.
- Deve-se considerar o tempo necessário para recuperar o investimento.
- A conta precisa incluir depreciação, inflação e o custo de oportunidade.

Além disso, o custo dos insumos deve ser avaliado conforme a fonte pagadora. Não faz sentido financeiro comprar o último modelo de vitrectomia, cujo cassete custa R\$ 5.000, se a tabela do SUS paga apenas R\$ 4.700 pelo procedimento com óleo. Por fim, a manutenção é um custo indispensável, pois exige engenheiros qualificados para garantir que as máquinas estejam sempre em dia.

Investimento pessoal

- Aprendam inglês — não é sugestão, é condição. Sem idioma, vocês não existem no cenário atual.
- Um MBA pode ser válido, especialmente para aprender gestão de qualidade e recursos humanos — coisas que a faculdade de medicina não ensina.
- Aproveitem o período da academia ao máximo. Depois que saírem, os ex-professores serão concorrentes. Não deveria ser assim, mas muitas vezes é.

Sobre dinheiro e consumo

Durante o casamento de um amigo, o palestrante Luciano Pires, do podcast *Café Brasil*, proferiu uma frase marcante sobre o consumo e o investimento que serve como lição de vida e carreira: *“Digam não à autoindulgência, que é aquela atitude de satisfazer os seus desejos imediatos e agradar a si mesmo, sem se preocupar muito com as consequências a longo prazo”*. A essência dessa reflexão é o cuidado com a natureza das compras: é preciso questionar se algo realmente vale a pena e se aquilo se paga ao longo do tempo.

Abaixo, os pontos centrais sobre a gestão da renda e o comportamento de consumo discutidos:

- **Educação financeira básica:** recomenda-se a leitura do livro *Pai Rico, Pai Pobre*, que aborda a diferença entre ativos e passivos.
- **Equilíbrio no consumo:** o dinheiro é uma representação do trabalho realizado em um intervalo de tempo e também deve ser usado para o bem-estar pessoal; não é necessário poupar absolutamente tudo, mas é vital não comprometer a renda pessoal.
- **Ciclo virtuoso versus queima de capital:** o objetivo deve ser investir em algo que gere retorno (ciclo virtuoso) em vez de apenas gastar dinheiro em bens que não se pagam.
- **Desejos e experiências:** se o desejo é algo extravagante, como dirigir uma Lamborghini, a sugestão é alugar o carro por alguns dias em uma viagem para “matar a vontade”, em vez de adquirir um bem que não possui utilidade prática no dia a dia.
- **O componente emocional:** grande parte das compras, inclusive de máquinas para o consultório, é movida pela emoção e pelo ego. Vendedores são treinados para explorar esse estado emocional, gerando picos de dopamina que muitas vezes resultam em arrependimento ou perda de interesse assim que o processo de compra é finalizado e o produto chega.

Mensagem final

Não existe caminho certo. Fui honesto: essa palestra vai aumentar as dúvidas de vocês, não as diminuir. Mas espero que, com mais perguntas certas, vocês errem menos.

Obrigado.

Inteligência artificial na oftalmologia



Bruno Miolo,
*oftalmologista, cirurgião de catarata e
construtor de IA para saúde*

Em 1972, um pesquisador de Stanford criou a primeira inteligência artificial do mundo aplicada à medicina, o MYCIN, um sistema para auxiliar infectologistas na escolha de antibióticos. Segundo relatos da época, funcionava melhor do que muitos especialistas. Porém, nunca foi usado em um único paciente. Por quê? Ninguém confiou num médico que não era médico.

Hoje, vivemos uma guerra: de um lado, engenheiros do Vale do Silício tentando aprender medicina às pressas; do outro, médicos, a maioria sem saber o que está acontecendo. Vou mostrar que essa guerra já tem um vencedor, e não é nenhum dos dois.

Sou Bruno Miolo, oftalmologista, cirurgião de catarata, e construo inteligência artificial para medicina e para empresas da área da saúde.

Por que não dá para ignorar a IA?

Uma pessoa que lê 24 horas por dia durante toda a vida leria cerca de 8 bilhões de palavras. Os modelos de IA mais eficazes já trabalham com trilhões de parâmetros. Não dá para competir — é preciso usar isso a nosso favor.

Caso 1, cálculo da lente intraocular

O primeiro caso que eu trago é o cálculo da lente intraocular. Nós sabemos que são várias variáveis, cinco ou seis variáveis, softwares e calculadoras, mas ainda é um processo manual, mesmo estando dentro do biômetro.

Então, eu criei um sistema que faz a coleta dessas informações do biômetro, ou da foto do celular, ou até do guardanapo, se você anotar os dados. Mas o que acontece: eu precisava enviar isso para uma calculadora, só que as calculadoras melhores são black box, elas possuem donos, e para eu ter essa liberação dessa calculadora, é um fator impeditivo do custo financeiro.

Então eu fiz aquilo que qualquer cirurgião de catarata que saiba programar faria: eu criei a minha própria calculadora. Só que, antes de criá-la, eu já tinha outro problema; eu precisaria de olhos, eu precisaria de um *dataset*, que é aquilo que a gente faz para treinar o nosso modelo de inteligência artificial. Como que a gente fez? Esse é o grande X da questão: eu consegui vinte e cinco mil olhos, não todos reais, mas a grande maioria sim, e, através de algoritmos de *machine learning*, a gente selecionou e foi aumentando; esse foi só o primeiro, a gente já passou de cem mil casos.

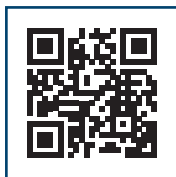
Qual é o grande segredo do *dataset* híbrido? Eu ainda não encontrei *paper* a respeito disso, mas soube que as *big techs* usam uma metodologia parecida. Pensa comigo: eu vou treinar um modelo para um olho míope, só que eu mando um comprimento axial de vinte e quatro milímetros mais uma córnea mais íngreme; então, nós sabemos que, em um míope aparentemente normal, essa córnea tem uma tendência de ser mais plana. E é aí que está o segredo do *dataset* híbrido: com a curadoria médica, a gente ajusta esses parâmetros e, depois de ajustado, envia então para o *dataset*.

Assim, você aumenta o seu nível de precisão e de respostas ao modelo, porque imagina só: o que adianta você mandar um olho com uma hipermetropia, um comprimento axial de vinte ou vinte e um, com uma córnea totalmente plana e o paciente não passou por nenhuma cirurgia refrativa? Então, isso é o que a gente chama

de *trash in, trash out*; é o princípio básico da inteligência artificial: você precisa ter um dado preciso para receber um dado preciso.

E os resultados, a princípio pré-clínicos, são bem animadores. A grande diferença nisso, que era o meu objetivo, é conseguir uma fórmula mais ampla que conseguisse a mesma coisa que as outras. Vocês sabem que, para olhos normais, a gente usa Barrett e ela é ótima, mas para olhos curtos ela não é a melhor. A gente usa, por exemplo, a EVO e, através de regressão linear, essa outra técnica de machine learning, eu consegui apresentar praticamente os mesmos resultados com ela, melhorando cada vez mais, pois, à medida que eu vou trocando meu *dataset* híbrido por casos reais, eu vou afinando o meu modelo. Ou seja, eu tinha um problema no meu consultório e, antes de procurar a parte teórica, tentei ver a viabilidade disso; foi viável, montei o meu *dataset* e então fui para a teoria em si.

Saiba mais sobre o sistema: <https://www.iolpro.ai>.



Caso 2, triagem de ceratocone no interior do Maranhão

O segundo caso: interior do Maranhão, uma menina de quinze anos. Ela foi diagnosticada com ceratocone, diagnosticada não, foi feita ali uma triagem e suspeitaram de um ceratocone. Como é que a gente confirma isso? A tomografia ou a topografia. Porém, ficava a duzentos quilômetros de distância, e a gente sabe que os aparelhos são muito restritivos do ponto de vista financeiro. A gente sabe que um Pentacam, na melhor das hipóteses usado, custa duzentos mil; e um autorrefrator, a gente consegue por dezoito mil, aqueles encardidos, amarelos, os melhores.

E aí eu pensei: será que esse mais em conta não bastasse para, pelo menos, a gente resolver esse problema e validar essa hipótese nessa menina? E a resposta é que sim, a princípio. Muito

recente esse caso: através de um algoritmo proprietário, ainda em fase de pesquisa pré-clínica, é possível prever o ceratocorne a partir do autorrefrator. Não é a refração, é só o autorrefrator mesmo: componente esférico, componente cilíndrico e o eixo. A gente coloca na calculadora e faz isso sem topografia e sem tomografia. Confirmado? Ótimo, agora sim precisa da tomografia ou da topografia e do especialista em córnea.

Os resultados são muito animadores. Vocês podem ver que, no exame real, eu já tenho o K1 de quarenta e três ponto dezoito e, aqui na simulada, ele acertou quarenta e três ponto dezoito; K2 praticamente próximo e o eixo a gente está chegando lá. Por que que a gente não chegou lá? *Dataset* real. À medida que eu vou treinando a minha rede neural, a gente vai chegando e, ao invés de aumentar essa diferença, a gente vai diminuindo. A gente usa alguns termos, um deles Random Forest, que foi um muito bom para fazer isso.

E como que funciona? Esse é o *dashboard* que eu fiz: inteligência artificial, não precisei contratar ninguém. A gente coloca o dado da autorrefração lá em cima e você gera o mapa. A princípio, ele gera esse mapa mais esdrúxulo exatamente para fazer esse impacto aí, para ver se realmente tem entese; e, dos dois lados, eles apresentam. Ele consegue simular aqui para você todos os dados da topografia e o alto risco de ectasia aqui embaixo. Não é diagnóstico, é triagem para quem não consegue, porque a geografia importa.

Essa paciente do interior do Maranhão não tem a facilidade de alguém aqui de Brasília, ou ali do Itaim em São Paulo; a gente consegue isso facilmente. Então, a gente consegue resolver isso de uma forma simples em um país continental, que é muito mais fácil você mostrar isso para um gestor da prefeitura e liberar esse exame para o paciente e liberar a passagem. A gente sabe como é no Brasil profundo. Não sei se o senador está aí; semana passada eu viajei vinte e quatro horas para operar uma catarata porque o hidroavião não estava disponível depois de Tefé. Então isso é o que a gente tem que olhar também: a geografia importa. O médico brasileiro resolveu o problema do Brasil. Imagina só se um engenheiro de Palo Alto iria conseguir pensar nisso, sendo que ele tem lá tomografia a rodo para ele poder resolver esse problema.

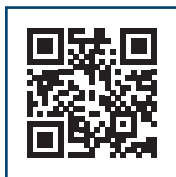
Caso 3, O tempo roubado pelo laudo

Quinze laudos por dia vezes sete minutos por laudo, vinte e seis horas por mês dedicadas apenas a escrever. E você já disse tudo aquilo ao paciente durante o atendimento.

Desenvolvemos uma ferramenta de transcrição que extrai dados de biometria, topografia e outros exames, passa por múltiplas camadas de tratamento, incluindo uma camada de contexto anatômico, e reduz esse tempo para quinze segundos por exame.

Então, é isso que a gente já vem percebendo: as grandes corporações, elas têm dores internas que elas querem resolver com aquilo específico feito por um arquiteto de inteligência artificial de preferência entendido na parte dele. No meu caso, cirurgia de catarata e segmento anterior.

Conheça a ferramenta de transcrição clínica:
<https://vision.staidoc.com>



A tese central

Então vocês repararam o padrão, né? Três histórias. Não sei se vão lembrar, vamos voltar então lá atrás. Lembre-se: porque ninguém confiou no médico que não era médico, era isso.

E aí que vem a minha tese: o futuro da IA não está com o médico generalista ou com o advogado generalista; ela pertence ao arquiteto-especialista. É você que entende de retina, de problema de mácula. O Gustavo, que tem um problema na mácula e quer resolver isso de toda forma; o Cristiano, que está com seus problemas de glaucoma e quer fazer um *dataset* específico para resolver isso; é aí que está o grande segredo.

E é por aí que eu acredito que o caminho segue, porque: um engenheiro bom vai aprender *machine learning* em seis meses,

no mínimo o básico. O médico também vai aprender *machine learning* em seis meses. A assimetria não está aí; a assimetria é você conhecer o seu problema a fundo, como você conhece. Como eu não vim aqui só para falar de histórias, você pode começar amanhã já.

Mas eu sei que alguém vai falar esse negócio de alucinação aí, será que é verdade? Não vou mexer nisso, não. Não vale a pena.

O problema das alucinações e como contorná-lo

Graças a esse *paper* de 2017, *Attention is All You Need*, feito pelo pessoal do Google, é o sétimo *paper* mais citado deste século, tudo que a gente vive hoje a gente deve a esse *paper*, que ele instituiu a arquitetura *Transformers*. O que essa arquitetura faz? Exatamente o T do ChatGPT.

Imagina como era antigamente: a inteligência artificial, ela lia uma palavra, a outra, a outra, a outra; quando chegava lá no final, ela já esquecia tudo. O que essa arquitetura fez? Acendeu a luz da sala; agora ela consegue ver todas as palavras de uma vez. Mas não as palavras: ela pega cada uma delas e divide em bloquinhos, e ali ele coloca um carimbo em cada um desses bloquinhos, que a gente chama de tokens, porque ela não entende palavras, mas ela entende números. Então esses números ajudam o sistema interno dela a juntar tudo e trazer a resposta mais rápida para vocês; esse é o principal dessa arquitetura.

Mas será que alucina? Ainda alucina. Isso é uma escrivanhinha alucinada; provavelmente, algum residente deve estar com essa escrivanhinha aí. O que acontece no seu ChatGPT? Você tem um chat único, onde você pergunta ali receita da carbonara, você manda o seu boleto, você pergunta algum *paper* de glaucoma, e vai chegando o momento que aquele chat vai enchendo. E o que que ele precisa fazer? Jogar alguma coisa fora, jogar alguma coisa no chão. E aí você pergunta novamente para ele, mas sobre aquele artigo, e aí ele volta com uma mensagem nada a ver para você por que ele jogou o artigo fora. Isso se chama janela de contexto, então a gente tem que se preocupar com isso.

Como a gente resolve, então, essa questão de janela de contexto? Arrume a sua escrivaninha. Crie pastas, não use um único chat. Faça um System Prompt: vai lá nos ajustes, escreva quem é você; se trabalha em glaucoma, catarata, retina, fale como quer receber essas mensagens e, principalmente, um prompt negativo, explica o que você não quer receber da inteligência artificial.

E outra coisa: ferramentas. É muito comum hoje a maioria delas conseguirem atrelar ferramentas, só que você tem que explicar. Se você está no chat, fala: “organize a minha agenda dessa semana nesse chat”. Você só tem o Google Calendar aqui, porque senão ele vai querer procurar no outro calendário que não está ligado ali. Então usem, abusem dessas ferramentas e deixem a inteligência artificial bem ciente disso também.

Olha como é que você pode ler um *paper*, por exemplo: simples, um, dois e três, sempre nessa ordem. Explique o que você quer dele e, no final, você pode, pelo menos ali: “cite três limitações que os autores não falaram desse estudo; pesquise estudos comparativos e dê sua opinião”. Isso aí você já ajuda em praticamente cem por cento dos seus problemas na leitura de artigos. Para quem não conhece, existem várias, isso aí é um curso inteiro, mas você pode usar Claude da *Anthropic*, NotebookLM do Google e Perplexity. Tem essa capacidade que ajuda muito até na questão de escrita e em juntar todos os recursos. Eu, particularmente, gosto do Claude, mas a ideia é: use somente uma, não fica pulando de uma para outra não.

E a dica: pare de perguntar “será que a IA resolve isso para mim?”. Você vai perguntar: “o que que eu vou resolver a partir de amanhã?”. Você vai sentar na sua cadeira, no seu escritório, usa uma inteligência artificial e resolva; porque, ao ponto que você fica bom nisso, você começa a solicitar a ela automações, que ela vai fazer as coisas para você automaticamente. O que seria isso? E a resposta dessa pergunta: será que elas conseguem trabalhar sozinhas? A resposta é que sim; é o assunto do momento: agentes de inteligência artificial.

Agentes de IA na prática

Quando a gente trabalha nisso e realmente faz alguma coisa de diferente, as demandas começam a chegar e a gente precisa já selecionar. Recentemente, uma grande seguradora do Brasil nos procurou para construir um sistema de auditoria voltado a diminuir a questão dos problemas jurídicos e de glosa. A demanda era robusta: um sistema capaz de aguentar duzentos e cinquenta mil requisições de exames de médio e alto custo e procedimentos.

Então, a gente instituiu principalmente o sistema de agente de IA; aqui só tem cinco, mas nós temos onze trabalhando nesse sistema vinte e quatro horas por dia. Resumidamente: a gente tem um agente orquestrador; ele recebe todos os dados do médico que solicita, ele avalia o TUSS, avalia DUT, se tem conformidade, se os laudos estão conformes. Se ele viu que tem conformidade, ele envia essa solicitação para o auditor; a única coisa que o auditor precisa fazer é clicar em sim ou negar, porque ele já chegou com o score de provável aceitação ou não, baseado sempre em ANS e nas leis vigentes.

Mas a gente não pode também se preocupar só com isso; a barreira legal é muito importante. Nós somos uma das três empresas brasileiras que foram selecionadas para o Sandbox Regulatório da Autoridade Nacional de Proteção de Dados aqui em Brasília, e o que a gente vê lá é estarrecedor: são dados sensíveis para todo lado. Então, temos que prestar muita atenção nisso.

Para você que quer construir algo, simplesmente use uma das técnicas de anonimização chamada de supressão; para a medicina, é a única que vai validar, porque se for usar outra, precisará de outros artifícios. Mas não basta falar para a autoridade em caso de vazamentos: *“não, validei sim”*. Qual é a prova? Logs de anonimização. Cada vez que você manda o nome de um paciente, uma foto de um exame, automaticamente o sistema varre dados sensíveis e corta aquilo; só que ele corta e ele gera esse resto chamado de logs de anonimização. Quando der um problema, você mostra para a autoridade falando: *“não, ele foi anonimizado; esse problema não veio da minha plataforma”*.

Mensagem final

A medicina e a inteligência artificial operam sob lógicas distintas, o que torna o fenômeno da alucinação um desafio crítico para o setor. Enquanto a medicina é uma ciência de hipóteses probabilísticas no diagnóstico, o tratamento médico deve ser determinístico, ou seja, direto e preciso. Já as IAs foram treinadas de modo puramente probabilístico, respondendo com base em chances estatísticas de uma palavra seguir a outra, o que exige a criação de barreiras rígidas para o uso clínico.

A medicina é uma ciência probabilística. O que que é probabilismo? Primeiro: hipótese diagnóstica; segundo: hipótese diagnóstica. O médico, o tratamento médico, ele é determinístico. Quando você tem algo para tratar, você não pode, *“ah, vou tratar isso como probabilidade”*, você vai fazer um tratamento determinístico. Porém, as inteligências artificiais, elas foram treinadas no modo probabilístico. Pode perguntar aí: *“o céu é azul?”* Ele vai responder que é azul, mas há grande chance de responder de várias formas diferentes, porque ele te responde por forma de probabilidade, exatamente como o mecanismo de *self-attention* do *Transformer*.

Por isso que a gente precisa criar barreiras na medicina para isso; eu vejo que na medicina e no direito isso é mandatório para qualquer sistema. Geralmente, como que a gente faz isso? A gente tem sistemas que têm mais de seis barreiras. Simplesmente, você tem a primeira, que responde, seu ChatGPT, Claude, enfim; a segunda, chamamos de barreira mecânica, que é uma barreira no código puro, sem IA nenhuma. Foi aquilo que eu fiz lá naquele sistema de biometria: simplesmente eu falei, olha, se você recebeu um comprimento axial de vinte e cinco e o outro de vinte, não envia para cálculo; devolve para o médico para ele validar o que que está acontecendo aí, se é isso mesmo ou foi um erro de extração.

E a terceira, que a gente fala muito lá na ANPD, é o humano no *loop*, o *human-in-the-loop*. O que acontece no humano no *loop*? Tudo que você vai fazer na inteligência artificial, você tem que dar o ok e, no final, quando terminar, você tem que dar o ok também.

Esse simples apertar de botão gera esse *log* para o banco de dados, comprovando que você validou aquilo.

Então, o problema que você tem, que você vive, é o seu maior ativo. Tudo isso é o que os engenheiros do Vale do Silício precisam. Então você vai chegar segunda-feira no seu consultório, vai sentar, vai olhar para o seu problema e vai resolver isso de uma forma. Não abra várias inteligências artificiais; abra uma só, comece. Eu tenho certeza de que em seis meses você é uma pessoa diferente.

Muito obrigado.

Sessão de perguntas e debates — painel

Comentário do Residente Alisson (UFTM — Uberaba)

Alisson:

Boa noite. Meu nome é Alisson, sou residente do terceiro ano do hospital da UFTM, Uberaba. Eu não tenho uma pergunta direcionada a ninguém — eu queria fazer um comentário no geral. Hoje, mais cedo, eu tinha uma questão no bloco sobre a prova de proficiência. Na hora do almoço, conversei com alguns colegas sobre isso. Minha questão era que a gente estava resolvendo um problema no meio da escala, não estava resolvendo o início, que era a abertura das faculdades — e o gargalo que a gente deixava aberto ainda era muito grande.

Conversando com os colegas, o Cristiano me falou um detalhe: ‘Conversa com o vereador da sua cidade.’ Fui refletindo sobre isso e cheguei à conclusão de que, independentemente da alternativa que a gente encontre, isso sempre vai cair na política, sempre vai cair na legislação.

Então não é bem uma pergunta — o que eu queria falar é um chamado para os meus colegas de profissão: muitas vezes pensamos que a política é muito distante, que estamos concorrendo contra grandes instituições. Mas se não lutarmos, se não nos unirmos como classe, a luta está perdida. Então é um chamado para se politizar, porque, querendo ou não, estamos inseridos na política.

Frederico Valadares de Souza Pena:

Faço questão de começar a resposta com uma salva de palmas. O que não faz sentar na mesa errada na hora do almoço, né? Sentou-se na minha mesa, do lado do José Ottaiano, do Homero Gusmão, com representantes do CFM. Ficamos discutindo durante o almoço. Parabéns por ter levantado e falado isso — porque é isso que temos que falar.

Esse protagonismo passa pelo que estamos fazendo aqui. Porque, juntando a fala do Adriano, do Bruno, do César — o que está nas nossas mãos é o conhecimento, a autoridade construída em cima dessa formação que vocês estão tendo.

A essência do que ficou claro aqui é que não adianta ficarmos só reclamando daquilo que sabemos que está errado. A gente vai ter que achar uma forma de ir para a mesa de negociação com a operadora, entrar dentro do Ministério da Saúde ou construir uma nova lei dos planos de saúde — mostrando as evidências do mundo real.

“Se não tiver um critério para avaliar quem está fazendo bem-feita a medicina, a medicina vai ser simplesmente direcionada para uma questão de preço — e no mercado da saúde, isso não é bom.”

Levantamento nacional com todos os oftalmologistas e clínicas de oftalmologia

Objetivo: entender o que aconteceu com os honorários nos últimos dez anos.

Resultado: documento consolidado com assessoria de economista e casa de direito, mostrando a realidade da economia da saúde da oftalmologia versus o que ocorre nas operadoras.

Luiza Florian – Residente 3º ano Santa Casa de Porto Alegre:

Primeiro, queria parabenizar o colega pelo comentário — muito relevante. Mas minha pergunta foge um pouco do que foi levantado. Doutor Gustavo, eu queria saber em que momento o senhor encaixou o MBA na sua trajetória — qual seria o melhor momento, se foi no exterior, se o senhor teve que parar de clínicar.

Gustavo:

Eu comecei junto com a residência. Fiz minha residência no Rio de Janeiro, e fazia o MBA todos os sábados, o dia inteiro. De lá, eu saía para fazer o plantão clínico: entrava sábado às sete da noite e saía domingo às sete da noite. Aí não terminei a tempo — fui fazer meu *fellowship* no exterior, tranquei por dois ou três anos, voltei, comecei a trabalhar e terminei junto com o trabalho.

“O melhor dia para começar era ontem. O segundo melhor dia é hoje. E leva o mesmo tempo que não fazer nada. Então faça.”

Maria Auxiliadora:

Tem muitos MBAs muito bons que podem ser cursados no final de semana, à noite — inclusive de escolas internacionais.

Estamos saindo daqui com uma ideia muito legal, que é a importância da união, mas, acima de tudo, a importância da conscientização e da participação de todos no movimento associativo para que consigamos alcançar alguns resultados.

Reparem que houve uma fala em comum no dia de hoje: o que eu acho não vale de nada. O Gustavo também falou: o que eu penso não vale de nada. Preciso ter dados estatísticos. Precisamos ter comprovação para conseguir agir junto ao poder público, junto às operadoras etc.

O CBO vai lançar uma plataforma absolutamente segura, que é exatamente para que vocês consigam documentar problemas junto à ANS, documentar problemas enfrentados em suas cidades quanto ao exercício ilegal, à optometria etc. Porque precisamos de dados para formular ações e para tentar solucionar e caminhar com alguns problemas. Precisamos, além de reconhecê-los, documentá-los; precisamos reconhecer, e documentar para que tenhamos um arsenal e, a partir daí, começar a atuar.

Ricardo VER QUEM É:

O tema sustentabilidade é o que está se discutindo em qualquer lugar hoje. O sistema precisa ser sustentável, quer dizer, mesmo o sistema que seja filantrópico, que não tenha lucro, tem que ter

resultado. Senão você não investe nas coisas. Então a sustentabilidade é básica para isso.

Na minha opinião, todos os fatores influenciam. A tecnologia é fundamental para o processo, porque é onde você começa a medir. Enquanto não medimos o que estamos fazendo, não tornamos isso transparente, cada vez mais o sistema vai ficar na mão de poucos — e vamos ficar sempre na posição de sermos mais espectadores do que protagonistas.

Quero fazer uma reflexão, que talvez pareça repetitiva:

- **Vocês são o elo da cadeia mais próximo do paciente** — isso é altamente estratégico.
- De outro lado, enquanto elos dessa cadeia, são extremamente fragmentados pelo número de médicos que estão inseridos, sem falar na qualificação dos que estão chegando.

Vocês aqui já fazem parte de um filtro. Para fazer a diferença não vai ser na força. Tem grandes grupos que vão estar aqui. Isso passa por participação.

Uma das coisas que mais me ajudou na minha vida profissional foi a participação — foi participar de atividade associativa. Porque eu pude ter um olhar de fora, pude entender a paisagem, interagir com outros elos da cadeia.

Então, a participação de vocês, seja ocupando o assento da entidade, ou simplesmente compartilhando informações, é absolutamente fundamental para a categoria. Não subestimem isso, e participem. Porque a qualidade do papel da entidade de classe é reflexo da qualidade das entregas de vocês, da participação de vocês.

Quando falamos “*o CBO somos nós*”, é disso que nós estamos falando. O CBO somos todos nós. É dessa participação, é dessa interação, é desse reconhecimento daquilo que todos nós podemos nos ajudar a resolver.

Adriano Londres:

Eu sou filho de médico e neto de médico. A inflação não é gerada pelo médico — senão você dá um rótulo que não é justo. Eu falo ‘inflação da doença’ porque, na minha visão, não temos plano de

saúde — temos plano que paga tratamento de doença. Então, nada mais justo do que dizer que o comportamento de custo desse setor, que trata de doença, é a inflação da doença.

A inflação da doença tem dois componentes: a demanda e o custo. O desafio é que, em qualquer sistema do mundo, o custo em saúde tem um comportamento acima da inflação geral ao consumidor. Existem casos de empresas que assumiram o protagonismo do cuidado e passaram a ter o que a gente pode chamar de deflação da saúde — mas é um desafio em qualquer país.

“Por mais que o custo em doença tenha um comportamento diferente, ele com certeza está crescendo numa proporção maior do que poderia, se variáveis como cuidado efetivo, integração de dados e medição de resultados estivessem postas.”

Como cuidado efetivo, integração de dados, a inteligência que você trouxe e a medição de resultados que o César falou, o nosso desafio está aí: trabalhar de forma eficiente para transformar essa inflação da doença, quem sabe um dia, em inflação da saúde.

IA como infraestrutura, não como ferramenta



Guilherme Junqueira,
fundador da Gama Academy

Minha missão hoje aqui é trazer conforto, tranquilidade e apoio para todo mundo que está com medo de inteligência artificial. Tenho uma certeza absoluta: a maior transformação que qualquer geração já viu está acontecendo diante dos nossos olhos. Ela só se compara com o poder que a eletricidade trouxe para o mundo.

“Usar IA é trocar lâmpada. É você olhar o eletrodoméstico lá da sua casa. Para quem é dono de hospital ou clínica — é trocar a fiação. Está na hora de olhar a inteligência artificial como infraestrutura.”

Vocês viram coisas muito legais sobre saúde no Brasil, sobre tendência de mercado, sobre a carreira, remuneração, e agora sobre tecnologia. A cola entre tudo isso é que inteligência artificial vai ficar parecendo água agora para vocês, porque ela está dentro de tudo — dentro da rotina que define o futuro da remuneração de vocês.

Então, quem define o valor do seu trabalho?

Quem define o que você pode exercer de mais importante, principalmente de melhor potencial, na relação com o paciente? Acredito que vocês já tiveram muitos assuntos sobre legislação, sobre regulatório, e agora vamos falar sobre dinheiro no bolso.

Muitas mudanças estão acontecendo. O ChatGPT, em 2022, fez uma grande revolução. A inteligência artificial existe desde 1950, e várias das coisas que já vimos — o Watson, por exemplo, ganhou do Kasparov, maior jogador de xadrez. A IBM podia ter sido a OpenAI, dona do ChatGPT, mas não foi.

O que tem de diferença então? Minha mãe, com quase sessenta anos, e meu filho Téo, de oito anos, ambos conseguem usar o ChatGPT. A explicação de porque demorou cinco dias pra ganhar um milhão de usuários é porque é fácil de usar — parece o Zap. Sabe o grupo com as tias que manda corrente todo dia? Eles chamam de Zap. A minha mãe abre a geladeira, tira foto com o ChatGPT e fala: “Faz uma receita com o que tem ali na geladeira.” Aí o ChatGPT acha um ovo que estava atrás da Tupperware, que nem ela tinha achado. O Téo, meu filho, manda áudio e pede pra ele criar historinhas de Pokémon, onde ele também é um dos personagens — treinador Pokémon. Isso explica muito dessa evolução.

Em 2024, a IA também começou a criar imagens, vídeos, multimodelos. Mas o que tem a ver com a medicina? Vocês vão ver.

Quando falamos de agente autônomo, é quase que uma função de funcionário. Funcionário passa por etapas, por processo. A secretária que agenda as consultas, que cuida das respostas e tudo mais — segue etapas, e um agente nada mais é do que isso.

O agente mais famoso da minha geração chama-se James Bond. Vocês lembram dele? É um agente autônomo, ele tem uma missão grande para resolver a cada filme. O Sean Connery foi o melhor de todos. Quem é mais velho há mais tempo sabe que ele foi o melhor 007 de todos. Ele tinha uma missão e ele tinha que ir lá e resolver, e tinha muitos percalços ao longo desse caminho.

O Bruno trouxe aqui diversas aplicações de IA na medicina como produto: aquela leitura de fundo de olho, o OCT com análise automática, detecção de glaucoma, várias das coisas que hoje já são possíveis.

Estou aqui para falar de algo anterior. Como eu começo uma consulta? Pedindo permissão para o meu paciente, para utilizar um gravador com inteligência artificial. Alguém já usa?

É simples: começa a consulta, liga o gravador, fala: *“Dona Maria, me dá seu consentimento para gravar a nossa consulta, para não precisar ficar digitando enquanto conversamos?”* E aí o médico faz o que ele mais deveria fazer: olhar, cuidar e dar o tratamento humano — humano para o que é de humano, de máquina para o que é de máquina.

A transcrição dessa consulta vai ser feita por IA. As análises dos contratos, dos documentos também. Agente executando tarefas desde captação de cliente para sua nova clínica. Eu gostei demais da palestra do Doutor Gustavo. Ele foi pragmático. Falou na prática a dor de quem vai escolher um caminho aqui — que é o caminho empreendedor: ter que captar cliente, depender do plano de saúde, ter a questão da glosa médica, ter vários problemas que envolvem o relacionamento com as operadoras de planos de saúde. Tem várias coisas que você vai precisar fazer no seu consultório. Então, por que não usar a IA como parte de toda essa jornada e dessa infraestrutura?

Ela não é futuro: é presente. Está mostrando os dados para nós: há mais de mil e duzentos *papers* só de aplicação de IA na oftalmologia.

Estamos falando de um custo médio, de dois a seis mil reais por mês se for colocar IA de verdade no seu negócio. Qual é o custo

de uma secretária? Qual é o custo daquela agência de marketing que faz post nas suas redes sociais, sem resultado nenhum?

Então, estamos falando de ferramentas que, juntas, trazem um superpoder que vai trazer receita para o seu consultório de uma maneira muito maior — e vai salvar tempo de vocês. Isso é a parte mais importante hoje.

Um laudo estruturado usando IA demora quarenta segundos, e a digitação, que antes tomava muito tempo, agora se reduz em sessenta, setenta por cento. Esse é o poder da IA dentro de um consultório, dentro de uma rotina médica.

E aí eu vou passar por um *framework* que eu gostaria de entregar pra vocês, pra fazer um “de para” — cada um na sua situação, cada um na sua profissão. Todas as estruturas de inteligência artificial, para dar resultado, para ter impacto no seu bolso — passa por pessoas, processos e dados. Que são os três grandes pilares que, conectados com estratégia, darão muito resultado.

Quem atende com você? É o médico com uma inteligência artificial te ampliando, aumentando o seu poderio. É o consultório com inteligência artificial trazendo toda a jornada do paciente de uma maneira muito melhor.

A jornada do paciente tem que ser redesenhada, porque não é mais só automatizar, só colocar inteligência artificial ali no meio do processo — porque às vezes o processo é burro. Aí se você automatiza uma burrice, vira uma burra automação. Então a gente tem que às vezes redesenhar: acaba com esse processo e pensa nele de novo. E processo é etapas.

Dados são o que diferenciará cada um de vocês aqui. Se você usa o GPT, seu concorrente médico também usa. Se ele usa o Claude, qualquer outra IA — o que vai diferenciar um do outro são os dados. É o grande combustível que você alimenta para ter diferencial competitivo. Nível de prontuário, imagens, histórico, dados estruturados do seu paciente — quantas vezes ele voltou — e o modelo de negócios do consultório: você vai ter que escolher o jogo que quer jogar, porque é isso que vai determinar realmente o que sobra no final do mês.



Dados são o que diferenciará cada um de vocês aqui. Se você usa o GPT, seu concorrente médico também usa. Se ele usa o Claude, qualquer outra IA — o que vai diferenciar um do outro são os dados.

Aqui, estou falando de consultório, mas é possível adaptar para o hospital, para a família, para sua carreira – na pessoa física mesmo, para estudar. Vai te ajudar nisso em tudo que precisa na sua residência.

Tomando como exemplo um hospital, uma clínica, um consultório: tradicionalmente temos pessoas para agendar e para confirmar, auxiliar para anamnese e faturista. Eu invisto numa startup, a Volante — volume de anestesia —, ela ajuda os faturistas médicos para evitar a glosa dos convênios. A proposta é fazer todo um monitoramento. O que tem de gente dentro desses setores! Quanto maior a estrutura, mais precisa ter operacional nisso, e acontecem muitos erros.

O médico que está usando IA pode ter uma pessoa na relação com o paciente — que é a mais importante — e depois pode ter agentes agendando automaticamente pelo WhatsApp. Provavelmente vocês já usaram algum serviço de alguma empresa que usa o WhatsApp.

Vocês sabem quem é a maior empresa de inteligência artificial do Brasil hoje? A iFood. Entrega seu hambúrguer lá na sua casa. Eles lançaram um número de WhatsApp que você salva, chamado “Presente”. Aí você manda o contato de um amigo lá e ele fala: *“O que você quer dar de presente de aniversário para ele?”* Aí ele te dá uma listinha de opções, você clica lá e o iFood vai entregar no dia do aniversário, na casa dele. Mas digamos que eu só tenho o telefone desse amigo — eu não tenho endereço nem data de nascimento. O iFood tem. Olha a genialidade: estão usando inteligência artificial como um empacotamento de um novo produto simples. É um número de WhatsApp — digita “Presente” e salva o número no seu WhatsApp.

Médicos que querem dar um presente para os seus clientes, olhem que negócio maravilhoso: o iFood sabe o endereço da sua

paciente. É uma das empresas que tem hoje doze mil agentes de inteligência artificial rodando dentro do iFood — e eles têm oito mil funcionários. Olha que modelo maluco de negócios que vai revolucionar muitas das coisas que a gente vai ver.

Os processos, desde a descoberta, o agendamento, a consulta, a decisão e a relação, podem ser ampliados utilizando inteligência artificial.

O agendamento com WhatsApp, a anamnese pronta, o prontuário por voz, o CID sugerido já ali, automático, o material personalizado para tomada de decisão, simulação, follow-up, a relação com o paciente — tendo recorrência, sabendo se está tudo bem, se aquela prescrição, foi efetiva. Você consegue fazer isso de uma maneira mais suave. E dados — que é o principal — na minha opinião: quem chegar no modelo de remuneração por valor sem dados estruturados, vai continuar negociando no escuro.

Então, os consultórios que já têm os seus próprios dados sobre qualidade de atendimento, desfecho clínico, tempo médio por tipo de procedimento, a taxa de glosa por convênio, a marcação de onde veio esse cliente, quais são as fontes que estão dando mais retorno. Se você não pensar nisso e for um mero executor, não estará dentro de uma fronteira de aumento de remuneração. Não há ninguém na lista da Forbes como milionário que não foi para o lado do risco, do empreender. É um caminho de carreira possível: criar seu próprio consultório, ou trabalhar junto com outros, empreender internamente — que é o intraempreendedor — e fazer isso aproveitando que somos a geração que está passando pela maior revolução de todos os tempos.

Geralmente, as pessoas associam: quanto mais novinho, mais sabe mexer com tecnologia. Geralmente associamos à nova geração. Por que não aproveitar essa associação?

Para concluir, a parte de estratégia vem aqui: vem pra ser a camada de aumento de volume, especialização — que foi uma das coisas bastante faladas aqui — e abrir pra vocês novas camadas também. Que tal pensar em ser um oftalmologista mais tecnológico, que sabe desenhar fluxo, sabe interpretar dados, que vai

criar serviços novos e modelos, e entrega o mesmo que faz, só que com muita eficiência operacional?

A maior aceleradora do Vale do Silício está convidando para se aplicar para eles investirem em escritórios de contabilidade e escritórios jurídicos. Não tem nada mais antigo que isso. Tem nada, talvez, mais ineficiente do que isso. Mas sabe o que eles estão buscando? Quem colocou inteligência artificial nesse processo. Você faz a mesma coisa. É um serviço — não necessariamente um software —, mas você faz isso de uma maneira tão eficiente que gera receita recorrente. Contador você tem que pagar todo mês. Advogado às vezes tem que pagar todo mês, só paga mais quando tem algumas outras requisições. Então olha que coisa maluca: o Vale do Silício está vindo atrás de uma empresa tradicional. E a gente, com empresa tradicional regulada na área da saúde — muito importante —, não vai colocar IA dentro de todos esses processos para aumentar tudo que pode entregar?

Então, essa é a essência: pessoas, processos, dados. A cola de tudo isso é a estratégia.

Um exemplo rápido do que o iFood fez: um almoço com os CEOs, e o Diego Barreto, que é o CEO do iFood, contou esse case, que eu achei maravilhoso: uma jornalista ligou para o iFood para falar com a assessora de imprensa, outra jornalista, e disse: *“Acabou de acontecer um acidente aqui na Avenida Faria Lima, número 1100, e o motoboy acidentado — eu queria saber se ele estava ou não a serviço do iFood, porque ele não estava com a roupinha do iFood, nada.”* Ela falou: *“Aguarde um minuto na linha.”* Colocou na espera, foi lá no chat interno deles, chamou um agente que tem acesso a todos os dados e falou: *“Me dê os pedidos abertos e não concluídos entre onze horas e onze e meia, em um raio de um km na Avenida Faria Lima, número 1100.”* Apertou enter, deu o horário, deu a localização — e ela queria os pedidos que foram abertos e não concluídos. O resultado foram três números. Ela pegou o outro telefone, ligou para o primeiro, não era. Ligou para o outro, era. Ele falou: *“Já estamos mandando uma ambulância particular para te dar toda a assistência. Pode ficar tranquilo.”* O rapaz estava lá acidentado. Ela pegou o telefone, avisou a jornalista — que

provavelmente queria dar uma alfinetada na empresa —, e falou: *“Está tudo certo com nosso colaborador. Já mandamos uma ambulância e estamos dando toda a assistência.”*

Agora a pergunta que fica é: no seu hospital, na sua clínica, como seria essa ligação? Se ligasse lá perguntando alguma coisa, onde é que está aquela informação? *“Me ajuda com esse dado.” “Não, setor de pedidos é com o Ernesto.”* Passa lá para o Ernesto. O Ernesto está no almoço. *“Ah, não, quem tem acesso é a dona Shirley.” “Ah, não, daí fala com a dona Shirley”.* Esse é um paradigma que temos que quebrar.

Tem várias coisas que não podiam ser feitas e agora são permitidas do ponto de vista de marketing. Sabe qual o melhor jeito de usar a IA para isso? Perguntar a ela como usá-la. Você fala: *“Eu quero fazer isso, isso, isso. O que você precisa saber? Quais são as informações que eu preciso te entregar?”* E, aí, você vai ficando cada vez melhor nisso. Mas você tem que usar também as ferramentas corretas.

O ChatGPT dá pra usar. Você já paga e ele já faz várias coisas. Só que hoje o melhor modelo disponível, disparado no mercado, se chama Claude, e custa vinte e nove dólares. E você fala: *“Nossa, mais uma IA, tá igual lá em casa — eu assino Disney, HBO, Netflix, cada hora a criança quer assistir num canal.”* A comparação é: o que dava para fazer antes de ter IA, e agora o que dá para fazer com IA. Quem pagou mais de dez mil reais em um site, levanta a mão. Eu vou fazer um site aqui ao vivo agora com uma assinatura de vinte e nove dólares.

É possível fazer essas coisas de uma maneira muito diferente do que com o que tínhamos anteriormente. O que daria para a empresa fazer, ou me ajudar como paciente?

Ter um agente de IA que responda os pacientes. Se alguém manda uma mensagem fora do horário comercial, o que vai acontecer? Alguém no outro dia vai ver todas as mensagens. Mas se você já treina uma ferramenta de IA, e é muito simples, você vai lá, fala qual é o número do seu WhatsApp, tira foto do QR code — igual a quando vai logar no WhatsApp na web, no navegador. Você loga

nessa ferramenta, que vai usar esse número de WhatsApp. Você só vai configurar: *“A partir de agora, eu quero que quem mandar mensagem pra esse número, você responda isso, a isso, isso — com esse contexto. Esses são meus horários de atendimento, essa é minha tabela de preço, se você pode ou não divulgar a tabela de preço.”* Você dá um pouco de documento, contexto para a IA e ela já começa a funcionar. Custa duzentos e sessenta reais. Zaia app. Dá para você fazer um agente de IA vinte e quatro horas respondendo e te ajudando na sua consulta.

Agendamento: é outro ponto ótimo para fazer um bom case de uso. E na consulta? Como eu poderia usar o Claude? Poderia acontecer assim: Vamos usar como case a dona Maria, cinquenta e oito anos. No Claude, tem como você criar um projeto, um assistente. Toda vez que você vai conversar no chat solto ali, ele simplesmente não sabe quem é você direito, como funcionam as coisas. Se você já cria uma pastinha — tipo “Meus Documentos” — e alimenta essa pastinha com algumas informações, ele sempre vai tratar do jeito que você o treinar. Posso dar as instruções sobre como é o meu consultório e dizer que ele vai ser o meu assistente. Toda vez que eu entregar uma transcrição de consulta para ele — com consentimento, com LGPD respeitado —, ele vai gerar três coisas para mim: um prontuário médico estruturado, uma carta para a operadora de saúde, e também uma orientação para o paciente. Três documentos, uma gravação.

E para fazer essa gravação, ele me deu um roteiro, porque eu não entendo muito dessa área. Aí eu vou gravar aqui no meu Claude. Ele liga uma luzinha vermelha — significa que ele está gravando. *“Ok, dona Maria, a senhora me dá o consentimento de gravar a nossa consulta, simplesmente para preencher o prontuário da senhora aqui, e eu consegui prestar mais atenção.” “Sim, Guilherme, pode, pode gravar.”* Aí você faz a consulta, tudo mais. Ou você termina a consulta e manda um áudio, igual eu fiz aqui: *“Paciente, dona Maria, cinquenta e oito anos, professora aposentada. A queixa dela é de ardência e sensação de areia nos olhos, nos últimos seis meses, piora um pouco no final do dia quando ela usa computador por mais de duas horas. Ela já usou colírio*

lubrificante comprado na farmácia, sem melhora consistente. E ela nega dor intensa, fotofobia e baixa visual súbita.”

A partir do momento que eu apertei o comando, ele já está gerando um tratamento dessa transcrição com inteligência artificial. Eu vou lá pegar essa transcrição e vou copiá-la para a pastinha que criei. A partir daí o assistente virtual recebe a instrução: *“Faça o prontuário médico estruturado, a carta para operadora de saúde, e a orientação para a paciente.”* Aperto enter, e aí a IA vai começar a analisar e gerar para mim um documento sobre essa paciente.

“Não quero comprar esse Claude.» O que você pode fazer? Grava no seu próprio celular. O iPhone também tem a transcrição — copia e joga ali. Você nem precisa estar com ele aberto. E a consulta on-line é mais fácil ainda — já tem a gravação, a transcrição. Mas sempre respeitando LGPD e pedindo o consentimento do paciente, e guardando isso em lugar seguro.

Decisão cirúrgica: antes, o médico explica na sala, leva o paciente um folheto genérico, decide em dias, semanas, e muitos desistem por insegurança. A IA já poderia gerar o material personalizado com base no exame específico do paciente, um vídeo curtinho falando um pouco de como vai ser, e uma simulação de algumas perguntas frequentes criada pela própria inteligência artificial — que dá para fazer isso de uma maneira muito rápida e muito boa.

Pré-operatório: um agente que joga os lembretes. É possível tornar a jornada do paciente cada vez mais integrada. Até mesmo na hora da cirurgia. Checklist cirúrgico automatizado, documentos em tempo real, dados dos procedimentos que já entram no sistema no pré-operatório e no pós-operatório.

Relação de longo prazo: quem usa CRM – Não é o Conselho Regional de Medicina — é *Customer Relationship Management*, um sistema de gestão de relacionamento com os seus clientes. A maioria dos médicos não se comporta como empresário, não se comporta como vendedor. Mas o tempo todo vocês estão se vendendo, então o tempo todo vocês têm que se posicionar. O CRM te ajuda, porque a memória às vezes é ruim.

E se você pudesse criar um CRM ao vivo aqui? Tem uma plataforma que chama Lovable. Eu já preparei o meu pedido para ela — que é de agendar consulta, funil de cirurgias, funil de atendimentos e tudo mais. Já subi a logo da clínica e coleí aquele prompt. “*Construa um CRM para a clínica.*” É só falar isso. Pega seu site, coloca aqui e aperta enter para ver a mágica acontecer. É uma inteligência artificial que programa aplicativos, sistemas e sites. Chega de ficar tudo na planilha, chega de ficar tudo solto. Isso aqui muda o jogo de muita gente, com pouco investimento. Você não vai depender daquela agência de programação para fazer seu site, daquele programador caro de quem você ficou dependente — porque agora tem outras formas e jeitos de fazer isso.

Em resumo, tudo que parecia muito difícil, tudo que parecia muito caro, agora pode se tornar resultado. E resultado é dinheiro no bolso. Neste exemplo dessa jornada, se tudo isso aqui fosse implementado: taxa de resposta melhorando, o no-show melhorando, tempo de digitação caindo, conversão da avaliação cirúrgica aumentando, custo operacional caindo, e o seu NPS subindo. Isso é bom ou, não é?

Então, essa transformação já aconteceu, e vai deixar só três vagas, só três tipos de oftalmologistas em 2030:

- o funcionário do grupo
- o *commodity* caro ou bem posicionado,
- e aquela pessoa que também vai usar inteligência artificial porque entendeu que a mudança é ao seu favor — é para ajudar.

E não é para ser um mega especialista: é para ser um curioso assíduo, que vai sair da zona de conforto e começar a fazer, testar e iterar para ter bons resultados com a inteligência artificial.

Não é o médico que fica em “AI first” — é o consultório, é o hospital, é a clínica, é a prática médica. Muito obrigado!



Em resumo, tudo que parecia muito difícil, tudo que parecia muito caro, agora pode se tornar resultado. E resultado é dinheiro no bolso.

Sessão de perguntas

[Participante]:

Tenho uma pergunta sobre a transcrição da consulta. No que você mostrou, montou como se fosse um documento de Word. A maioria de nós trabalha com algum tipo de prontuário eletrônico. É possível colocar esses dados dentro, por exemplo, do MedPlus, que é todo segmentado? Tem um campo para acuidade visual do olho direito, um campo para acuidade visual do olho esquerdo, outro para tonometria, outro para o mapeamento de retina, para o resultado do auto refrator. Porque o que você mostrou é um modelo muito simples, mas na prática a gente usa prontuários que já são feitos.

[Guilherme]:

Obrigado pela pergunta. A intenção aqui é provocativa e educativa, então eu tenho que sair um pouco do “tecnês” para mostrar o que é possível de uma maneira muito rápida. Tudo que foi feito aqui pode ser criado com um modelo de automação que usa inteligência artificial. Ele vai lá na IA e aí você vai se conectar, vai dar as instruções e o acesso a esse sistema de prontuário eletrônico que você já usa, que chama API. Eu brinco que é como se fosse o motoboy: você não quer ter acesso ao hambúrguer lá do restaurante — o motoboy te traz. E o motoboy tem que ter acesso à sua casa, você tem que ter a porta ali. Então, a API é a mesma coisa. Ele faz a conexão dos dados. Ou seja, todos os campos estarão lá, e toda essa engenharia que foi feita aqui de uma maneira mais manual, passo a passo, ela vai ser feita automaticamente usando uma ferramenta. Anota aí: chama N8N. É só você voltar lá para o seu time, para quem já te ajuda com as questões tecnológicas. É uma ferramenta muito usada no mundo da medicina principalmente — está sendo muito usada para agendamento de clínicas, para automação com IA, e para transcrição e alimentação do seu próprio prontuário.



Bloco 5

Modelos de negócio e carreira médica

Bilhões sendo investidos na saúde. Fundos ampliam presença no setor. Ativos médicos entram na mira do mercado. O interesse não é novo, mas agora ele ganhou escala. Fundos de investimento e mercado de capitais entram com objetivo claro: crescer e gerar retorno. No modelo de private equity, investidores compram participação em empresas, reestruturam, expandem e vendem com valorização. No mercado de capitais, empresas acessam recursos para crescer ainda mais. Crescimento rápido exige decisões rápidas — mas quando o foco é retorno, qual é o espaço para o cuidado? O médico passa a atuar dentro de uma lógica diferente: mais estrutura ou mais pressão? Mais oportunidades ou menos autonomia? E o que não pode mudar?

As dificuldades no mundo real e como podemos contribuir



Frederico Valadares de Souza Pena,
primeiro-secretário do CBO

Me pediram pra falar sobre as dificuldades no mundo real e como posso ajudar. Creio que isso nasce da ideia de que todos nós – que

estamos no CBO – tentamos achar caminhos mais virtuosos e lidamos muitas vezes com a dificuldade de fazer prevalecer o bom senso. É um problema que não é exclusivo da medicina — vivemos num ambiente onde lutar por aquilo que é virtuoso às vezes cansa, e cansa todos nós. Mas jamais podemos desistir disso.

E se nós que estamos – sem querer ser prepotente – numa posição de elite, uma elite no sentido de formação intelectual e econômica, perdermos o foco naquilo que podemos transformar a sociedade para algo melhor, desistirmos quem vai fazer isso? Vai ser alguém que tem muito menos base e fundamento para tentar empurrar o nosso futuro para uma situação melhor. Isso acontece na saúde.

Ontem, tivemos a oportunidade de ver em vários momentos situações em que você fica perplexo, imaginando que algumas coisas estão acontecendo de uma forma muito inadequada. Mas temos que ter coragem e força, e nos prepararmos. Meu único interesse é que a gente saia daqui com mais otimismo e com ações positivas — por isso o CBO mobilizou vocês para virem até aqui.

Sabendo que há momentos em que a realidade nos faz sentir fracos nesse conjunto de forças que estão puxando para o outro lado — tem muito residente fortão aqui, mas no momento em que ele entra na realidade, ele se vê enfraquecido por todas as forças que movem esse sistema. E aí não adianta ficarmos dizendo que o sistema tá errado: temos que tentar melhorar o sistema. É por isso que estamos aqui.

O que aprendemos desde a nossa base de formação familiar e ética, é fazer a coisa certa. E só vamos conseguir fazer prevalecer a coisa certa se nos unirmos, porque isoladamente nós realmente somos fracos.



tivemos a oportunidade de ver em vários momentos situações em que você fica perplexo, imaginando que algumas coisas estão acontecendo de uma forma muito inadequada. Mas temos que ter coragem e força, e nos prepararmos.

Há uma organização de outras forças da sociedade que tem legítimos direitos e desejos, e que consegue utilizar artifícios que muitas vezes não podemos — porque estamos amarrados com a maravilhosa algema de fazer o certo. E é com ela que temos que somar forças e avançar.

Por que estou falando isso? Porque na verdade, nós continuamos sendo vistos por quem mais interessa — que é o paciente, que é a população — como uma das profissões com maior legitimidade e maior confiabilidade. Junto com os professores, médicos continuam tendo a reputação de serem pessoas que têm valores, que fazem a população admirá-los. E por alguma razão, apesar de a população perceber isso, a gente se vê numa situação de não conseguir efetivar esse reconhecimento. Então, alguma coisa está errada: se quem está na ponta, define o jogo, vota e escolhe, acha que nós somos dignos de confiança e somos admirados — por que será que não estamos conseguindo chegar num cenário compatível com esse grau de percepção da sociedade?

E aí eu trago uma frase que eu acho que resume bem. Mário Vargas Llosa — um prêmio Nobel, um escritor que todos devem ter lido; se não leram, leiam, porque vale muito a pena, um livro especial que é “De volta à tribo” —, um homem de um quilate intelectual incrível, concebeu a frase que eu acho que define o que estamos buscando aqui: *“Todas as grandes conquistas da civilização têm sua origem no progresso da liberdade.”* Quando há liberdade de escolha, o que nós conquistamos por sermos uma elite que temos poder econômico e diferencial intelectual? Nós exercemos o direito de escolha. Mas uma sociedade, muitas vezes, é estruturada de tal modo que esse direito de escolha vai sendo removido das pessoas.



Então, alguma coisa está errada: se quem está na ponta, define o jogo, vota e escolhe, acha que nós somos dignos de confiança e somos admirados — por que será que não estamos conseguindo chegar num cenário compatível com esse grau de percepção da sociedade?

O que explica o fato de, muitas vezes, aquele paciente, aquele cidadão que nos vê num alto nível de reputação, não conseguir dar esse valor para nós? É porque tem gente no meio do caminho tirando esse valor, de alguma forma. O Senador Hiran falou claramente aqui ontem o quanto, lutando por uma lei tão óbvia — que é a da qualificação dos médicos —, ele encontrou muitas resistências dentro do Congresso Nacional.

Estamos aqui para diminuir essa capacidade – através da formação dos residentes que estão aqui — que já estão se qualificando da melhor forma possível, na qualidade técnico-científica e ética. Mas temos que fazer vocês entenderem: o intermediário tem muitas vezes a força de distorcer as escolhas, e tudo que a gente discutiu ontem tem a ver com como o intermediário tem levado esse fluxo do desejo e do dinheiro para algo que não beneficia quem está nas duas pontas — seja o paciente e o médico, ou a empresa que presta serviço.

E nesse contexto, o que pode o médico, o CBO, o CFM, o senador Hiran, e aqueles que lutam pela belíssima profissão que é a medicina — o que podemos fazer para tentar estabelecer um novo cenário, onde a possibilidade de decisão revolte mais para o bom senso e a lógica?

Existe um conceito da economia e da filosofia que é o risco moral, que explica isso. O risco moral descreve o fenômeno em que aqueles que tomam decisões não correm nenhum risco se a decisão for ruim. Vocês conseguem rapidamente pensar em algumas situações da vida cotidiana: infelizmente, estamos sendo controlados por diversas pessoas que, quando impõem um pacote para você atender trinta exames por um valor ridículo — não tem outro adjetivo —, esse indivíduo no final do ano vai ser premiado porque ele reduziu o custo assistencial da oftalmologia na operadora que bateu o lucro recorde. Esse cara decidiu que você vai trabalhar por menos, por uma migalha, e no final do ano vai receber uma premiação porque atingiu a meta. Isso é legítimo, é da economia, é do mundo dos negócios.

A sociedade livre evolui quando conseguimos reduzir a capacidade de usar o risco moral a favor de quem não arca com as



O risco moral descreve o fenômeno em que aqueles que tomam decisões não correm nenhum risco se a decisão for ruim.

consequências — porque ele é premiado e o sistema piora, ele é premiado e o paciente é mais mal atendido.

E por que estamos falando disso? Porque tudo isso está num contexto de sociedade complexa. Aqui eu vou trazer um diagrama que fala sobre o dilema do prisioneiro. É o John Nash — retratado no filme “A Mente Brilhante”, que muitos já devem ter visto; se não viram, vejam — que tem uma grande vinculação com a teoria dos jogos. E o dilema do prisioneiro é uma das coisas mais marcantes da história dos jogos.

DILEMA DO PRISIONEIRO			
		Prisioneiro A	
		Colaborar (silêncio)	Trair (confessar)
Prisioneiro B	Colaborar (silêncio)	1 ano 1 ano	Livre 10 anos
	Trair (confessar)	10 anos Livre	5 anos 5 anos

IFONARCO
FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OPTALMOLOGIA

PATROCÍNIO: GENOM
APOIO INSTITUCIONAL: FPMed
REALIZAÇÃO: CONSELHO BRASILEIRO DE OPTALMOLOGIA CBO

O que fala o dilema do prisioneiro? Todos nós aqui vivemos esse dilema no dia a dia. Na verdade, você está falando de um jogo em que o processo não é cooperativo. Aqui, dois supostos criminosos foram presos e estão isolados dentro da prisão. E quem quer incriminá-los oferece possibilidades de acordo: “Se você entregar o crime, você vai ser solto, e seu parceiro vai ser condenado a dez anos Segunda situação: se os dois se entregarem, os dois são presos por cinco anos. E a terceira situação — a menos provável — se ambos não falarem, ambos serão soltos em um ano”. Só que eles não estão se falando, então a única coisa que eles têm para decidir são os valores que estão dentro deles.

Mas nós somos humanos, e temos sempre a tendência a decidir no curto prazo, no imediatismo. É assim. Na teoria dos jogos, isso levou à necessidade de desenvolver mecanismos de regulação e regras. No extremo da liberdade, o exercício máximo da liberdade pressupõe que todos nós sejamos virtuosos nas decisões. Mas não é a realidade do dia a dia — por isso temos que contar com regras, por isso temos que contar com leis, que têm que ser formatadas de forma mais eficiente. E a regulação, no caso, está fazendo isso de uma forma muito aquém do que desejamos.

Por que isso? Porque também não estamos sendo eficientes, como classe médica e como oftalmologistas, em diminuir o conceito da assimetria de informação. O paciente tem dificuldade de entender as coisas, e se nós não soubermos usar o nosso conhecimento e a ciência para reduzir esse cenário, a tendência é que o processo só piore.

Por isso eu insisto: decidamos por um caminho da virtude. Ontem o Daniel Coriolano mostrou isso: o que nos cabe é tentar usar da transparência, da informação, dos dados, para que as decisões do regulador, do legislador e do público caminhem por uma decisão mais fundamentada. Não basta só fazer o melhor artigo científico para definir qual é a melhor forma de fazer um exame. Fazemos isso muito bem, temos essa notoriedade mundial. Mas também precisamos, como classe, ajudar quem está nesse cenário da saúde suplementar ou pública a entender como decidir.

Por isso o CBO já vem fazendo isso há vinte e cinco anos. É a única sociedade de especialidade que tem o manual de conduta, atualizado todo ano. O que esse manual traz? Explica a realidade de como se administra a rotina dos serviços oftalmológicos, apresenta uma lógica para quem está auditando e acompanhando o que fazemos; dá alguma noção de previsibilidade de custo. Isso significa reduzir a assimetria de informação, para que pessoas que queiram decidir com base em critérios corretos tenham ferramentas.



O paciente tem dificuldade de entender as coisas, e se nós não soubermos usar o nosso conhecimento e a ciência para reduzir esse cenário, a tendência é que o processo só piore.

Programa de Qualificação de Operadoras

O Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), estabelecido pela Resolução Normativa nº 505/2022, tem como objetivo avaliar o desempenho das operadoras de planos de saúde a cada ano. As operadoras são avaliadas compulsoriamente pela ANS, por meio de indicadores que geram o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).



42171-5		BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS S/A	Medicina de Grupo	GRANDE	SF
42233-9		LEVE SAÚDE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A	Medicina de Grupo	GRANDE	RJ
34852-0		NOTRE DAME INTERMÉDICA MINAS GERAIS SAÚDE S.A.	Medicina de Grupo	GRANDE	SF
35966-1		OMINT SERVIÇOS DE SAÚDE S.A.	Medicina de Grupo	GRANDE	SF
34388-9		UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	GRANDE	MT
33510-0		UNIMED SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - COOP. DE TRABALHO MÉDICO	Cooperativa Médica	GRANDE	SF

Mas a ANS, por exemplo, ainda decide quem é uma boa operadora com bases muito fracas de informação. O programa tem alguns critérios, mas coloca em igualdade de condição operadoras muito diferentes entre si, sem avaliar adequadamente quais estão cerceando o direito do paciente ou escondendo os números.

E eu tenho que ser franco: se a gente não medir direito, não vai avançar. E para medir direito, temos que ter protagonismo, temos que ser geradores de dados e evidências, para que o mercado caminhe para algo mais virtuoso, porque vivemos esse cenário de preço de um lado e qualidade do outro, e não é isso que o cidadão quer.

A verdade é que hoje a tendência é que a decisão prevaleça na situação de assimetria de informação, e usando a teoria dos jogos, ela tem prevalecido só no sentido do preço. Porque nós somos frágeis, e porque não criamos um universo de dados, evidências e ciência que informe a opinião pública para que eles nos apoiem — e aí sim, reconectar aquela reputação profissional que temos como médicos à nossa função na sociedade.

Então, no fundo o que eu quero dizer aqui, para começar a rodada de hoje, é que é mais um dever que temos — e não adianta só reclamar. Somos nós que podemos criar um cenário novo, onde o paciente vai poder ter a sua decisão menos alterada pela

interferência de intermediários que querem pegar o dinheiro do paciente e não necessariamente pagar a quem quer fazer a melhor assistência.

E eu fecho dizendo que, se ali naquela queda de braço havia uma notação de fraqueza do braço mais fraco — eu acredito muito que, se reunirmos todas as virtudes, todos os talentos e amigos que estão aqui, e soubermos desenhar isso, a sociedade vai agradecer e nós vamos encontrar um caminho mais próspero. Obrigado, gente — vamos nessa!

” Somos nós que podemos criar um cenário novo, onde o paciente vai poder ter a sua decisão menos alterada pela interferência de intermediários que querem pegar o dinheiro do paciente e não necessariamente pagar a quem quer fazer a melhor assistência.

Modelos de remuneração médica: *fee for service* e *capitation*



Ricardo Valente,
*mestre em gestão pelo ISCTE (Lisboa) e
conselheiro do IBRAVS*



Luiz Taranta,
*presidente da Sociedade Brasileira de
Administração em Oftalmologia (SBAO)*

Ricardo Valente:

Parabéns — isso aqui está maravilhoso! É o que o Senador Hiran falou: a gente nunca teve isso como residente, então é uma oportunidade e um privilégio que vocês estão tendo.

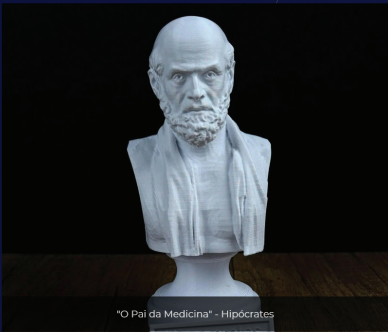
Inicialmente queria que tentássemos voltar no tempo.

Esse filme é de 1985 — então muitos de vocês não vão nem saber, mas aquilo ali é uma máquina do tempo. E essa é a ideia de começar essa palestra: voltar para o período hipocrático, onde tudo começou.

| HIPÓCRATES | 460 a.C.

O médico ia até a **casa do paciente**. Poucos recursos. Muito cuidado. A relação era simples: **médico e paciente**. Sem intermediário.

- Relação direta médico-paciente
- Atendimento domiciliar
- Cuidado personalizado



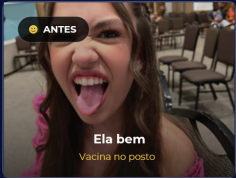
"O Pai da Medicina" - Hipócrates

I FONARO
Fórum Nacional de Residentes em Oftalmologia

GENOM | FPMed CBO — Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Vou começar falando sobre o *fee for service*. Essa é a medicina que deveríamos ter. Todos os ícones da medicina nacional lidaram sempre com isso e buscam essa medicina até hoje: uma medicina com uma relação direta, sem intermediários, com atendimento domiciliar. Deixamos de ser curandeiros, começou a ter um pouquinho mais de ciência dentro dos nossos atendimentos e um cuidado muito personalizado.

| FEE FOR SERVICE NA VIDA REAL



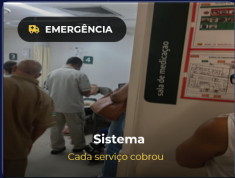
ANTES

Ela bem
Vacina no posto



A REAÇÃO

Após vacina
Reação grave



EMERGÊNCIA

Sistema
Cada serviço cobrou



Uma vacina no posto. Uma reação grave. Cada serviço cobrou a sua parte.
Ninguém era responsável pelo desfecho dela.

● Sistema fragmentado

I FONARO
Fórum Nacional de Residentes em Oftalmologia

GENOM | FPMed CBO — Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Andando um pouquinho mais no tempo, chegamos na Revolução Industrial e na introdução do capitalismo. Continuamos com uma medicina ainda muito direta — esse quadro está na Inglaterra, em Londres — e coloca essa imagem completamente direta e completamente relacional do atendimento, em que não tínhamos ainda escala, não havia ainda os grandes problemas que temos dentro do modelo atual.

E qual é a grande ideia que eu queria trazer aqui? A gente acaba demonizando as coisas. O grande problema que falamos em relação ao modelo do *fee for service* é a fragmentação. E a fragmentação foi criada para resolver um problema — porque quando as clínicas e os hospitais são introduzidos no processo, a gente não consegue ter esse pagamento direto. Então, acho que a grande mensagem que eu pensei em trazer aqui é que as coisas não são feitas para o mal: elas acabam sendo distorcidas no meio do caminho.

O exemplo negativo do *fee for service* que eu trago é um exemplo meu, pessoal: minha filha, linda, de dezesseis anos, teve que tomar uma vacina há dois anos. Em decorrência dessa vacina, ela teve uma reação alérgica muito grave. Eu estava no Supercentro Carioca, operando — tinha dez cirurgias de catarata para fazer. Eu sempre opero ouvindo música. O telefone começou a tocar, até que na terceira vez a circulante atendeu: minha esposa falou que

a Valentina estava muito mal. Eu falei: “*Leva pra emergência*”. Ela foi atendida na emergência e, graças a Deus, acabou tudo bem.

Qual é o ponto aqui? Se ela tivesse ido a óbito por causa do evento, toda a estrutura teria recebido a mesma coisa. Esse é o grande ponto e a grande crise que a gente tem hoje do modelo do *fee for service*: recebemos por entregas não validadas. Como o Fred estava falando há pouco, precisamos tentar estruturar mais esse modelo para ter uma remuneração um pouquinho diferente do que tá acontecendo.

Há seis anos eu tenho esse projeto que eu chamo de “Fala, Doutores” — hoje o maior podcast de desenvolvimento de carreira médica que tem no Brasil. Eu tenho um orgulho de fazer isso. E esse meu presidente aqui já participou e vai trazer um pouquinho da experiência na jornada dele, falando do *capitation*.

Luiz Taranta:

Eu sou Luiz Taranta, sou de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, oftalmologista, e estou na presidência da SBAO. Na SBAO, discutimos muito sobre esses temas de formas e modelos de remuneração médica. Vamos falar sobre *capitation*, um dos temas quentes do nosso fórum. O Abicalaffe falou muito bem, o senador Hiran também. Até o Israel Rosenberg subiu ao palco para falar sobre o modelo. Então, acho que já deu para entender bem o contexto. Vamos trazer uma visão com enfoque um pouco mais pessoal.

No *capitation*, o médico ou instituição recebe um valor fixo por paciente. O enfoque para gestoras e operadoras é muito positivo. Então, quando nos sentamos na mesa de negociação, temos que tentar nos colocar do outro lado: para eles, é muito bom. Aliás, uma dica: entendam a dor do outro. Esse modelo está vigente porque funciona muito bem para a operadora. Há um estímulo à medicina preventiva — então naquelas especialidades que trabalham com doenças crônicas, faz muito sentido. Para a gente, não faz. E o custo, tanto para as operadoras quanto para os prestadores, é muito previsível.

Agora, qual é o grande problema? É que paga muito pouco. Vou dar um testemunho. Temos uma clínica em Campo Grande de tamanho relevante. Há nove anos, tínhamos admitido novos



No *capitation*, o médico ou instituição recebe um valor fixo por paciente. O enfoque para gestoras e operadoras é muito positivo. Então, quando nos sentamos na mesa de negociação, temos que tentar nos colocar do outro lado: para eles, é muito bom.

médicos que tinham terminado o *fellow*. Estávamos com dificuldade de encher as agendas — os médicos vêm sem uma carteira de pacientes. Procuramos um hospital grande na cidade e propusemos abrir um serviço ali dentro, para aproveitar o volume de pacientes que esse hospital — que não tinha um serviço de oftalmologia — já tinha.

Na mesa de negociação, o gestor do hospital falou: “*Por que vocês não atendem São Francisco?*» Falamos que não tinha problema. Ele falou: “*Então, vamos ligar para o diretor da São Francisco.*” E ligou ali na minha frente. Para minha surpresa, quem atendeu foi um colega de turma meu — meu colega de república, moramos juntos durante muitos anos —, e ele era o chefe da São Francisco. Eu não sabia. Ele falou: “*Olha que maravilha, Taranta, quanto tempo!*”. E aí ele falou: “*Vou fazer uma proposta melhor ainda pra você — nós vamos fazer um capitation*”. Eu já tinha ouvido falar no modelo, a gente já estudava, mas não tinha passado pela minha cabeça atender nesse modelo até então. Veio a proposta: estamos falando de nove anos atrás — três reais e cinquenta e quatro centavos por paciente. O convênio tinha vinte e três mil vidas em Campo Grande. Fizeram a conta: dá oitenta e um mil reais e uns quebradinhos. Oitenta e um mil a mais no caixa da empresa por mês. E resolveria o nosso problema de agendas para os médicos novos. Fazia sentido. Conversei com os meus sócios — topamos. Era uma quarta-feira. Topamos, e na sexta-feira o convênio mandou uma carta de descredenciamento para todos os outros prestadores da cidade.

Eu era, na ocasião, presidente da Somato — Sociedade de Oftalmologistas de Mato Grosso do Sul. Imaginem: o cara que deveria estar brigando pela classe descredencia todos os outros prestadores. Eu não consegui dormir sexta e sábado. Eu falei: “*Não vou sair de casa — se eu sair, eu vou comprar um colete à prova de*

balas". Foi terrível, porque todo mundo estava me ligando: "Como que vocês fazem isso?" Eu não sabia. A gente não sabia — o cálculo da gente era que ia atender uma certa demanda por aquele valor - que ia ser o prestador exclusivo, isso não foi combinado em momento nenhum. Isso é para vocês terem uma ideia de como o jogo é pesado.

Por sorte, não tínhamos assinado nenhum contrato: era uma conversa de boca. Na segunda-feira, convocamos uma reunião com esses prestadores. E a gente não só não entrou nessa como combinou que nenhum serviço de oftalmologia em Campo Grande ia participar do *capitation*. Uma combinação que existe até hoje — para os residentes Jonas e Enzo que vão voltar, por favor sigam.

Eles conseguiram fechar com Dourados — que é a segunda maior cidade do estado — para fazer o *capitation* lá. Eram oitenta mil vidas nessa região, com muitos INAs. Eles fecharam com os INAs. Depois de três anos prestando serviço, um outro prestador da cidade ofereceu três reais e quarenta e nove — de três reais e cinquenta e quatro para três reais e quarenta e nove. O que eles fizeram? Descredenciaram imediatamente, sem nenhum aviso prévio. Os caras tinham construído uma estrutura para atender esse *capitation*, com médicos jovens. Do dia para a noite, perderam o convênio.

Então esse é um testemunho pessoal, uma experiência pessoal de como esse jogo é duro e pesado. Temos que tentar aprender com os erros dos outros. Vocês vão chegar no mercado muito mais preparados do que a gente, que chegou muito inocente.

O problema, portanto, não é só pagar fixo — é pagar tão pouco.

E aqui, entendemos o que seria o modelo mais inteligente: o *fee for performance*. Para ser bem prático: são medidos índices de desempenho, e os pagamentos são diferentes entre os médicos que desempenham bem e os que desempenham mal. Por exemplo: se você desempenha muito bem, você recebe duzentos reais por uma consulta; o outro prestador, que desempenha mal, recebe cento e vinte pela mesma consulta. Qual é o problema? Medir esses índices. Quais são esses índices? Esse é

o grande desafio do modelo. Por que você vai remunerar uma consulta rápida ou uma consulta bem-feita? Satisfação do paciente? Quantos exames são gerados por consulta? Se a sua cirurgia é rápida? Se você tem complicações operatórias? Esses índices são uma briga dentro das operadoras. A Unimed Campo Grande já está fazendo isso — temos uma parte da remuneração por performance. Mas existe uma dificuldade muito grande de estabelecer quais são os melhores índices, e fazer essa mensuração não é tão simples.

Ricardo Valente:

Deixa-me acrescentar um ponto que eu considero muito relevante. Em nenhum dos modelos de pagamento que estão no mercado hoje representa uma bala de prata. Eu sou um completo entusiasta do *value-based healthcare* — pelo valor em saúde. Creio que Porter encontrou um caminho para melhorarmos a assistência à saúde, mas como modelo de pagamento, ele ainda não é uma realidade.

Todos os modelos que estão hoje ganhando força no mercado são modelos híbridos. Creio que a mensagem mais importante para deixar aqui para vocês é: enquanto não tivermos mudança de mentalidade e uma agenda baseada em valor, precisamos criar valor para os nossos pacientes. Esse é o ponto mais importante: estamos aqui pelos nossos pacientes. Temos que valorizar o trabalho médico — óbvio. Só que nós não somos o foco disso. O foco é o paciente. E quanto mais vivermos para eles, mais vamos conseguir ser remunerados e ter o real valor que queremos — o valor intangível de viver pelo próximo.

Não podemos perder isso. E cada vez mais — trazendo as virtudes, trazendo o que o Daniel falou ontem, trazendo o que o Frederico colocou hoje —, temos um privilégio que a medicina nos dá. Se os pacientes soubessem quão bom é fazer o bem para eles, a gente quase não receberia. Mas mesmo com tudo isso, ainda vamos conseguir maior valorização — e tenho certeza que melhor retorno financeiro.

Então, não existe um modelo que vocês têm que mirar como o certo ou o errado. E, de verdade, eu acho que o *capitation* foi

vilificado — mas por muito tempo foi uma estratégia que tinha uma certa validade, mas foi perdendo isso no meio do caminho.



Todos os modelos que estão hoje ganhando força no mercado são modelos híbridos. Creio que a mensagem mais importante para deixar aqui para vocês é: enquanto não tivermos mudança de mentalidade e uma agenda baseada em valor, precisamos criar valor para os nossos pacientes.

Atendimento particular: consultório premium e clínica popular



Flávio Hirai,
mestre em Saúde Pública

A minha função hoje aqui é discutir mais dois modelos de negócio que acredito serem muito factíveis, e sair um pouquinho da esfera do plano de saúde — porque são modelos basicamente de pagamento direto: os modelos particulares.

Para entendermos a diferença entre a clínica premium e a clínica popular, eu trouxe um conceito que é do marketing de posicionamento. O posicionamento nada mais é do que a forma como o cliente te enxerga.

Para tornar essa explicação mais didática, podemos olhar o varejo. O mundo do supermercado é um mundo à parte — muito interessante de se estudar, com muita ciência por trás. Falando de posicionamento: temos o *Saint Marchè*, um supermercado um pouco mais bonitinho, dentro de alguns shoppings. O Pão de Açúcar tem um conceito semelhante. Mas ao mesmo tempo,

temos um Carrefour, que é um hipermercado onde você sabe que vai ter que andar muito lá dentro. E hoje também temos os atacarejos — que antes eram só mercados de atacado, mas agora abrem para o público geral.

O que eles entregam são promessas diferentes em relação a preço, sortimento de produtos e experiência da pessoa lá dentro. Você entra no *Saint Marchè* e espera uma curadoria bem-feita, um ambiente bacana, um supermercado limpo, produtos diferentes. Mas vai pagar por isso também.

São modelos diferentes, posicionamentos diferentes. Eles têm essa promessa de entregar coisas diferentes para as pessoas.

Se o posicionamento é uma promessa, a pergunta seguinte é: que promessa estamos fazendo quando falamos em clínica premium ou clínica popular?

Numa clínica premium, a promessa é entregar uma experiência diferenciada — o que o paciente vai esperar de você. A grande vantagem é que você pode trabalhar com um ticket maior, pode cobrar mais pelo serviço, pode ter uma diferenciação. Na nossa especialidade, por exemplo, você pode ter clínicas especializadas em glaucoma, em retina, em córnea, em cirurgia de catarata refrativa, estrabismo, pediatria. O problema é que normalmente o custo fixo é mais alto, porque você precisa manter uma estrutura mais sofisticada. E o paciente vai ser extremamente exigente — pouco tolerante a atrasos, à desorganização. Esses detalhes são importantes. O nível de exigência vai ser mais alto — ele vai querer uma consulta mais demorada. E como que o médico precisa se preparar? Ele vai ter que entender um pouquinho de marca, construir uma reputação, entender sobre experiência do paciente, e ter uma equipe extremamente afinada.

Numa clínica popular, a sua promessa vai ser acesso, agilidade e preço justo. A grande vantagem é que ela pode ter esse componente social — você dá mais acesso, e acesso à saúde é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo inteiro. Ela também tem o potencial de escala — você consegue criar modelos replicáveis. O problema é que o seu ticket não é tão alto, então a sua margem



Se o posicionamento é uma promessa, a pergunta seguinte é: que promessa estamos fazendo quando falamos em clínica premium ou clínica popular?

é menor. Isso faz você depender muito da eficiência — fazer mais com menos. O que o médico precisa saber numa clínica popular é gestão: processo, produtividade e controle. Eu costumo falar que, se você for trabalhar numa clínica dessas, você precisa fazer gestão, gestão e gestão — gestão de processo, gestão de pessoas e gestão de custo. Você precisa saber fazer conta, senão ela não vai fechar.

Existe um conceito que a gente vem discutindo: maturidade médica.

Vocês precisam saber, antes de tudo isso que estamos discutindo, qual tipo de médico vocês querem ser. É muito comum pegar grupos de jovens médicos discutindo qual vai ser o nome da clínica, como vai ser a fachada, como vai ser a sala de espera. É uma grande tentação discutir a embalagem antes do fundamento. E eu não estou falando nem do produto que vai dentro da embalagem — é o fundamento. E é onde vocês estão hoje.

Se você é aquele médico raso, superficial, que toca as coisas de qualquer jeito, não se preocupa, não estuda, quer fazer o seu esquema — não há modelo de negócio que vai dar jeito em você. Agora, se você é aquele cara que se dedica, que estuda, que segue a hierarquia, ouve o seu preceptor, não acha que é o super-herói e faz as coisas da residência sem pular as etapas — você provavelmente vai se dar bem em qualquer modelo de negócio.

A medicina — vi uma frase esses dias muito interessante — não é feita de ansiedades dentro de uma embalagem bonita. A carreira médica é feita com muita dedicação, muito estudo, horas de trabalho e tempo. Vocês não precisam ter pressa para fazer as coisas. Aprendi isso com os americanos: eles não têm pressa. Eles se dedicam ao máximo à formação deles, porque quando saem para trabalhar, eles saem prontos.

O mercado não perdoa. O mercado — para quem é fã de Star Wars — é igual à Força: é um negócio que ninguém sabe o que é de verdade, mas ele existe. Às vezes para o bem, às vezes para o mal. Ele se autorregula e vai te regular — às vezes sem você perceber. O mercado pode até comprar marketing por um momento, mas a medicina só sustenta no longo prazo aquilo que é construído com verdade. E verdade na carreira médica tem nome: é dedicação, estudo, foco, humildade, paciência e visão a longo prazo.

Tudo que vocês estão ouvindo de ontem e hoje até agora é muito importante, mas nada troca a dedicação de vocês na residência agora. O que vocês precisam entender é que, além da residência, vocês vão ter que aprender tudo isso que tem sido falando aqui. Não tem jeito — porque senão o mercado vai engolir vocês. E engole, sem dó.

Para terminar: antes de decidir se sua clínica será premium ou popular, decida se sua trajetória será superficial ou consistente. Lembre-se: modelo de negócio abre portas, mas é a maturidade do médico que mantém a porta aberta.



Se você é aquele médico raso, superficial, que toca as coisas de qualquer jeito, não se preocupa, não estuda, quer fazer o seu esquema — não há modelo de negócio que vai dar jeito em você.

Sessão de Perguntas e Debate

Israel Rosenberg:

Flávio, de que modo você tenta dar coisas adicionais aos seus pacientes — que carinhos, que mimos além dos básicos você dá ao seu paciente? Eu, por exemplo, sempre lavo a mão na frente do paciente. Não basta só ser honesto — a mulher de César não só tem que ser honesta, mas tem que mostrar que tem as mãos limpas. Que coisas extras você oferece para mimar o seu paciente?

Flávio:

Vou já te desanimar: eu sou de popular, não sou de premium. Mas tem alguma coisa interessante: você tem que ter o chão limpo, a recepção bem treinada — mas vou falar uma coisa interessante, uma historinha que eu vi num curso de administração. Um professor tinha uma rede de dermatologia em São Paulo, várias clínicas. Alguém perguntou se ele servia café na clínica — porque o café é um dos mimos. Esse professor virou e falou: *“Gente, a minha clínica atende dez mil pacientes por mês. Se metade desses pacientes resolverem tomar café, são cinco mil cafés por mês. Eu duvido que um boteco aqui do lado sirva cinco mil cafés por mês.”* Então, a minha clínica não tem café para os pacientes. Mas numa clínica um pouco mais diferenciada, você pode ter esse detalhe.

Está muito em alta hoje falar da experiência e da jornada do paciente — do começo ao fim. Uma coisa que existia muito pouco no passado nas clínicas e ainda é muito difícil hoje, por exemplo, é o pós-consulta: fazer o follow-up com o paciente. Esse pós-consulta pode começar dentro da própria clínica também, dentro da orientação. Às vezes você conversa, passa a receita — mas o paciente saiu sem entender direito. Dar esse suporte, agregar mais conhecimento e orientação, é uma coisa que faz muita diferença.

Outro dia eu fui a um laboratório fazer um exame. Me ligaram depois para perguntar como tinha sido o atendimento e me explicaram tudo — porque dependendo do exame, o resultado não sai todo junto, vai saindo em pedaços, e me explicaram o porquê de cada parte. E não era porque eu sou médico — eles fazem isso com todo mundo. Eu achei muito interessante. Isso é uma das coisas que vale a pena investir.

Hiran Gonçalves:

Nós trabalhamos muito tempo juntos, Israel. Eu também optei por essa vertente da política, mas tenho hoje uma clínica muito bem montada e faço muita medicina. Em 2005 eu tive um evento adverso — foi devastador. Eu operei cinco pacientes, cinco cataratas. Tive quatro endoftalmites. Mas eu sempre fui muito

cuidadoso pedindo para o paciente voltar e fazendo um pós-operatório bem imediato.

Depois daquilo eu estabeleci que teríamos uma pessoa na clínica para ligar para todos os pacientes no dia seguinte, para verificar se todo mundo está se sentindo bem. É uma coisa que dá muita tranquilidade pessoalmente. Se o paciente sentiu algum problema doze horas depois, pode ligar para a clínica, porque tem alguma coisa errada. Isso é uma coisa que, até do aspecto médico-legal, vai proteger muito vocês — às vezes tem que fazer uma vitrectomia rápida nesse paciente. Você salva a visão do paciente e também se protege no aspecto médico-legal.

Outra coisa que eu tenho feito: como operamos pessoas muito simples, que às vezes não tem dinheiro para voltar para casa de ônibus, entregamos uma bolsinha com os colírios que a pessoa vai usar no pós-operatório — porque assim estamos fazendo prevenção da contaminação. Avaliem se vale a pena.

Cristiano Caixeta:

A chance de dar errado é muito baixa. Mas se pergunte o seguinte: se você for operado ou fizer qualquer procedimento, mesmo que a chance de estar mal no dia seguinte seja pequena, se você não for atendido, certamente a sua sensação de acolhimento e atendimento será muito pior. Então, o contato no dia seguinte é algo que estão deixando de fazer, mas que precisa ser feito.

Participante:

Estávamos conversando durante o café da manhã sobre a oportunidade que vocês, residentes, estão tendo com um fórum como esse. E eu queria tornar a pergunta uma constatação um pouquinho mais complexa: da maneira como vocês desenharam os modelos de clínica, parece que há dois caminhos distintos: popular ou premium, e sabemos muito bem que os modelos costumam ser mistos. Os residentes, quando começarem, vão abrir uma clínica, e por mais que queiram determinar o perfil de pacientes, é muito comum que entre desde o seu João, trabalhador rural, até um deputado federal para ser atendido. Então, do ponto de vista de

gestão, como atender de início uma clínica que contemple desde o paciente que juntou o dinheiro com muita dificuldade para pagar uma consulta particular, até um paciente mais abastado?

A minha constatação, de quase trinta anos de oftalmologia, é: investir nos sistemas. Você tem que investir em rotinas e sistemas, porque isso vai te dar sustentação para atender o paciente que vai te exigir mais e o paciente que teoricamente vai te demandar menos. São essas rotinas e sistemas dentro de uma clínica, independentemente do perfil, que vão te ajudar bastante.

Flavio Hirai:

Isso faz todo sentido. A minha mulher é dermatologista, e no congresso do ano passado, a grade de gestão era interessante. Para aproveitar a viagem com ela, pedi ao presidente para assistir a programação de gestão. Eles têm uma parte de medicina de luxo — não dá para a oftalmologia chegar naquilo, é um negócio muito fora da nossa realidade: champanhe, questionário do que o paciente gosta, se tem cachorro. Duas coisas podemos transportar sim: a experiência do paciente e o respeito ao tempo. No mercado de luxo, o respeito ao tempo do paciente é muito valorizado, e conseguimos replicar. E podemos melhorar a experiência do paciente — mesmo no SUS.

Lucas — R3, Centro Oftalmológico de Minas Gerais:

Ouvimos palestrantes de excelência aqui, e muitos têm mestrado, doutorado e pós-doutorado. Mas temos um incentivo muito pequeno — pelo menos conversando com outros residentes do meu serviço, ninguém quer seguir pela área acadêmica. Pensando em marketing, gestão e empreendedorismo, qual é o papel hoje do mestrado e do doutorado na nossa formação? E o retorno disso para atuação com os nossos pacientes — se você vai atuar no interior, isso vai ter algum benefício, ou é mais para a carreira acadêmica?

Maria Auxiliadora:

Depende muito do que você quer, da sua motivação e do tipo de clínica que você vai abrir. De uma forma geral, se você tem uma

clínica um pouco mais elitizada, aqueles pacientes que procuram por isso dão valor a uma formação mais acadêmica, mais completa. Numa clínica popular, eu não sei se eles dão importância para isso. Mas independente de qual caminho você siga, esforço e capacitação trazem retorno. Você se capacitar, você estudar, traz retorno independentemente de qual caminho você queira seguir. Eu sou um entusiasta do academicismo. Ele te prepara muito bem. Tem gente que não é tão bem-preparada e tem título de doutor, mas de forma geral, esse percurso te traz uma capacitação diferenciada por uma série de coisas — ainda que você não queira ser professor e dar aula. Se preparar bem ao longo da jornada traz um diferencial importante.

Fábio:

Eu vejo que os residentes têm acesso a uma arma poderosíssima e muito pouco explorada ainda — e que não custa praticamente nada: os dados do mundo real, relativos à experiência, ao desfecho e ao perfil do paciente, como estratégia para lidar com o sistema e com os modelos de remuneração. Quando alguém for negociar com vocês um preço ou um modelo de remuneração, uma boa estratégia — e uma boa prática ética — é discutir resultado antes de discutir preço. O senador usou ontem o exemplo de câncer de próstata: que resultado você quer? Um paciente com ou sem incontinência, com ou sem impotência? A medicina tem diferença de resultado. Isso muda toda a lógica de negociação. E hoje não custa praticamente nada, porque com as ferramentas de IA você pode gerar esse conhecimento. O sistema não está preparado pra discutir isso: ele ganha o jogo porque discute só custo, nem preço nem valor. Ricardo, você acha que é uma arma secreta mesmo?

Ricardo:

Obrigado pela deixa. Gente, estamos em crise. Precisamos pensar fora da caixa. Esse modelo que nos trouxe até aqui não vai nos levar a lugar nenhum. Analisar dados, saber o que a gente faz e apresentar isso como um diferencial — isso que o Fábio está trazendo — é a base do valor. É fundamental e essencial.

E o último gancho: existe um curso de Harvard que é pró-bono — um *intensive seminar* do Porter, feito uma vez por ano, uma semana em Boston, e custa zero. Acessem a internet, se inscrevam, aprendam mais sobre valor. É um negócio que vai trazer muito diferencial para carreira de vocês.



Bloco 6

Gestão de atendimento SUS

Administração direta, terceiro setor e OS/Remuneração no setor público vs privado



Tiago Velloso,

coordenador do Hospital Municipal Evandro Freire (RJ)

Meu nome é Tiago Velloso. Eu tenho uma trajetória em gestão. Não sou médico, mas hoje eu sou doutorando em saúde coletiva pela UFRJ. Ampliou meu olhar fazer esse doutorado não só pelo conhecimento, mas também pelo olhar social da população. Então essa ideia que eu vou trocar com vocês hoje sobre isso. Então parabênizo a todos por estarem aqui abertos a essa oportunidade.

Estamos em um mundo em plena transformação. Eu costumo dizer que passamos por uma Revolução Industrial e hoje estamos na Revolução do digital, da transformação, da aceleração, combinado com envelhecimento da população. Então, vou tentar passar alguns insights.

Eu vim do setor privado, de um grande grupo econômico, um dos maiores do Brasil e há 10 anos eu venho atuando no SUS. Um livro que inspirou muito no passado foi “As lições do setor privado para o setor público”, mas hoje, atuando 10 anos no SUS, eu trago lições do setor público para o privado nessa equação que vocês tanto ouviram aqui esses dias, sobre como gerar valor.

Gerar valor é a expressão mágica para qualquer instituição, em qualquer setor. Gerar valor no setor privado é gerar valor para o acionista, para o investidor. E como que a gente gera valor no SUS? O SUS é um sistema universal, um dos maiores do mundo. Ele está em construção e tem muitos desafios, que não se resumem só à questão do financiamento: tem também a questão da gestão e da qualidade. E eu, que vim desse grupo econômico da saúde, que se posicionou em relação à qualidade, quando vim atuar no SUS, eu perguntei: por que a gente não pode ter qualidade no SUS?

Atuo como diretor de hospital. Eu dirijo uma organização social no Rio de Janeiro que é a parceira do Hospital Albert Einstein em São Paulo. No Rio eu sou diretor regional e atuo há 8 anos em um hospital público desafiador, numa região complexa de desigualdades sociais, de violência, que é a região do Complexo do Alemão. Quem não conhece o Rio de Janeiro, já ouviu falar. É muito desafiador operar nos dois e não é porque é SUS, porque está lá numa região complexa, marcada por desigualdades, que não podemos ter qualidade. Ter qualidade no setor público é um grande desafio e uma grande oportunidade para vocês, residentes.

Os grupos econômicos desfilam com grandes selos de creditações, de performance, e nós também temos conseguido conquistar esses selos no setor público, no hospital público, mas com orçamento muito menor. Conseguimos até remunerar o médico melhor no SUS. A enfermagem também. Existem muitas



Gerar valor no setor privado é gerar valor para o acionista, para o investidor. E como que a gente gera valor no SUS?

oportunidades de trabalho nesse grande sistema do qual temos que nos orgulhar.

A tônica aqui é gerar valor. Gerar valor significa atuar no letramento do dado. Preste atenção nisso: hoje, a grande discussão não é mais gerar volume, mas sim qual o impacto dos dados que vocês, como profissionais de saúde, estão gerando ou irão gerar. Dados sobre o desfecho, não só o volume. Um dos maiores desafios também é melhorar os resultados em saúde porque temos um desperdício enorme de recursos. Temos um investimento altíssimo na saúde pública e privada, mas e os dados? E o retorno em saúde? E a melhoria da assistência? É como se essas medições fossem uma caixa preta na saúde.

Então vocês, os médicos novos, invistam no letramento de dados, letramento digital. Se apropriem dos dados, porque o dado é que vai colocar vocês como protagonistas das suas carreiras. Se ficarem só trabalhando no volume, vocês serão engolidos pelo sistema.



Falando um pouco sobre os desafios do SUS, é alta demanda sobre financiamento, filas, qualidade, como já falamos. Em torno de 10% do nosso PIB vai para saúde. Desses 10%, dois terços são gastos no setor privado e um terço vai para o SUS. Então, tem a questão do subfinanciamento, mas a questão da gestão é um

diferencial também. Desse um terço que vai para o SUS, em torno de 4% também vai para o setor privado. Já pararam para pensar quantas instituições públicas tem plano de saúde privado? Então, esse investimento também está alimentando o setor privado. Não estou fazendo nenhuma crítica: é uma constatação de dados.

Então, esse é um dos maiores problemas do SUS: o subfinanciamento. Outro dado importante é que ele é construído com parcerias. Também é importante sabermos que o setor privado está dentro do SUS. Nosso sistema é único e universal. Existe algumas percepções que temos dois sistemas, mas não: o sistema é único. A vigilância sanitária, que autoriza o setor privado, por exemplo, para funcionar, é do setor público.

Em relação a essa questão de o sistema ser único, temos a parceria das organizações sociais, as filantrópicas e as organizações sociais, que representam o terceiro setor. É um modelo que veio para desenvolver o SUS, e nada mais é do que o setor privado operando o setor público. A organização na qual eu trabalho, por exemplo, tem flexibilidade nos modelos de remuneração do setor privado operando no SUS. Maior flexibilidade para compras, para contratar CLT e pessoas jurídicas. Então, se abre um leque enorme para o médico, e permite que seja encontrado também esse equilíbrio entre o acesso e a sustentabilidade econômica.

Outro dado importante é que 75% da população depende do SUS. Então você vê que tem um orçamento mínimo, e a desafiadora questão do acesso.

Vamos falar um pouco sobre os hospitais que gerimos lá no Rio de Janeiro, nessa equação de valor, onde trabalhamos o equilíbrio entre qualidade e custo. Trabalhamos com essa equação combinando processo, pessoas e tecnologia. É um tripé. A ênfase da gestão é combinar exatamente pessoas, processos e tecnologia, mas a tecnologia como meio da gestão. Ela não é o fim. A ênfase é no desenvolvimento das pessoas, nos processos de trabalho, nos processos organizacionais

Unidades SMS/CEJAM RIO



HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE e CER IHA

Em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro, o CEJAM inicia administração do Hospital Municipal Evandro Freire e CER IHA. Com uma estrutura moderna e equipamentos/aparelhos de alta tecnologia, a unidade atende em especialidades como: cirúrgica, traumatismo-ortopedia, clínica médica, terapia intensiva e pediatria.

O Complexo é referência para a população da Ilha do Governador, na zona norte do Rio de Janeiro, com um atendimento humanizado e acolhedor.



HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO

Localizado em Bangu, zona Oeste do Rio de Janeiro, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, sendo uma referência no cuidado especializado em saúde da mulher e saúde materno infantil.

Foi o primeiro da rede municipal focado na saúde feminina. Referência em obstetria e ginecologia, a unidade integra o programa Cegonha Carioca, com leitos de UTI neonatal e partos humanizados.



HOSPITAL MATERNIDADE PAULINO WERNECK

O Hospital Maternidade Paulino Werneck, localizado no Cocotá, Ilha do Governador (RJ), foi reinaugurado em abril de 2024 como uma unidade especializada em parto humanizado, após longo período fechado.

A unidade oferece emergência obstétrica 24h, centro de parto normal (com banheira), UTI neonatal e atendimento focado na saúde da mulher e do bebê.

IFONARO
FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

INTRODUÇÃO

GENOM

AFILIAÇÃO INSTITUCIONAL

FPMed

REALIZAÇÃO

CBO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Eu costumo dizer que para sustentar esse modelo precisamos ter menos custo e mais qualidade. Nós focamos na matriz de qualidade expressa na equação do Michael Porter, de Harvard, onde a maior ênfase é na qualidade e em reduzir custos, porque é isso que vai sustentar o modelo gestão.

Estamos em um momento de transformação, de aceleração, e muitas oportunidades para reconstruir nosso sistema, seja ele no setor público ou privado, estão postas. As oportunidades surgem justamente nessa crise, nessa aceleração.

Mas temos que focar em dados: estudem, estudem, estudem. Se capacitem, se apropriem dos dados do trabalho de vocês, porque isso é que vai permitir as negociações. Isso é que vai permitir vocês tomarem conta da vida de vocês, do futuro da profissão de vocês. É ter um olhar para dados. Eu vou repetir isso incansavelmente: essa equação, seja em uma clínica, seja em um hospital, seja no setor público ou no privado, num grande grupo, essa equação serve para todos. Tudo o que vocês se propuserem a fazer, vocês têm que reduzir custos, fazer mais com menos, mas nunca se esqueçam de altíssima qualidade, de equilibrar essa equação qualidade e custo.

Hoje há diversas possibilidades e tecnologias que permitem escalar. A gestão é uma das maiores inovações do século 20 e é ela

quem impulsiona e escala qualquer iniciativa. Independentemente de ser no setor da saúde. Essa combinação da gestão com a medicina é o grande segredo do sucesso, porque a medicina não evoluiu tanto quanto os outros setores da economia. A gestão evoluiu em diversos segmentos da economia.

Não se preocupem com gestores que vão explorar vocês: vocês precisam ser os protagonistas das suas carreiras, combinando esse olhar de gestão e medicina, porque entender da gestão, da governança de dados, e ter esse equilíbrio para discutir, para negociar, para inovar é que vai impulsionar suas carreiras.

Há diversas ferramentas. Por exemplo, lá nos nossos hospitais, onde geramos valor equilibrando dados, processos, pessoas, conseguimos, de fato, criar sustentabilidade e nos comparar aos grandes grupos econômicos dentro do SUS, gerando informações. Através das informações vamos ganhando, dentro do possível, protagonismo e conseguimos entregar valor medindo desfecho com base nos resultados e mantendo a sobrevivência da organização.

Todo esse assunto que estou falando é um pouco intangível, porque ele não aparece. São ações praticamente invisíveis. O gestor é um grande design das operações. Pode ser de um consultório, de uma clínica, de um hospital. Mas a combinação de processo de trabalho, orquestrado por pessoas, pelo time, com o uso da tecnologia, como se fosse uma arquitetura mesmo, e os dados que trafegam dessa relação de impulso e atitude, é o que gera valor.

Estive em um evento que é maior discussão mundial de saúde digital: 45 mil participantes buscando insights sobre as possibilidades do digital e da telemedicina transformarem totalmente nosso setor.

” Mas temos que focar em dados: estudem, estudem, estudem. Se capacitem, se apropriem dos dados do trabalho de vocês, porque isso é que vai permitir as negociações. Isso é que vai permitir vocês tomarem conta da vida de vocês, do futuro da profissão de vocês.

Nós desenvolvemos nas nossas unidades um escritório de valor em saúde onde damos ênfase numa tríade combinando a inteligência de dados, a vigilância epidemiológica e a qualidade. A qualidade é nosso maior motivo para existir. Mas como que você faz isso sem um olhar também sobre a população, fazendo a gestão da saúde populacional e combinando com esses dados para tomar decisão e, principalmente, medir desfecho? Eu escutei aqui o senador comentando sobre a clínica dele. É importante se preocupar com o retorno, porque isso é o que mais importa: o resultado, o desfecho, para melhoria dos dados em saúde.



Referências Modelo de Gestão

Bases conceituais para inovação e gestão do cuidado em saúde



Zanini expõe que ambientes de alta confiança reduzem custos de transação, aumentam a cooperação entre profissionais e favorecem melhores resultados clínicos e gerenciais.



Lee enfatiza a confiança como elemento central na coordenação organizacional e na melhoria do desempenho institucional.



Para Christensen, a inovação não deve apenas melhorar processos existentes, mas transformar estruturalmente a forma como o cuidado é entregue.



Porter e Teisberg propõem a reorganização dos sistemas de saúde com foco em linhas de cuidado integradas, mensuração de desfechos clínicos e competição baseada em valor, e não em volume de serviços.

IFONARO
FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

PRÁTICO GENOM AFIO INSTITUCIONAL REALIZAÇÃO
GENOM FPMed CBO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Já sobre o papel da oftalmologia: uma oftalmologia baseada em dados gera valor para o sistema e para a carreira médica. Falamos sobre a combinação de pessoas, processos e tecnologia. O oftalmologista do futuro não será apenas um especialista: será um agente de geração de valor dentro do sistema de saúde orientado por dados. Pensem sobre isso, sobre esses *insights* para vocês protagonizarem na carreira de vocês.

Outro *insight* importante nessa combinação de valor, desfecho e custo. Gerar o melhor desfecho com menor custo possível para o sistema, só com a governança de dados, com esse olhar nos dados. Não dá para pensar só em volume. É preciso usar os dados que estão sendo gerados em todas as ações que vocês fizerem, seja no público, seja no privado.

A questão da lógica da empregabilidade médica também é indispensável: o mercado não precisa de mais médicos, mas precisa de médicos que remodelem o sistema com essas oportunidades que a tecnologia traz, mas sempre pensando nesse equilíbrio de processos, pessoas e tecnologia, equilibrando qualidade e custo para vocês trabalharem aonde for e criarem um mercado para o novo médico. A oportunidade que está aberta, essa aceleração, essa transformação que a gente está vivendo é mais forte do que a Revolução Industrial. Então, muitas oportunidades vão acontecer nesse mercado.

O médico que gera valor usa dados, usa processos, entrega os melhores desfechos para o paciente do sistema. Pensem sobre isso. O resultado final: valor para quem mais importa, o paciente e a sociedade, e para o nosso sistema de saúde.

” O mercado não precisa de mais médicos, mas precisa de médicos que remodelem o sistema com essas oportunidades que a tecnologia traz, mas sempre pensando nesse equilíbrio de processos, pessoas e tecnologia (...).

Existe essa fala sobre a falta de financiamento, mas falta gestão também. Então, cabe também ao médico ter esse olhar para gestão, equilibrando as ações de gestão para que consigamos, através do sistema, gerar valor, gerar melhor saúde para os pacientes do setor privado. Nesses grandes grupos que estão sendo citados gasta-se muito. Dois terços desse orçamento do PIB vão para isso, mas na hora abrir a caixa preta, os dados não são divulgados. Será que esse gasto todo em saúde está melhorando a vida das pessoas? Eu acredito que a gente consiga fazer isso dentro do SUS. Quando comecei a atuar no SUS, eu achava que íamos trazer as lições do setor privado, mas o setor privado desperdiça muito, gasta-se muito. Hoje, com orçamento muito menor, conseguimos entregar resultado de valor que são medidos, que são desfechos.

Então, é possível termos empregabilidade dentro do SUS, nas parcerias com as organizações sociais que hoje estão crescendo, em torno principalmente no Sudeste. Em São Paulo e no Rio de Janeiro, 60% das unidades de saúde já são operadas com o setor privado filantrópico, sem fins lucrativos, que representam oportunidades de trabalho para o novo médico.

Torne-se um médico que entende, analisa e transforma o sistema. O milagre não é só liderança, não é sistema, não é o software. A grande transformação digital será construída pelas organizações que pararem de comprar tecnologia como evento isolado e passarem a orquestrar a saúde com uma arquitetura invisível, continua e governada. Então o médico se apropriar do dado é que vai ser o grande diferencial.

A grande oportunidade que temos para transformar o sistema está principalmente no olhar sobre o desfecho, no medir, de fato, o que estamos gerando para o nosso trabalho. Não é só volume o que eu quero para o meu trabalho: eu quero melhorar a vida das pessoas.



A grande transformação digital será construída pelas organizações que pararem de comprar tecnologia como evento isolado e passarem a orquestrar a saúde com uma arquitetura invisível, contínua e governada.

Remuneração no SUS via OCIs



Wilma Lélis Barboza,
ex-presidente do CBO

Vou falar fundamentalmente com aqueles que estão iniciando na carreira. Nós vamos discutir uma mudança de mercado, mas eu vou começar naquilo que é o padrão.

Quando falamos em mercado oftalmológico, o clássico é do SUS à escala privada. A SBAO lançou, junto com o CBO, em 2024, um livro onde nenhum dos capítulos trata exatamente sobre esse conteúdo que trago aqui para vocês.

Basicamente o que temos falado desde ontem aqui tem foco na saúde suplementar. É disso que vimos falando: das oportunidades, do quão melhor ele é que o SUS, e também estamos falando sobre grandes dificuldades e de como isso precisa ser melhorado. Muito do que se falou desde ontem aqui está focado nessa ideia. E onde estão essas oportunidades?

Onde tem o maior volume de escolas médicas, grandes consultórios, grandes empresas, mais atendimento médico por saúde suplementar e onde se paga mais pela saúde, é no Sul e no Sudeste.

Esse é um clássico que nós temos observado e na nossa trajetória como oftalmologistas, a medida em que vamos nos formando, nós temos alguns degraus a seguir. São várias fases da nossa jornada. Na primeira fase da jornada, assim que a gente sai da residência, basicamente o que se sugere, e o que se espera, é que se trabalhe muito frequentemente em serviço SUS. É aquela fase em que talvez você comece a fazer o seu fellowship, e é uma fase em que você começa a consolidar o seu aprendizado. Ontem se falou aqui o que é mais importante para aprender.

Existe uma dualidade minha - eu até compartilhei isso com os colegas ontem - que está na forma como ensinamos. Como professora universitária, percebo que ao longo do tempo ensinamos depositando conhecimento. Nós fomos formados como acumuladores de conhecimento, mas hoje temos a inteligência artificial, uma ferramenta na mão que vai reduzir, na verdade já está reduzindo, a nossa necessidade de saber tudo, de ter conhecimento na nossa memória. Então, vamos precisar mudar a forma de aprendizado. Fico pensando sobre isso, e até uso uma experiência minha: quando eu me formei, não existia, por exemplo, OCT. Como é que você se abre para as novas experiências e para as novas tecnologias? Com conhecimento básico. Se eu tivesse que dizer o que vocês mais precisam saber, diria: histologia, anatomia, fisiopatologia. Com isso vocês estarão prontos para assimilar todas as inovações que vierem. Conhecimento básico é absolutamente estruturante, e nessa fase, quando se vai para o mercado de trabalho, que se começa a sedimentar todo conhecimento sobre atendimento, e a organização disso vai consolidando essa habilidade diagnóstica assim como a cirúrgica. Começa a conexão com os gestores dos serviços, com os colegas. Começa a formação de um grupo. Começa-se também a pensar no futuro empresarial. É a hora da criação do Instagram profissional. Ontem vocês viram aqui as regras. Coloquem lá o seu RQE. Solicitem ao CFM. É gratuito.



Se eu tivesse que dizer o que vocês mais precisam saber, diria: histologia, anatomia, fisiopatologia. Com isso vocês estarão prontos para assimilar todas as inovações que vierem. Conhecimento básico é absolutamente estruturante (...).

Quando falam que nós somos poucos, e ontem vimos aqui mencionada a demografia médica, o número de oftalmologistas que está escrito ali é baseado em RQE. Esse número é absolutamente subestimado, porque tem muita gente que tem direito e não requisita o RQE. Então, aos olhos dos governantes e da população, fica uma falsa impressão de que nós somos poucos. Por todos os motivos, solicitem seu RQE.

Depois vem aquela outra fase onde começamos a reduzir o trabalho no SUS e a focar nos convênios. Essa parte também é muito relativa. Eu moro no eixo Rio-São Paulo, em Taubaté, uma região altamente industrializada. A maior parte dos planos em saúde são planos empresariais, então ali grande parte da população tem atendimento via saúde suplementar.

Quando eu fui para lá eu cheguei e falei: vou atender os convênios. Essa é a minha fase da vida. Acontece que eu só consegui entrar na cooperativa médica, na Unimed, porque todos os outros convênios, desde a década de 90, tem alguns CNPJs credenciados e não credenciam mais ninguém. Essas clínicas vão crescendo e colocando pessoas para trabalhar para elas, mas ninguém mais consegue credenciar. Ficamos falando da saúde suplementar como se fosse fácil entrar, e não é bem assim. Isso é muito complexo e as cooperativas médicas, as Unimeds são boas, são ótimas. Belo Horizonte é um excelente exemplo. Uma das maiores operadoras do país. No entanto, na minha região já teve falência, já teve intervenção da ANS. Então, não é tão simples assim. Precisamos olhar para o nosso local, e aí todas as dicas que nós dermos aqui serão relativas. Levem muitas informações porque algumas delas serão úteis para vocês.

Depois vem a fase do Premium, que a hora que você vai querer escalar, como disseram ontem: *“Para começar eu atendia convênios. Depois, eu pude optar por deixar de atendê-los”*. É a hora em que você está querendo uma agenda mais seletiva e uma remuneração melhor, e tende a despendar mais tempo com o seu paciente.

” Precisamos olhar para o nosso local, e aí todas as dicas que nós dermos aqui serão relativas. Levem muitas informações porque algumas delas serão úteis para vocês.

Então, se formos olhar para essa evolução da carreira médica, basicamente o que tá escrito nos livros hoje é que um risco é a estagnação no SUS, e estamos aqui hoje para discutir se isso realmente é um fato. Essas regras de ouro de estratégias são muito relativas O que é regra hoje, não será amanhã. Então, essa evolução - e a vantagem de ficar velha é essa - a gente vai vendo as coisas mudando com o tempo - então, nunca depender de uma única fonte de receita, eu acho que realmente é uma chave bem interessante. No mais, as coisas mudam com o tempo e algumas dessas estratégias já foram muito bem discutidas aqui com vocês.

Falando em tudo muda, eu vou trazer aqui uma questão de tempo para entendermos como breve são as coisas. A Agência Nacional de Saúde, que regula todos os planos de saúde que temos discutido aqui ao longo desse um dia e meio, foi criada em 2000. Acho que a maior parte das pessoas dessa sala nasceu antes de 2000. Em 2000 eu já estava obtendo meu doutorado, quer dizer, para mim foi ontem. Quem perguntou aqui sobre carreira médica, acho relevante que vocês pensem no *strictu sensu* já na sequência da especialização. É uma oportunidade para desenvolver um pensamento crítico e um aprofundamento numa área que é muito interessante. Façam por prazer muito mais do que por estratégia, mas isso, com certeza, vai agregar.

Consulta oftalmológica no SUS

Consulta médica em atenção especializada	10,00
Biomicroscopia do fundo-de-olho	12,34
Tonometria (monocular)	3,37
Gonioscopia (monocular)	6,74
Mapeamento de retina (monocular)	24,24
	R\$ 91,04

Temos as operadoras de planos de saúde atendendo um quarto da população brasileira: 53 milhões de pessoas, número muito maior do que a população de muitos países têm atendimento pela saúde suplementar. Então é óbvio que nós precisamos estar nesse mercado, e é um mercado que cresce principalmente com os planos empresariais. A fonte dessas informações é o site da ANS.

Esses 53 milhões estão em todo o país, mas se olharmos o mapa do Brasil, podemos ver que a região sudeste tem mais de 30% da população com assistência pela saúde suplementar, mas temos outros locais com o máximo 30%.

Vamos olhar o exemplo da Bahia. A Bahia tem cerca de 14 milhões de habitantes, e no máximo 20% das pessoas têm acesso à saúde suplementar, mas nós estamos falando que 12 milhões de pessoas não têm planos de saúde. Como eles vão chegar a nós? Pode ser no particular, pode ser pelo SUS. Nós estamos falando de mercado de trabalho. Nós estamos aqui há mais de um dia discutindo 2 milhões de pessoas na Bahia e tem 12 milhões à deriva. Isso é mercado de trabalho. Isso é oportunidade. É desse copo que eu estou falando.

Discutimos aqui valor de consultas. Fizemos um levantamento em várias cidades do país, em vários estados, e chegamos a esse valor: uma consulta no convênio paga, em média, 111 reais e existem os pacotes que vão num valor médio de 151 reais, indo de 73 a 243 reais. Aqueles que pagam 243 reais incluem não só um mapeamento de retina etc.: inclui topografia de córnea, microscopia especular e outros exames complementares, ou seja, quanto menos você fizer, mais lucro você terá. E aí você tem que ponderar aquilo que você vai oferecer para o seu paciente pensando no bolso, pensando na lógica. Então é devolvido a nós a decisão. Então esses são os valores, certo? E aí, quando olhamos uma outra forma de remuneração que é pelo SUS, basicamente pensamos: o SUS para 10 reais pela consulta. Esse é o nosso clássico, certo?

O SUS também não é tão velho assim: em 90 eu estava me formando e foi nesse ano que o SUS foi regulamentado. Digo isso para enfatizar que o sistema muda e precisamos prestar atenção. Principalmente vocês que estão entrando no mercado de trabalho agora.

” A Bahia tem cerca de 14 milhões de habitantes, e no máximo 20% das pessoas têm acesso à saúde suplementar, mas nós estamos falando que 12 milhões de pessoas não têm planos de saúde. Como eles vão chegar a nós?

Quanto se paga por uma consulta no SUS? Não é 10 reais, porque nós vamos fazer uma biomicroscopia de fundo, uma tonometria, uma gonioscopia e podemos fazer um mapeamento de retina. Assim, uma consulta no SUS paga 91 reais. Esse é o valor básico e o que vamos discutir aqui é uma oportunidade estratégica, ou seja, existe um novo modelo de remuneração que foi proposto recentemente pelo SUS e que pode impactar muito todas as nossas clínicas. Isso aconteceu depois que o livro da SBAO foi lançado – mencionei a data de lançamento por conta disso – foi lançado esse programa do Ministério da Saúde chamado “Agora tem especialistas”, e por causa dele a Secretaria de Atenção Especializada abriu um novo departamento para cuidar de sua gestão.

Nesse programa o que se criou foram as OCIs - Oferta de Cuidado Integrado. É mais ou menos como se nós parássemos de chamar de consultas e passarmos a chamar de OCIs, porque uma OCI é um pacote onde estão a consulta e alguns exames complementares para que nós possamos fazer o primeiro atendimento de um paciente. Então, esse programa estabelece uma lógica de cuidado que se propõe a resolver o problema do paciente naquela primeira consulta na maior parte das vezes, e vai fortalecer financeiramente o prestador.

” (...) esse programa estabelece uma lógica de cuidado que se propõe a resolver o problema do paciente naquela primeira consulta na maior parte das vezes, e vai fortalecer financeiramente o prestador.

OFERTAS DE CUIDADOS INTEGRADOS (OCI) | COMPONENTE AMBULATORIAL



 A OCI tem um valor global por paciente maior que a soma dos valores de cada procedimento que a compõem

 Introduz uma lógica de cuidado mais integrado, ágil e focado no resultado (resolve o problema do usuário)

 Concentra os recursos nos maiores problemas de atendimento (filas)

 Qualifica a contratualização com os prestadores, o acompanhamento, o monitoramento e avaliação da execução e dos resultados

 Reforça fluxos regionais para intervenção nas filas

 Fortalece o SUS (Melhor remuneração e programação da oferta conforme demanda)



Quando nós olhamos lá na sigla temos mais uma aba, onde estão os procedimentos para ofertas de cuidado integrado. Só cinco especialidades entraram no início do programa, e a Oftalmologia foi uma delas. Depois entrou uma outra, que foi a atenção e saúde da mulher. E aí quais são essas sete OCIs? Elas foram propostas pelo próprio governo. Eles contrataram uma equipe que trabalhou com isso e fez essa proposição dessas sete ofertas.

Quanto o SUS vai nos pagar por isso, ou melhor, quanto o SUS está pagando hoje por isso no país?

Nós saímos da nossa consulta do convênio médio de 111 reais e máximo de pacote 243 reais no país e estamos indo para esse valor de remuneração: consultas de crianças de 0 a 8 por 200 reais e a partir dos 9 anos, 160 reais. O que vai mudar nessa lógica é quando, por exemplo, tiver uma avaliação de retinopatia diabética, a retinografia colorida, vai ter que estar incluída, na Oncologia um ultrassom já está incluído, e na neuro-oftalmologia, uma campimetria. Essa é a ideia.

Eu costumo dizer que o acesso do paciente aos cuidados no SUS pode ser comparado a portas, e deixamos de ter porta única. Quando o médico que atua lá na atenção primária encaminhar o paciente para oftalmologia, ele não entrará em uma fila única: ele terá sete filas. Ele pode ir para consulta básica, ou ele já pode

ir direto para algumas dessas outras. E quem é que diz para o médico da atenção primária como é que ele vai? Nós.

O CBO foi convidado para trabalhar junto, para colaborar no estabelecimento dessas regras feitas de especialista para especialista, para que possamos ter um atendimento de melhor qualidade. Nós definimos critérios de priorização em três eixos, considerando os riscos altos, médios e baixos. Então, por exemplo, a gente tem aqui, da Pediatria. Para uma criança de 0 a 8 anos quais são os de mais alto risco? Aqueles que têm o teste do olhinho alterado, ou aqueles com um stagmo? Quando o médico da atenção primária, quando o pediatra examinar essa criança, ele vai saber se ela precisa ir com urgência ou com uma prioridade média ou uma prioridade baixa para uma consulta oftalmológica. Da mesma forma, isso foi criado para consultas a partir de nove anos, considerando esses níveis de prioridade, e também para retinopatia diabética e para os demais. Há critérios de encaminhamento. Abriram-se as portas, abriu-se o valor para pagamento.

E como é feita essa contratação? Se você já for uma pessoa que tem um contrato de atendimento SUS, você pode fazer um aditivo e se não, haverá um chamamento público. O gestor da saúde municipal, secretário municipal de saúde, abre um edital e você pode se credenciar, pode credenciar sua firma que tem que ter um CNES adequado para o Programa Mais Especialistas para poder fazer esse tipo de atendimento. E o que é mais interessante nessa história, é o que chamamos de uma “verba carimbada”, ou seja, o dinheiro foi reservado para essa ação.

Tem uma finalidade política. Sempre tem. Mas tem uma porta de atendimento SUS que dificilmente vai ser revertida porque ela é de interesse da população, ela é de interesse geral, então isso não deve ser revertido. A forma de remuneração, no futuro, a partir de cinco anos, poderá ser revista, mas hoje o dinheiro sai do Ministério da Saúde e chega no secretário de saúde do município para remunerar o prestador. Estamos falando que os municípios não vão precisar pôr a mão no bolso e poderão ter atendimento. Não tem nada mais interessante para um gestor de saúde. Obviamente você ia querer isso para sua cidade, e é isso que vocês precisam

deixar claro na cidade em que vocês estão. Precisam falar com seu gestor de saúde e mostrar a ele que a verba sai do Ministério e chega na mão dele, sem que ele precise pôr a mão no bolso e você faz seu trabalho e é adequadamente remunerado para isso. Essa oportunidade é tão interessante que ela foi se modificando. Inclusive as operadoras de planos de saúde estão podendo fazer esse atendimento pelo SUS por conta de abatimento de todo passivo financeiro que tenham com a união.

” Estamos falando que os municípios não vão precisar pôr a mão no bolso e poderão ter atendimento. Não tem nada mais interessante para um gestor de saúde. Obviamente você ia querer isso para sua cidade, e é isso que vocês precisam deixar claro na cidade em que vocês estão.

Existem muitas fontes dentro do próprio site do Ministério, e se vocês olharem no site do CBO nós temos uma cartilha de orientação de como fazer essa contratação para atendimento via OCIs. Estamos falando é de uma nova oportunidade, desse novo cenário onde além da viabilidade econômica, há segurança institucional de uma organização estratégica e uma excelência clínica. O que está fazendo é um alinhamento entre prestador, financiador e o atendimento das pessoas na saúde pública.

Fundamentalmente é importante que pensemos que o sistema não é estanque. Nós tivemos uma janela de realidade nesses dias sobre o que está acontecendo hoje, mas precisamos ficar atentos às mudanças para que não percamos oportunidades. Uma das melhores formas de nós fazermos isso é nos mantendo atualizados, ou seja, olhem no site do CBO regularmente as novidades. Participem dos congressos. Entrem nas salas onde estivermos discutindo remuneração. Isso é fundamental para que possamos usufruir dessas oportunidades.

Muito obrigado pela atenção

Debate:

Marcos:

Meu nome é Marcos, tenho 15 anos de formado e eu moro em Palmas, no Tocantins. Desde quando eu voltei da residência eu presto serviço do SUS lá em Palmas. Cheguei numa época que ninguém fazia *faco* no SUS, então tive uma oportunidade muito boa. Isso aqui é um grande avanço. Tem 15 anos que eu presto serviço para o SUS, cirurgia de catarata, panfoto, tentando ajudar a população. Eu sou de lá. Tem 35 anos que minha família está em Palmas, então conhecemos muita gente e acabamos ajudando muitos pacientes. Esse programa, eu já tenho ciência dele, só que o grande problema é que não temos contato no Ministério da Saúde. Então, a gente fala com o secretário, o secretário fala que não sabe disso. Como é que a senhora pode ajudar quem presta serviço para convenceremos o secretário que existe esse novo programa? Qual o contato que podemos chamar no Ministério da Saúde?

Wilma Lélis:

A gente compreende esse problema. Nós estamos rindo porque isso é regular, é assim que funciona: à medida em que isso aconteceu e nós começamos a falar *“gente, vamos lá!”* Nós começamos a ouvir das pessoas essa dificuldade enorme de credenciamento. Em janeiro, eu e a Auxiliadora estivemos no Ministério da Saúde e quando estávamos lá, nós ouvimos isso. Eu estava com a diretora-geral da SAES e eu falei para ela: *“deixa eu te contar o problema”* ela falou: *“já sei, tá no gestor”*. Eu falei: *“exato! Porque nós, médicos, estamos sabendo disso muito antes do que os gestores. Essa informação não chegou até eles de uma forma clara para que eles saibam que existe o programa e o que eles têm que fazer, então, precisamos ensinar na maior parte das vezes. Alguns lugares, com gestores muito espertos, mas via de regra não”*.

Se você pegar essa cartilha do CBO, vai ter um manual para o gestor fazer a contratação e nós temos pessoas que podem colaborar nessa orientação. Isso já aconteceu, de eu colocar gestor em contato com algum profissional do CBO que orienta. Nós temos entre nós, oftalmologistas, pessoas que trabalham na regulação e

são experts. Hoje, por exemplo, temos a Carol Brandão, a Marinês que trabalhou neste grupo. São pessoas que podem dar orientações de como fazer isso.

Senador Hiran Gonçalves:

Alguém que presta serviço ao SUS aqui já conseguiu pactuar os valores no “Mais Especialistas”? Você já conseguiu? Depois me mostre. O meu, eu não consigo.

Wilma Lélis:

Para ter uma noção, dos 12 bilhões que estão reservados para atendimentos de OCIs no Ministério da Saúde, a oftalmologia, até novembro de 25. Já tinha usado mais de 11 milhões. Oftalmologistas já receberam por atendimento de OCIs.

Cristiano Caixeta:

A Oftalmologia é a especialidade que mais fez atendimento até agora e a comunicação com gestor municipal e com os nossos colegas oftalmologistas é fundamental. Essa cartilha que você mencionou, está publicada no site do CBO e eu aposto que 80% das pessoas estão aqui não tiveram acesso a ela mesmo sendo impactadas por todos os meios de comunicação.

Senador Hiran:

Eu não consegui. Eu estava falando com a minha administradora, e como é uma chamada pública, teoricamente todo mundo pode credenciar, mas isso na ponta não é verdade: o gestor credencia quem ele quer. Essa é a realidade, mas estou cobrando aqui já. Precisa repactuar o nosso contrato SUS, porque estamos perdendo dinheiro com isso.

Wilma Lélis:

É um chamamento público, ou seja, aquilo que está dentro do edital é o que vai se cumprir. Há uma certa estratégia de beneficiamento? Isso não está restrito ao SUS, é uma questão de editais. Toda vez que sai você já sabe quem mais vai conseguir cumprir na totalidade. Enfim, um olhar diferenciado.

Alexandre Taleb:

A grande questão, Senador, é que infelizmente muitas vezes o próprio gestor municipal não sabe que ele não vai gastar dinheiro com isso. Isso é tudo verba FAEC: Ministério – Prestador. Não sai do fundo municipal, não sai do fundo estadual. Então, eles não têm razão nenhuma para não credenciar ou repactuar com prestador ou credenciar novos prestadores. Essa é uma luta antiga do CBO que se transformou nas OCIs, que são efetivamente uma oportunidade para aumentar, com qualidade, o atendimento aos pacientes do SUS, e temos que continuar brigando por isso, porque eles não sabem. A verdade é que eles não conhecem.

Mario Lima:

Dra. Wilma, meu nome é Mario Lima, sou de São Paulo. Eu faço a gestão de um serviço público de São Paulo, que é referência e atende a 11 municípios. Sou um funcionário público e a pergunta que eu faço é: essas flexibilizações de vínculo que vimos com o terceiro setor e agora como prestador de serviço ao estado e não como funcionário do estado. Como o CBO vê, como fica o funcionalismo público? As carreiras médicas estão sendo totalmente destruídas como funcionalismo público em todos os locais do Brasil. Concursos tem tido cada vez com menos vagas. Nas Forças Armadas, eu sou militar, a presença do médico também tem sido diminuída. Nas polícias militares, nas polícias civis, cargos que são privativos de médicos têm sido retirados. Então a pergunta que eu faço é como fica a questão dessa outra porta que seria o funcionalismo público com esse tipo de atividade?

Wilma Lélis:

Sua fala tem uma parte que é interessante para todo mundo: você é funcionário público e nós também estamos falando desde ontem sobre a oportunidade de trabalho médico como funcionário público. Ser professor de faculdade também garante, inclusive a aposentadoria. Pensou em carreira e trabalho, esse é um ponto. Agora, não depende de nós mudarmos essa estrutura toda. Aí é uma questão de balança: o que que você ganha o que que você perde. Quem está em risco tem nesse sentido que você comentou: *“poxa, eu sou funcionário de carreira. Vão começar*

demitindo, outros não serão contratados”. Talvez, mas a busca é muito pequena e a oferta é muito baixa porque nós estamos dentro da Atenção Especializada, e os municípios, na melhor das hipóteses, contratam a atenção primária e alguns profissionais que são obrigatórios de estarem na UBES, que não é nosso caso. Então, para nós, não elimina todas as outras consultas, não elimina os procedimentos. Porque a partir dessas consultas esses pacientes eram encaminhados para algum tratamento, então aí o médico da saúde pública ou outro nível de atenção, vai ser acionado.

Ivan Mayard:

Só para dar um depoimento positivo dessa política: nós fomos o serviço pioneiro, o piloto em São Paulo e está funcionando muito bem essa parte das OCIs lá no Hospital São Paulo, desde o lançamento da portaria.

Wilma Lélis:

A portaria é recente. Isso foi criado em 2024. Era um programa que vinha sendo construído pela Ministra Nísia que se chamava “mais especialistas”. Aí trocou de Ministro de Saúde, deram uma modificada no planejamento e passou a ser chamado “agora tem especialistas”. Ele foi lançado em 2024 e teve uma pequena remodelação em 2025. Estamos falando de algo muito recente.

Patrícia Miassato:

Quero responder ao colega que também é funcionário público que trabalha no Hospital, que eu acho que nós, estatutários, somos dinossauros mesmo: não vamos mais existir daqui a pouco. Me aposentarei daqui a pouco. Então, acho importante falar que os oftalmologistas podem ir para gestão como eu fui para a regulação.

Agora, em São Paulo, tem um setor, uma central só de OCIs na regulação, e uma central só de oftalmologia, porque 30% da regulação lá do município é oftalmologia. Então, acho que é uma dica para quem atua na ponta: avaliar se vir para gestão é uma opção, pois creio que é uma maneira de ajudar. A regulação com oftalmologistas muda tudo.

Cristiano Caixeta:

A Patrícia ensinou muito para nós durante o Curso de Lideranças, assim como Carol, como todos os outros que participam do Lideranças, que é um celeiro de inspiração, porque traz a realidade do país inteiro para ser discutida dentro de um fórum. Aprendemos o tempo inteiro com eles.

Senador Hiran Gonçalves:

Quando falamos em um chamamento público, que não é uma concorrência, pois é uma tabela para todos, a conta não vai fechar. O orçamento era de 400 milhões no ano passado e subiu para dois bilhões. O governo criou algo que fragilizou as nossas contas que foi um tal de um arcabouço. Tínhamos o teto de gastos, e só se podia gastar aquilo que gastou no orçamento do ano anterior mais a inflação. Isso é um exemplo de responsabilidade fiscal. O governo atual acabou com o teto de gastos e criou o arcabouço, e tudo que é benefício - e esse governo é pródigo em criar benefícios sociais - tira isso do arcabouço. Sabe o que que está acontecendo? A nossa taxa SELIC é a maior taxa de juro da história. Nós estamos tendo teoricamente uma estabilidade do dólar porque entra muito recurso, já que não tem lugar no mundo onde o dinheiro seja tão bem remunerado. Mas isso está acabando com as contas. Vocês vão ver quando acabar o ano o estouro que isso vai dar. O governo tem sido muito irresponsável. E quando coloca assim, 4 bilhões, não diz de onde vai sair esse dinheiro. E outra coisa: a conta não vai fechar, porque os grandes hospitais vêm com voracidade

Wilma Lélis:

É exatamente isso que o Dr. Hiran falou: em algum momento isso vai mudar. Rápido ou não, isso não sabemos. O importante disso aqui: vocês estão tendo não aula de oftalmologia: vocês estão tendo aula de vários cenários políticos, de como raciocinar e como você interagir.

Bloco 7

O que faltou dizer

Como criar uma marca forte no mundo digital



Rafael Terra,
professor do curso de Carreira Médica da PUC

Quem não grita no Meta hoje não é ouvido. Para vocês terem noção, hoje nós consumimos 90 minutos de conteúdo por dia no Instagram. O brasileiro, em média, acessa quinze vezes o Instagram. Quem já acessou o Instagram hoje?

Nesse novo jogo da atenção, você, médico, tem que posicionar a tua marca. E é minha proposta trazer hoje para vocês como criar uma marca forte nesse novo mundo — obviamente com ética, com confiança. Porque, principalmente hoje, na área médica, o médico não é mais só o que ele diz que é. Ele é, sobretudo, os comentários que existem sobre ele na web.

Então, uma das coisas mais fortes hoje para a escolha de um médico digital é você aparecer quando o paciente procura, e

também o que falam sobre a tua marca. Por isso a avaliação é tão, tão importante.

Trago para vocês a primeira questão: vocês cuidam da visão das pessoas, mas hoje o que eu quero perguntar é como vocês estão cuidando da visão que as pessoas têm sobre vocês. Porque marketing é um jogo de percepção.

A primeira tarefa que eu gostaria que vocês fizessem é procurar, hoje, na tua cidade: “oftalmologista Porto Seguro”, “oftalmologista São Paulo”. Procura isso no Google, no Instagram, no ChatGPT. Porque Google, ChatGPT e Instagram são os maiores buscadores do mundo.

A Semrush, que é uma das maiores empresas de marketing do mundo, diz que antes de nós perguntarmos uma indicação de médico para alguém, vamos primeiro no Google, depois no ChatGPT, depois no Instagram. Então é nesse mercado que tem que entender que ali nós vamos ser escolhidos — ou não.

Então quem está cuidando da visão do mundo sobre vocês? Isso, dentro do marketing, a gente chama de branding: o cuidado com a nossa marca pessoal. Os médicos viraram marca, e nós temos que tratar isso como tal. Como eu quero ser percebido no olhar do outro?

Existe uma coisa muito interessante no digital e nesse novo universo: nós temos dois tipos de conteúdo. Um conteúdo de marca, de posicionamento, e um conteúdo de engajamento.

Conteúdo de posicionamento é você sempre pensar que o seu nome tem que ser bem ranqueado, e os temas que as pessoas procuram sobre aquilo também. Para isso, temos uma ferramenta maravilhosa chamada Google Trends. Você digita lá “oftalmologia” e ele mostra o que as pessoas no Brasil estão procurando sobre aquela temática. Uma das melhores coisas que você tem que fazer nos teus canais é pegar aquela pergunta que está em alta e responder.



Então quem está cuidando da visão do mundo sobre vocês? Isso, dentro do marketing, a gente chama de branding: o cuidado com a nossa marca pessoal.

Porque a melhor forma de você ser relevante para o outro é você responder o que o outro está procurando, está perguntando.

Então, como eu quero ser percebido no olhar do outro?

A verdade é essa, meus amigos: quem não é visto não é lembrado. Você pode ser um excelente médico, mas ser invisível sem um bom marketing.

Primeira questão: assuma que marketing não é opcional. Quem quer crescer como marca tem que ter um bom marketing. Eu sou de Porto Alegre e fiz uma pesquisa com quinze dermatologistas — pedi o valor da consulta de cada um. Adivinhem qual tinha a consulta mais cara? Aquele que tinha maior presença no Instagram, aquele que, no olhar das pessoas, tinha mais qualidade percebida.

Então, não é sobre ego. É sobre aumentar o impacto da tua mensagem. Inclusive, eu costumo dizer que é um pecado uma boa mensagem, um bom trabalho, ser visto por poucos. Marketing não é opcional. Posicionamento hoje define a agenda cheia amanhã.

Agora, quando falamos de posicionamento, temos uma questão que se fala muito no digital hoje sobre autenticidade. Mas temos que entender que autenticidade não é falar tudo que a gente pensa — falar tudo que a gente pensa é descontrole. Um bom posicionamento é sempre você repetir: o que você faz, para quem você faz, com qual diferencial.

O que realmente faz uma marca se sobressair é o diferencial. Tem um livro que é um dos meus preferidos no mercado digital, do Seth Godin, chamado “A Vaca Roxa”. Ele estudou o que as marcas número um do mundo têm em comum e descobriu que elas fizeram algo pela primeira vez.

Se você perguntar: quem revolucionou o mercado dos táxis no mundo? A Uber. Quem revolucionou o mercado de hotel? O Airbnb. Quem revolucionou o mercado de banco no Brasil? O Nubank. Quem revolucionou a oftalmologia no teu segmento?

A verdade, também, meus amigos, é que a visibilidade precede a autoridade. Vocês, melhor do que eu, sabem que nosso cérebro

procura atalhos de autoridade, atalhos de confiança. Porque o ser humano é perdido — existe o paradoxo da escolha. Quem aqui já foi procurar um filme na Netflix e, ao invés de assistir um filme, ficou uma hora só zapeando, procurando, e não assistiu nada?

É isso que acontece com as pessoas quando estão procurando um profissional também. Tem um monte de profissional, mas eu vou no que aparece em primeiro lugar no resultado do Google. Eu vou naquele que está mais bem avaliado no Doctoralia. Eu vou naquele que já tem imagem. Então vocês aparecerem no Google com imagens do consultório, com imagens de vocês — automaticamente você está criando o gatilho de atalho.

A verdade é que, tirando nossos colegas profissionais, a maioria das pessoas não vai no detalhe do currículo. Ela vai nos símbolos de autoridade. Então uma coisa que também traz muito símbolo de autoridade é você criar associação com marcas que representem algo na tua área. Vocês estão aqui num grande evento, aproximando a marca de vocês de uma associação, de um conselho consolidado na área. Isso é marketing de associação. Isso encurta também a escolha do médico.

A marca é, sobretudo, o que o outro diz que ela é.

Então uma das questões mais importantes é você entender que hoje o jogo está totalmente mudado. Eu fiz uma pesquisa: “quais os cinco oftalmologistas mais recomendados de São Paulo”. Apareceu uma lista. O primeiro, o Rubens, tem bastante tempo de mercado. Já o Tiago é supernovo. O que quer dizer isso? O Tiago fez um bom trabalho do seu marketing. O Tiago está aqui por acaso, não foi combinado.

Aproveitem os canais. O próprio fórum de vocês — eu vi que vocês têm o Flickr. O Flickr é maravilhoso para posicionar. Cria um Flickr com fotos da tua clínica, do teu consultório. Pinterest. E a nova linguagem do mundo é vídeo.

Faça a dieta dos vinte vídeos. “Oftalmologista em São Paulo” — faça vinte vídeos com esse título. O YouTube é do Google. Quando você pesquisa algo no Google e tem vídeo curto sobre aquilo, a tendência é o Google lançar esses vídeos. Existe todo um trabalho

que, inclusive, é gratuito — as redes sociais são gratuitas — para você trabalhar de uma forma imagética o teu nome.

A medicina salva vidas. O marketing faz essa medicina chegar às pessoas certas.

Uma coisa muito interessante sobre construção de marca é quando a pessoa entende que você é o médico certo para ela. Eu tenho uma amiga corretora de imóveis que se especializou em atender mulheres de sessenta anos para mais, porque ela entendeu que essas mulheres estão cada vez mais querendo mudar de apartamento. Não é que ela não atende outras pessoas, mas ela criou o que a gente chama no marketing de “efeito ralo” — você começa a ser lembrado por uma coisa.

Não é que você não vai atender outras áreas da oftalmologia, mas quando a pessoa percebe que você é um grande especialista numa área específica, isso acaba fazendo você crescer muito.

Então, pensa hoje sobre o teu cliente: quem precisa de mim? Qual é, dentro da oftalmologia, a maior dor que vocês cuidam, ou aquilo em que melhor se sentem? É em cima dessa temática que você tem que trabalhar o resto da vida. Porque reputação é repetição.

Inclusive, estou vendo o amigo ali com a Coca-Cola. Quem aqui não viu os comerciais da Coca-Cola no final do ano? São superbônitos. Em 1994, a Coca-Cola decidiu não fazer um comercial. Ela perdeu 30% do mercado. Isso mostra que mesmo quando você é sólido no mercado, sem a repetição você acaba sendo esquecido. Reputação é repetição.

Uma coisa muito interessante é você repetir as coisas de forma criativa. A oftalmologia tem os seus conceitos, que obviamente não mudam, mas você tem tendências sobre aquilo que vem a cada ano. Então esteja atento a: quem precisa de mim, onde essa pessoa está e como ela me encontra.



Uma coisa muito interessante sobre construção de marca é quando a pessoa entende que você é o médico certo para ela.

Uma coisa muito importante que vocês devem combinar com a secretária de vocês é perguntar sempre para a pessoa que está indo na tua clínica: “Como você nos conheceu?” Essa tem que ser a regra básica, para você potencializar aqueles canais por onde as pessoas estão chegando até você.

E criar o que nós chamamos no marketing de persona — aquele cliente ideal: que idade tem, que dor tem, que objetivo tem e qual comportamento essas pessoas têm. Porque uma das questões mais importantes no marketing é você entender que o teu cliente ideal tem comportamentos parecidos. Então tenta achar esse comportamento que une o teu público-alvo.

A verdade é: se você não constrói a tua imagem, alguém constrói por você. Criar uma marca é criar algo do zero no sentido de imagem. A marca construída no detalhe — tudo comunica.

Então, uma coisa muito legal principalmente para os residentes é começar a pensar hoje na tua persona de marca. O que faz você ser você? Quais são os seus gostos pessoais? Isso, de alguma forma, impacta no teu consultório, na forma como você se veste, na forma como as pessoas te percebem — vai criando uma comunicação que aproxima. Porque pessoas parecidas querem comprar de pessoas parecidas.

Nesse sentido, produza conteúdo que ensine. Todo mundo que cresce no digital como marca tem que se ver como professor. A maior forma de crescer como marca é você ajudando o outro.

“Ah, Rafael, mas se eu tirar todas as dúvidas das pessoas lá no Instagram, elas não vão marcar consulta.” Muito pelo contrário! A verdade é que quanto mais a gente dá, mais a gente recebe. Nenhuma marca forte deixa de gerar conteúdo ajudando as pessoas.

Mostre casos sem ferir a ética, sem falar o nome do paciente. *“Hoje, chegou no meu consultório um caso assim... evita esse erro.”*

Existe no neuromarketing algo chamado dor versus prazer — as pessoas querem não sentir dor. Então tudo que você antecipa a dor para as pessoas dá muito resultado. *“Não faça isso para não ter alergia nos olhos na primavera.”* Quando você antecipa essa dor, você cria algo muito interessante.



A verdade é: se você não constrói a tua imagem, alguém constrói por você.

Demonstre segurança e clareza. As marcas fortes hoje são marcas que se comportam como guias. Num oceano de conteúdo onde todo mundo está perdido e existem milhões de conteúdos, as pessoas querem prestar atenção numa marca que tem a segurança de dizer o que a pessoa deve fazer. Você, como médico, tem a segurança de olhar para a câmera e dizer: *“Faça isso. Não faça isso.”* As pessoas confiam em quem dá uma direção para elas. Seja sempre direcional — do contrário, alguém vai te direcionar.

Outra questão muito interessante: o Google Trends é gratuito. Você coloca lá “oftalmologia”, aparece a busca e ao lado aparecem os temas. Então hoje as pessoas estão procurando muito isso. Eu cliquei num dos temas e olha o que as pessoas mais procuraram em 2025: olho vermelho, dor no olho, coceira nos olhos, fotofobia, olho seco, visão dupla, visão embaçada, secreção nos olhos.

Se você é um médico que quer criar uma marca forte no digital, você pega cada um desses temas e faz um reels sobre isso.

A maioria das pessoas às vezes não engata no digital como marca porque fica naquela ansiedade do *“o que eu posto hoje”*. O que você vai fazer: combina com alguém — um videomaker, um amigo — para pegar uma tarde da sua vida fazendo perguntas sobre aquilo que as pessoas já estão procurando na web, e você vai responder. O ser humano às vezes trava de olhar para a câmera e falar, mas ninguém trava numa conversa.

Se eu perguntar para vocês: *“quais os cuidados quando o olho está vermelho?”*, vocês me falam. Se a câmera estivesse ligada em vocês, vocês teriam o famoso corte que a gente faz na web. Depois você corta tudo aquilo e agenda. Você está lá atendendo perfeitamente, e os conteúdos estão sendo publicados nas redes sociais, chegando para mais pessoas.

A confiança começa antes da consulta.

Outra coisa em que você tem que ser obsessivo: olha o que as oftalmologistas de Porto Alegre têm em comum no Instagram

— todas têm do lado do seu nome, na bio: “oftalmologista em Porto Alegre.” As pessoas sempre procuram um profissional em algum lugar. Às vezes você não é encontrado porque não trabalhou o “o que você faz” e “onde você faz”. “Oftalmologista + tua cidade” — você tem que martelar na bio em todos os canais possíveis.

Uma das maiores dicas que vou dar para vocês: a pior coisa é quando a gente vai criar nossa marca e não tem o nosso nome de site. Então você vai hoje mesmo no Registro.br — custa quarenta reais — e vai comprar o teu nome. Por exemplo, meu site é rafaelterra.com.br. Tem inclusive um médico chamado Rafael Terra e um arquiteto chamado Rafael Terra, mas eu comprei meu nome muito antes. Façam a mesma coisa. Comprem o nome de vocês para que, quando entrarem no mercado, vocês tenham assegurado o futuro site. Site ainda é muito importante — é a tua casa institucional, a tua casa oficial. Se você não tem um site, a IA nunca vai te indicar.

Outra coisa muito importante é ter o teu site casado com WhatsApp. Tem uma ferramenta gratuita chamada JivoChat. A pessoa entra no teu site e já aparece o WhatsApp — ou seja, você fala com aquela pessoa que está engajada com você no teu site naquele momento. A integração do teu site ao teu WhatsApp hoje é ouro.

Posicionamento é também escolher para quem você não fala. Uma coisa muito importante é você deixar claro o que você não faz — para que, dentro do marketing, o lead, o *prospect*, aquela pessoa que está procurando algo, chegue afinada com o que você quer. Generalista demais, invisível. Escolha um foco: cirurgia refrativa, catarata, estética ocular. Fale com um público específico. Isso vai fazer você crescer de forma mais assertiva.



Posicionamento é também escolher para quem você não fala.

Clareza gera conexão. Confusão gera rejeição. Aquilo que as pessoas não entendem, elas rejeitam. Simplifique os termos técnicos. Use analogias: visão, lente, foco. Fale como humano, não como um artigo científico. O seu conteúdo precisa enxergar o paciente antes de ele te enxergar.

Uma marca forte é sobretudo uma marca não apenas informativa, mas engajativa. Uma marca informativa é quando você só foca no que o consultório está fazendo. Uma marca engajativa — que são as marcas que crescem hoje — enxerga o paciente primeiro. Como você vai fazer isso? Você vai começar a notar quais as principais dúvidas dos teus pacientes e transformar em conteúdo. Liste as dores reais: medos de cirurgia, dúvidas sobre lentes. Isso vai fazer você crescer demais.

O vídeo é o novo consultório. Grave vídeos curtos de trinta a sessenta segundos — quanto mais curto, melhor. Os vídeos que mais viralizam estão na casa dos quinze segundos. Responder dúvidas, gravar vídeo olhando nos olhos, falar com calma e clareza, demonstrar domínio, contar stories, mostrar a jornada do paciente.

Existe no marketing algo chamado “jornada do herói”, do livro de Joseph Campbell. As pessoas se interessam por histórias que têm drama. Ninguém vai assistir uma série cujo primeiro episódio começa com “viveram felizes para sempre” — isso é sempre no final. Então você mostrar o problema do cliente, mesmo sem falar do cliente, e como você foi levando para uma solução, é algo que transforma em uma jornada muito interessante.

Explicar processos: como é o processo na tua clínica, como é o processo do teu atendimento — isso é muito bom para um story fixado.

Seu consultório físico precisa refletir sua marca. Experiência é tudo.



RETICÓDIO

GENOM

AFORINSTITUCIONAL

FPMed

REALIZAÇÃO

CONSELHO
BRASILEIRO DE
OPHTALMOLOGIA

Olha, estou fazendo uma análise aqui. “Dúvida sobre catarata” — quem aparece em primeiro lugar? O próprio jogo de palavras com a pergunta já faz o trabalho. “Dúvida sobre catarata” é o primeiro resultado.

Quando vocês puderem, contratem uma assessoria de imprensa. Hoje você sair na mídia — tradicional ou digital — é uma das melhores coisas para criar marca. Porque as IAs puxam o que já se fala sobre aquele assunto em outros portais. Se a tua marca nunca saiu em outro portal, a IA vai entender que não vale a pena citá-la.

Tem uma ferramenta de assessoria de imprensa digital chamada Dino — dino.com.br — que tem parceria com vários portais, incluindo Folha de São Paulo e Estadão. Você paga um valor, cria um artigo sobre a tua área e ele publica em vários canais. Para criar esse arcabouço na web é muito interessante.

Outra coisa: tudo que você transforma em número tem mais engajamento. O ser humano e o Google gostam de lista porque a lista organiza. Então pensa sempre: “*Cinco erros disso*”, “*cinco dicas daquilo*”, “*cinco fatos sobre aquilo*.” Isso traduz o conteúdo de forma mais assertiva.

E nunca se esqueçam dos Shorts do YouTube. Muita gente tem preocupação só com o reels, mas o YouTube é do Google. O

Google já tem uma aba de vídeos curtos. O simples fato de você fazer um vídeo com o teu nome e “oftalmologista + tua cidade” — quando a pessoa procurar isso — vai ter o teu vídeo curto lá. E vai gerar mais empatia porque o ser humano se conecta com outro ser humano. O vídeo é a melhor forma de fazer isso.

Você não vende consulta — você vende confiança.

Nesse sentido, é muito importante você trabalhar o teu tema com repetição, mas sempre pedir feedback. No final da consulta, fale: *“Maria, eu esclareci suas dúvidas? Consegui te ajudar?”* A Maria vai dizer: *“Nossa, muito obrigada, doutor, era isso que eu precisava ouvir.”* Daí você fala: *“Que legal, Maria. A nossa secretária vai te passar um link de avaliação.”*

As coisas têm que ser feitas no momento. Se você não faz no momento, a pessoa muda de vibe. A pessoa sai da consulta e já está em outro lance. Então é muito importante criar esse processo de pedir avaliação diariamente.

Uma das coisas que mais marcam, além do visual, é o afeto.

O teu consultório tem que ser uma experiência completa. Para os residentes que estão pensando no consultório, dou a dica de fazerem o seguinte no ChatGPT: peguem cinco fotos suas e coloquem: *“Eu sou um residente de oftalmologia. Quero que, com base nas minhas fotos, você crie um projeto de consultório instagramável, com frases sobre visão, elegante e minimalista”* — e colocam o que vocês gostam de ser, porque vai representar quem vocês são. *“Quero esse projeto para mostrar para o arquiteto.”* Façam isso.

Para quem está começando: pense hoje em como as pessoas vão se sentir no teu consultório, e coloca frases impactantes. Porque a melhor marca é aquela que a pessoa faz por você — é o que chamamos de conteúdo gerado pelo usuário. Se você tem uma clínica instagramável, a pessoa está lá esperando, vê uma frase interessante, faz uma foto e posta. Isso vai te ajudar a te divulgar e vai criando uma percepção de mercado.

Cuidado em todas as fases da comunicação — principalmente aquela que o paciente não espera. O cuidado real no

relacionamento: está provado que uma das coisas que mais marcam as pessoas no pós-consulta é você, uma semana depois — a secretária, no caso —, mandar uma mensagem perguntando como a pessoa está. Isso muda tudo. Porque a maioria dos médicos faz a consulta acabar ali naquele paciente. Mas o que realmente traz reciprocidade na nossa mente é quem lembra da gente não só naquele momento. Então tenha esse cuidado de uma semana depois, mandar uma mensagem perguntando como a pessoa está.

A experiência do paciente começa antes da consulta e termina depois.

Eu sei que vocês, médicos, têm CRM. Mas dentro do marketing nós também temos CRM — aqui para gerir o relacionamento com o cliente. Tem essa ferramenta gratuita da HubSpot. A secretária vai cadastrar: nome do paciente, dia da consulta, dia do retorno. O software vai sempre gerar notificações para a secretária com o que ela tem que fazer com cada paciente. Você começa, assim, a ter uma gestão do marketing do teu negócio de forma mais assertiva. Essa ferramenta tem integração com WhatsApp — você pode programar: *“Depois de sete dias da consulta, mandar um WhatsApp lembrando do retorno ou perguntando como a pessoa está.”*

No pré-consulta: instruções claras — *“venha para a consulta quinze minutos antes.”* No pós-consulta: acompanhamento. O pós-atendimento é onde a maioria perde pacientes e indicações.

O WhatsApp hoje é a nova recepção. Uma coisa bem interessante é você usar a IA do WhatsApp. Eu gosto muito da Blip, que permite automatizar o primeiro atendimento. A pessoa manda um WhatsApp e já recebe: *“Boa tarde, você precisa de quê? Marcar consulta? Tirar dúvida?”* Já chega para a secretária o paciente pronto, com o que precisa ser feito. E muitas vezes, na própria automação, o paciente vai ver que não é a clínica que ele busca — *“eu não tenho tal exame”* — então isso acaba aumentando a efetividade da tua marca.

Follow-up via WhatsApp: perguntar evolução, demonstrar cuidado real, mensagens padronizadas, tempo de resposta rápido e tom humanizado. E obviamente: nunca dê o seu WhatsApp

peessoal. Isso é muito importante. Você está falando de saúde. Isso pode gerar um comprometimento muito grande e, a longo prazo, não é bom.

Quem não pede avaliação não constrói reputação.

Visão sem ação não gera resultado. Quando vocês saírem daqui hoje, escolham uma coisa para fazer. Eu indicaria começar reservando o nome de vocês no Registro.br e começar a pensar na tua promessa como médico: o que eu faço, para quem eu faço, com qual diferencial. Essa tem que ser a frase na capa do teu site, na bio do teu Instagram.

Comece a olhar também para outros canais que poucos médicos usam. Por exemplo, o LinkedIn é uma rede social fantástica. Eu estava palestrando numa cidade do Rio Grande do Sul, uma cidade pequena chamada Santa Rosa, e o pessoal me falou: *“Rafael, aqui no interior o pessoal não usa muito o LinkedIn.”* Mas o LinkedIn vira um site. Quanto mais você tiver pegadas na web, mais as pessoas vão te encontrar.

Nossa marca é como a Times Square. Quem você vai lembrar das marcas que estão ali nos outdoors? Imagine que a web é uma grande Times Square. Ganha, no final das contas, aquele médico que aparece mais, com melhores avaliações, e com a forma clara do que entrega para o mundo. Porque se você não tiver essa clareza, o seu paciente não vai ter também.

A verdade é que temos dois momentos importantes na vida: quando a gente nasce e quando a gente descobre para que nasceu. O digital é para potencializar a nossa mensagem para o mundo.

Eu espero, de coração, que nesses minutos eu tenha agregado alguma coisa. Muito obrigado!



Quem não pede avaliação não constrói reputação.

Pergunta da plateia:

A minha dúvida é sobre a tua opinião sobre o TikTok e o uso pelo médico. E sobre se, como residente, a gente já deveria começar a se posicionar em rede social. Porque eu, particularmente, ainda não me sinto em lugar de fala. Isso me gera uma certa insegurança.

Rafael Terra:

Muito legal a tua pergunta — pergunta de milhões. Olha só: eu tenho um aluno advogado. O escritório dele é especializado em INSS. Se a gente pegar o tema INSS, não tem muito a ver com o TikTok — a pessoa olha e pensa *“não tem nada a ver.”* Ele tem um milhão de seguidores lá só falando de INSS.

Então, sim, o TikTok hoje é um dos melhores algoritmos para você crescer rápido. Quanto antes você entrar lá, mais você ganha território.

Sobre a segunda pergunta: sim, com certeza já começa como residente. Mas deixando claro que você é um residente — inclusive mostrando esse bastidor, a sua construção como médico. Isso conecta muito. E você vai gerando um desejo pela tua marca quando você efetivamente puder atender. É o melhor dos mundos: *“comecei a atender e já tenho pessoas querendo consultar comigo.”* Boa sorte!

Israel Rosenberg:

Qual é a sua opinião sobre TikTokers com dancinha para médicos?

Rafael Terra:

Ah, não, daí não. Você é profundo demais para isso. Israel, o que acontece é que existe uma coisa chamada persona de marca — quem nós somos. Se você, por exemplo, é um residente bailarino — como a minha sobrinha, que é bailarina —, super combina. Ela como médica fazendo alguma coisa de dança faz sentido. Agora, a pessoa que nunca dançou entrar numa dancinha só para pegar uma onda vai cair na seara da piada pronta. Então tem a ver com a persona. Se a pessoa é confortável e dança no dia a dia, não tem nenhum problema. Agora, entrar na onda só para tentar viralizar é muito ruim, porque o outro detecta. E daí não é bom.

Tecnologia, IA e o Futuro da Oftalmologia



**Pedro Carricondo e
Alexandre Taleb,**
*oftalmologistas e pesquisadores
sobre IA*

Pedro Carricondo:

É um prazer estar aqui. Tanto eu como o Taleb temos um longo histórico em olhar para a tecnologia, tentar entendê-la e tentar trazer isso para o nosso dia a dia.

A tecnologia é igual a uma ferramenta. Quando falamos em tecnologia, estamos pensando em recursos para que possamos melhorar. A tecnologia é o que marca a história, o que marca as diversas eras. Começamos com a tecnologia da pedra — a Idade da Pedra —, fomos para a Idade do Bronze, e assim por diante, até chegar hoje. Qual é a tecnologia que temos disponível? A capacidade para o espaço. Estamos na era espacial.

A medicina, sem dúvida nenhuma, sempre se beneficiou muito da tecnologia. A tecnologia sempre foi rapidamente incluída na medicina, e a medicina sempre pressionou por mais tecnologia para melhorar o cuidado que oferecemos aos nossos pacientes.

Nos últimos duzentos anos foram criados, boa parte dos instrumentos que caracterizam a medicina. O estetoscópio, o raio-X — tudo isso apareceu nos últimos séculos. E a oftalmologia, sem dúvida nenhuma, é uma das especialidades que mais rapidamente abraça a tecnologia. Temos desde as inovações disruptivas — como o aparecimento do microscópio — até as inovações que seguem de maneira incremental, se somando, evoluindo.

Hoje, sem tecnologia, será que ainda poderíamos nos dizer oftalmologistas? Será que conseguiríamos exercer a medicina sem a lâmpada de fenda, sem o oftalmoscópio indireto? Tudo isso faz parte do que somos hoje. A tecnologia está imbricada no nosso dia a dia e muda a forma como exercemos a medicina.

Hoje não tem a necessidade de aprender no paciente. Temos a capacidade de aprender antes do paciente. Simulação é algo que, para qualquer cirurgião, tem que fazer parte do dia a dia. Hoje você consegue chegar a uma técnica cirúrgica nova já treinada, já praticada, já testada em modelos, antes de executar no paciente.

Avançando um pouquinho — o dado é o que temos que olhar com mais atenção. O entendimento do dado, a geração do novo dado — é o que vai ter o maior impacto no exercício da medicina. Teremos a capacidade de avançar mais ainda nas doenças. E mais que isso, teremos que lidar com todos os problemas que vêm disso. Será que não começaremos a tratar imperfeições, tratar exames incorretos?

Alexandre Taleb:

Percebemos, quando vamos discutir inovação em oftalmologia, como é que a inovação faz parte do nosso dia a dia, como podemos evoluir — tanto de forma incremental quanto de forma disruptiva.

A realidade de vocês, residentes, é indiscutível. Sabemos que vocês estão usando LLMs todo dia. As diversas plataformas — OpenAI com o ChatGPT, o Gemini, o Grok, o Perplexity, o Open Evidence — todos eles fazem parte do dia a dia de vocês. Vocês têm acesso, nas residências, a tecnologia de última geração de exames complementares e para realização de procedimentos cirúrgicos. Vocês já utilizam a inteligência artificial de alguma forma na interpretação de exames, têm acesso a aparelhos que já vêm com uma tecnologia artificial embutida — seja um mapa de calor, de hot spot. Junto com isso, vocês têm acesso a dados mais estruturados nos prontuários eletrônicos, utilizam aplicativos de educação como Cybersite, YouTube, o portal do CBO, e alguns já têm alguma prática na Telemedicina durante a residência.

O fato é que precisamos entender qual é o próximo passo e como fazer uma utilização melhor de cada uma dessas coisas no dia a dia. Como fazer com que a tecnologia ultrapasse a questão só da conveniência? Porque tecnologia não é só conveniência — é uma forma de levar equidade para a saúde. São dois bilhões de pessoas no mundo com alterações visuais significativas. Um bilhão e duzentos milhões dessas pessoas têm alterações preveníveis.

Vamos discutir se vamos usar IA ou não vai usar IA? Não vamos. A IA está posta, ela vai ser usada. O que temos que discutir é como e quando usar, porque nós somos quem tem hoje ainda a capacidade de ordenar o uso e de fazer o uso adequado.

Em 2018, o FDA aprovou uma IA para retina — o IDx-DR, hoje chamado de Luminetics Core. De lá para cá, são quatorze aprovadas para uso em oftalmologia pelo FDA. A lista no *pipeline* é enorme — devemos terminar o ano com mais de duzentas aprovadas para uso em oftalmologia. Aqui no Brasil, já temos oito aprovadas. Temos empresas brasileiras e empresas estrangeiras que fazem isso.

O índice de acerto da IA é muito grande. Mas dá para confiar só na IA?

Pedro:

Precisamos que o médico tome posse disso, que seja uma ferramenta para o médico. O médico informado é o melhor médico. O médico que usa a IA provavelmente vai ser o melhor médico, vai exercer melhor a medicina.

A IA não é para o médico que não sabe do que se trata. Não é para a pessoa menos qualificada. Ao contrário, é para a pessoa mais qualificada, que consegue inclusive perceber os erros da inteligência artificial. Não é a pessoa ignorante no assunto que vai conseguir perceber que a IA está oferecendo um resultado incorreto.

Taleb:

Por isso eu, particularmente, prefiro chamar a IA não de inteligência artificial, mas de inteligência aumentada. Se vocês me pedirem para fazer uma aula aqui sobre o plantio de sândalo vermelho — que eu não entendo nada —, vou utilizar ela como inteligência artificial. Vou apresentar uma aula com slides belíssimos produzidos pelo NotebookLM, que aliás faz slides muito melhores do que o Claude ou o ChatGPT, e vou fazer uma aula que não é minha. Mas se eu aplico os meus conhecimentos em oftalmologia somados ao que a IA pode trazer, eu consigo aumentar e ampliar a minha inteligência. Com inteligência aumentada, consigo ser um médico melhor.

Agora, temos que ter muito cuidado e estarmos muito atentos às questões éticas. Um dos exemplos que foi citado aqui algumas vezes — e que muitos de vocês estão usando hoje — é a transcrição de áudio para consulta. A maioria dos aplicativos de transcrição sobem para a nuvem o áudio que você gravou e devolvem um relatório estruturado. Você pega aquele relatório e cola no prontuário eletrônico.

Isso que você está subindo para a nuvem precisa e deve ser anonimizado. Se você entra num ChatGPT, Gemini, Grok, qualquer plataforma, e coloca “mulher de 59 anos apresentando quadro clínico ABCDE — que exame peço?” — você está colocando um caso genérico. Mas se você grava um áudio de toda a conversa com a Dona Fulana — nome, família, filho, marido, conversa inteira, dados íntimos —, tudo isso sobe. Isso não é anonimizado. Você está passando um áudio que contém, além de dados clínicos valiosíssimos, dados pessoais da paciente, muitas vezes dados familiares, que vão ser processados em servidores que não sabemos onde estão, utilizados para treinamento de máquinas que não sabemos como serão. E que vão devolver para você um relatório estruturado que te é conveniente. Por isso, quando falamos de inteligência aumentada, estamos falando de saber utilizar da forma correta.

Pedro:

A tecnologia bem usada permite que a gente vá mais longe. Com a teleoftalmologia vamos chegar em lugares aonde não chegamos hoje. A Telemedicina e a teleoftalmologia são formas de cuidar.

Gosto muito dessa frase que o meu amigo Taleb trouxe há alguns anos: **você cuida do paciente de uma maneira diferente**. Todos nós não precisamos fazer teleoftalmologia hoje em dia da mesma forma. Toca meu celular, chega um WhatsApp: “Estou com olho vermelho, estou com olho coçando, te mando uma foto do olho.” Isso é uma forma de telecuidado, de cuidado a distância. O que precisamos é entender qual a melhor maneira de fazer isso.

Taleb:

E fazer de forma ética. Hoje conseguimos fazer teleconsultoria muito tranquilamente — todos fazem. Você recebe um outro

colega te tirando uma dúvida, você devolve isso, seja de forma síncrona, em tempo real, ou assíncrona. Conseguimos fazer teleorientação diretamente para os pacientes. Conseguimos até fazer teleconsulta para os pacientes.

Eu faço telerrefração. Atendo por Telemedicina já há seis anos, praticamente diariamente. Vou ao meu consultório duas vezes por semana — os outros dias todos atendo da minha casa. Quem é de Goiânia e convive comigo sabe disso. E funciona.

Como levar a telerrefração para uma cidade de doze mil habitantes, de oito mil habitantes, no interior de um estado que não tem um oftalmologista residente lá? A telerrefração funciona numa cidade maior, mas eu preciso dela na ponta. Vou precisar dela para interiorizar a nossa capacidade produtiva, mas acima de tudo a nossa capacidade intelectual, cognitiva e ética de oftalmologista, na prescrição correta de óculos para os pacientes.

A teleconsulta é uma realidade e vai se tornar cada vez mais presente. Vocês residentes, ao se formarem, terão esse novo mercado para explorar.

Pedro:

Acho que aí vem um ponto muito importante: tudo que a gente não olha, tudo que a gente faz de conta que não existe, vai acontecer de uma maneira diferente do que imaginamos, não necessariamente da maneira mais ética.

É ingênuo achar que conseguiremos segurar a tecnologia. Precisamos tomar posse dela. Tudo que a deixamos de incluir no nosso portfólio, alguém vai incluir.

Taleb:

As máquinas autônomas estão chegando. Os quiosques de autorrefração, de autoexame — aqui no Brasil ainda não, mas lá fora já tem. A iBot sozinha recebeu um aporte multimilionário para poder implementar isso. A gente tem que estar atento às mudanças de mercado.

Pedro:

Mas a evolução traz outras facilidades também. O paciente, podendo fazer o exame em casa várias vezes por dia ou por semana, isso vai ser uma parte grande da realidade de boa parte de vocês. É muito fácil o paciente fazer campo visual toda vez que vai ao consultório, se você tem um campo visual portátil que ele faz em dois, três minutos, que não depende necessariamente de um técnico. Ele vai poder fazer medida de pressão em casa. Vai poder fazer o OCT, talvez em casa, é questão de custo.

Taleb:

O telemonitoramento vai se tornar uma realidade cada vez mais frequente. Assim como a cirurgia robótica, já tem vários experimentos e vários robôs em oftalmologia em testes extremamente avançados. Em breve, provavelmente teremos isso aqui.

Pedro:

Só precisamos saber de uma coisa: isso vai ser significativamente melhor do que nós, ou significativamente mais barato? São esses dois aspectos que vão ditar o que vai ou não acontecer.

Taleb:

Então, conseguimos vislumbrar dois cenários.

No cenário distópico — o pior deles: médicos burocratizados, substituídos por robôs, numa saúde desigual, fragmentada, automatizada, em que as pessoas que não têm acesso digital serão excluídas do processo como um todo. E a inteligência artificial como uma caixa preta — ninguém sabe como funciona, ninguém entende como ela processa, e ela devolve um resultado que você é obrigado a engolir, sem transparência e sem validação.

Mas temos condições de trabalhar para um cenário utópico — em que nós, empoderados pelo que a inteligência artificial é capaz de nos dar, tornemo-nos, através da inteligência aumentada, mais capazes de atender os nossos pacientes. Em que possamos fazer uma saúde preditiva, preventiva, personalizada, que inclua todos, e em que a inteligência artificial seja uma extensão ética do nosso raciocínio clínico.

Se for para sair com uma mensagem daqui, de tudo que estamos falando: o Pedro e eu temos a mesma preocupação. Como vocês vão utilizar a inteligência artificial? E mais do que isso — o que vocês vão fazer com o resultado que a inteligência artificial dá para vocês?

A melhor forma de fazer isso melhor é desenvolver o *Critical Thinking*. Se tem um curso que eu acho que deve ser feito, que vocês precisam desenvolver como *soft skill*, é o *Critical Thinking*. Isso é diferencial. É o que vai dizer para você, de verdade, como aproveitar aquilo que está recebendo da IA.

Principalmente o LLM — ele foi feito para te convencer. A linguagem dele é feita para convencimento. Ele te conta a maior mentira de uma forma fantástica e você sai acreditando. Ele inventa coisas. Se você não tiver capacidade crítica, você não percebe.

Pedro:

Nós vamos ser espectadores ou vamos ser os protagonistas dessa mudança?

Para finalizar, em relação à inteligência artificial em particular, uma frase do Bertalan Meskó que eu acho excelente:

“A IA não vai substituir o médico. O médico que usa a IA provavelmente vai substituir quem não a usa.”

Muito obrigado.

Mercado de trabalho: grandes centros vs. novas fronteiras



Cristiano Caixeta,
ex-presidente CBO

Vou falar um pouco sobre mercado de trabalho na oftalmologia. Quando me convidaram para abordar a “Realidade dos grandes

centros e das novas fronteiras”, pensei que a melhor forma de começar seria pelos dados. Afinal, opinião de todos, quem detêm o dado consegue enxergar a realidade com mais clareza.

Em janeiro de 2026, durante a Prova Nacional de Oftalmologia, realizamos uma pesquisa com os candidatos. Dos 1.835 participantes do exame, 1.212 responderam ao questionário. Foi uma oportunidade única para entender o que os futuros oftalmologistas pensam sobre carreira, mercado e perspectivas profissionais.

Mas antes de mostrar esses números, quero contar uma história.



(VER SLIDE)

Em 2001, esse sujeito magro da foto era eu, ainda residente de segundo ano. Eu e a minha colega de residência, Marcela Cypel, resolvemos fazer uma pesquisa sobre a formação dos residentes. Coletamos os dados, escrevemos o trabalho e enviamos para o Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO. Naquela época não existia upload, plataforma online ou submissão digital. Colocávamos tudo no correio e torcíamos para dar certo.

Algum tempo depois, recebi uma carta nos convocando para uma reunião na Alameda Santos, sede do CBO. Fomos animadíssimos! Pensei: *“Pronto, nosso trabalho foi aceito. Vamos publicar nossa primeira pesquisa em oftalmologia”*.

Chegando lá, a história era outra.

Sentaram conosco e explicaram que aquilo que publicaríamos ficaria registrado para a história da especialidade. Em vez da publicação que eu imaginava, ganhamos uma bela aula sobre responsabilidade científica.

Por que estou contando isso?

Porque muitos de vocês vão ouvir alguns “nãos” ao longo da carreira. Eu ouvi vários. Fiz a prova do CBO em 2002. Vinte anos depois, tive a honra de me tornar presidente do CBO. Aquele “não” não definiu minha trajetória.

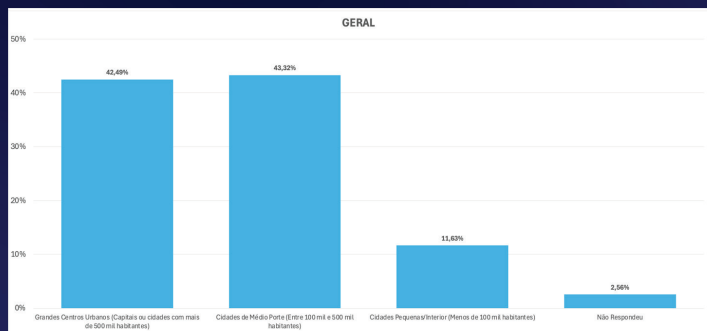
Então guardem isso: o primeiro “não” não é o fim da história. Muitas vezes ele é apenas o começo.

Agora vamos aos dados.

Na pesquisa perguntamos aos candidatos: *“Onde você planeja exercer a sua carreira na oftalmologia em cinco anos?”*. A resposta mostra algo interessante. Quando analisamos residentes dos programas credenciados pelo CBO, residentes da Comissão Nacional de Residência Médica e candidatos independentes, percebemos que a preferência pelos grandes centros é muito semelhante.

Temos a distribuição em grandes centros urbanos, centros urbanos de médio porte (cidade de cem mil a quinhentos mil habitantes), e em pequenas cidades (menor que cem mil habitantes).

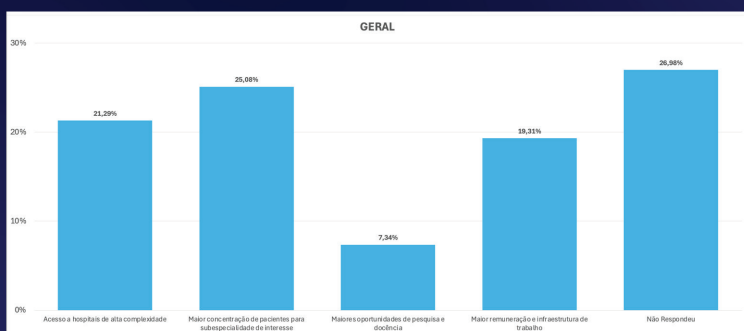
Onde você planeja exercer sua carreira como Oftalmologista
(Marque a opção principal para os primeiros 5 anos após a residência)?



Nessa pergunta, conseguimos estratificar nossa amostra de respondedores: o residente de cursos credenciados CBO, cursos credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, e o candidato independente (aquela pessoa que não fez residência médica apenas acompanhou um serviço com a parte prática em oftalmologia) que prestou a prova do CBO. É interessante ver que em relação ao grande centro e ao centro de médio porte, está muito parecido. Mas quando você olha o candidato independente na cidade de pequeno porte, esse colega que quer exercer a oftalmologia pensa muito nessa cidade de menor porte.

Em outra pergunta questionamos *“Se a sua escolha foi o grande centro, o que te atraiu?”* Por que você, como eu, que veio de Goiânia sem pai nem mãe médico, resolveu ficar em São Paulo? O que você buscou? Nesta questão temos aqui como opção de resposta: acesso a hospitais de alta complexidade (21,29%), maior concentração de pacientes e subespecialidades que você pode exercer nos grandes centros (25,08%), maiores oportunidades de pesquisa e docência (7,34%), maior remuneração e infraestrutura de trabalho (19,31%) e não respondeu (26,93%). Dado que me chama atenção, 27% não sabe por que quer ficar no grande centro. Esse é o espaço onde queremos contribuir com vocês.

Se a sua escolha foi Grandes Centros Urbanos, qual o principal fator de atração?



IFONARCO
FORUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

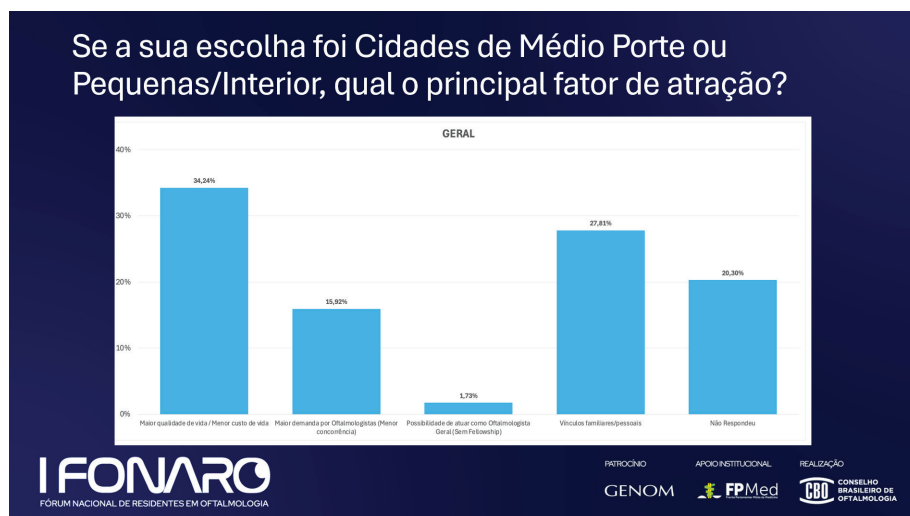
PATROCÍNIO
GENOM

APOIO INSTITUCIONAL
FPIMed

REALIZAÇÃO
CBO CONSELHO
BRASILEIRO DE
OFTALMOLOGIA

Quando falamos do centro de médio e pequeno porte (de cem mil a quinhentos mil habitantes), o perfil dos respondedores afirma que optaram por ficar nestas cidades por maior qualidade de vida e menor custo de vida (34,24%). Qualidade de vida é uma questão muito importante para o residente hoje.

E aqui a mesma preocupação: 20,30%, optou por esta resposta, mas também não sabe por quê.



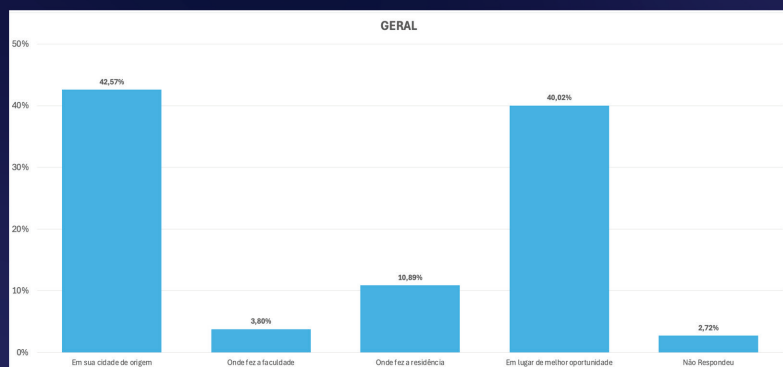
A possibilidade de atuar como oftalmologista geral aparece em apenas 1,73%, ninguém quer ser oftalmologista pleno!

Vinte e sete por cento (27,81%) afirmou que esta escolha está relacionada a vínculos familiares.

Perguntamos: Onde você pretende se fixar quando acaba a residência?

Como opção de respostas: em sua cidade de origem (42,57%), onde fez a faculdade (3,80%), onde fez a residência médica (10,89%), em um lugar de melhor oportunidade de trabalho (40,02%) e 2,72% não responderam. Isso é muito importante para entendermos e buscarmos o planejamento da carreira.

Onde pretende se fixar para exercer a profissão?



IFONARO
FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

PATROCÍNIO
GENOM

APOIO INSTITUCIONAL
FPMed

REALIZAÇÃO
CBO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

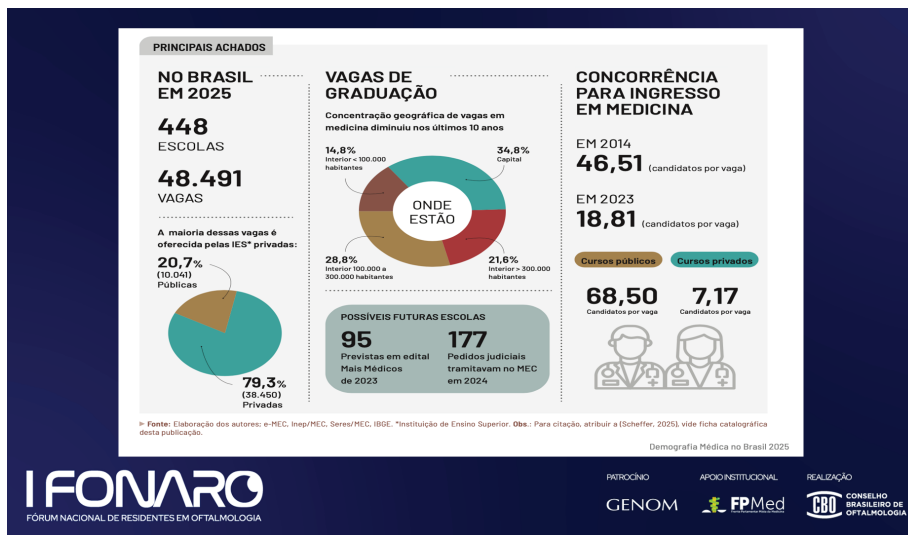
No planejamento de carreira, o que você quer fazer de especialidade? Catarata, retina e glaucoma lideram. Plástica ocular tem subido bastante. Estrabismo me chamou atenção com sete por cento. Mas será que não precisamos ter uma formação melhor em uveíte (0,58%), neuro-oftalmologia (0,58%), visão subnormal (0,17%), lente de contato (0,50%), órbita (0,50%)? Está faltando profissional nestas áreas. Vocês vão ter que buscar aquilo que gostam. Mas sejam oftalmologistas plenos. Não entrem na residência querendo ser o especialista em algo desde o início. Façam oftalmologia, trabalhem, sejam a referência nessas áreas.

Acreditamos que menos de vinte por cento dos colegas continua realizando cirurgias depois que sai da residência, seja pela condição de estrutura hospitalar, seja pelo treinamento. Oitenta por cento dos nossos colegas que não serão cirurgiões o tempo inteiro, o que vão fazer? Se não fizerem o consultório bem-feito, aí sim podem ser substituídos por alguma coisa. E eu não sei nem por que, nem por quem.

Aqui existe uma enorme oportunidade! Enquanto muitos olham para os mesmos caminhos, existem áreas inteiras precisando de profissionais qualificados.

Por isso, deixo um conselho: não entrem na residência querendo ser apenas especialistas em uma pequena parte da oftalmologia.

Primeiro tornem-se excelentes oftalmologistas. Construam uma base sólida. Depois escolham o caminho que mais combina com vocês. Porque as oportunidades costumam aparecer justamente onde poucos estão olhando.

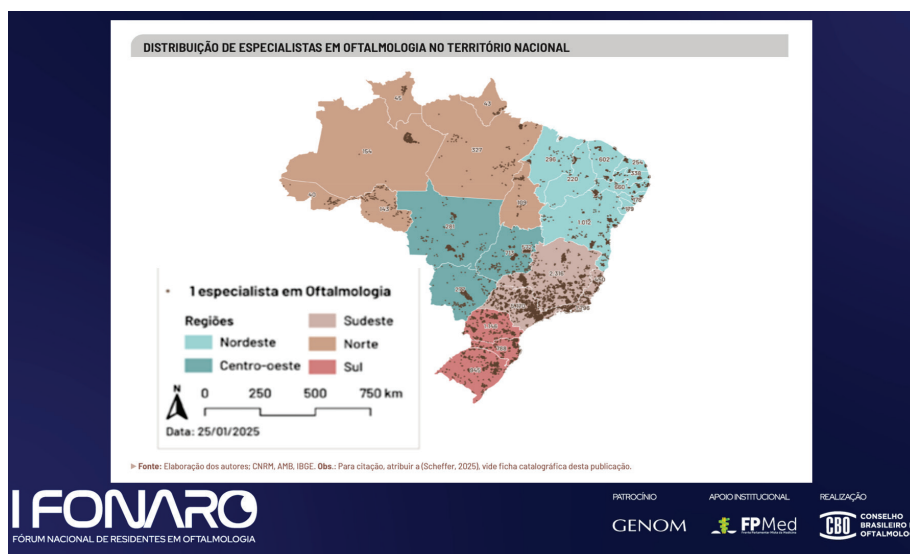


A demografia médica publicada em 2025 aponta seiscentos e trinta e cinco mil médicos no Brasil hoje. Em 2025, 448 escolas médicas. Em 2023, 95 novas previstas com edital do Mais Médicos. Em 2024, 177 processos judiciais tramitavam no MEC pleiteando a liberação de novos cursos. Em 2035, a expectativa é que tenhamos cerca de um milhão de médicos. Oitenta por cento das vagas no sistema privado.

A procura pela educação médica está em alta, assim como as mensalidades, porém existem avaliações, prospecções que a mensalidade pode começar a baixar devido à grande oferta de vagas. Eu ouvi de uma das grandes operadoras do ensino, em 2019: *“Daqui a pouco, medicina estará tão barato quanto odontologia”*. Os empresários falavam que os alunos saíam devendo entre um milhão, um milhão e duzentos mil reais quando acabava o curso de medicina privada. O senador Hiran falou sobre isso ontem. Esse gestor educacional mostrou o ciclo do grupo educacional dele: “trabalhávamos com escola de terceiro grau, como não estava tendo público suficiente na escola de terceiro grau compramos escolas

de segundo grau, que alimentavam de alunos para a faculdade. A escola de segundo grau não estava tão boa, então montamos a escolas de primeiro grau. E ele virou, na maior cara lavada, e disse: *“Meu aluno de terceiro grau não sai bem formado e está me devendo. Então, eu estou comprando hospitais para empregar o meu médico mal-formado e garantir que cerca de quarenta por cento da renda dele, trabalhando para mim, seja revertida para o pagamento do meu financiamento”*. Falando direto, aberto e reto. Não é por aí que a devemos ir.

Em 2035, cerca de um milhão de médicos. Oitenta e cinco por cento dos médicos terão menos de 45 anos, dado que pode ser uma coisa boa por um lado, mas que devemos pensar em como isso reflete na carreira. O mapa de densidade demográfica de médicos no Brasil é extremamente concentrado na região Sul e Sudeste. O mapa da oftalmologia não é diferente, mas tem muitas oportunidades, muitos locais interessantes para olhar. Municípios com mais de 500 mil habitantes são apenas 48 no país. De cem a quinhentos mil são 288 municípios. Acima de cinquenta mil temos 675 municípios, sendo que entre 50 e 100 mil são 339 dos 5.570 municípios que existem.



Temos quase seiscentos mil médicos nesses 675 municípios, que correspondem a setenta por cento da população nacional. Temos

que trabalhar esse dado, baseado no IBGE: 212 milhões de habitantes. Voltando à questão da renda mensal do médico, que foi muito falado aqui, em 2012 o médico ganhava em média trinta e nove mil reais. Dez anos depois, trinta e seis mil reais. Estamos perdendo valor a cada ano. As profissões com maior remuneração: titular de cartório, membros do Poder Judiciário, membros do Ministério Público, diplomatas, defensor público. E o médico com trinta e seis mil reais. A economia olha para a classe médica e fala: “*Esses caras estão muito acima da média nacional*”. Queremos subir esse valor cada vez mais, mas esses são os números com que os economistas e os agentes desse ecossistema de saúde trabalham sobre nós. Diante de um cenário tão diferente, falamos de oportunidades.

Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo agrupamentos de municípios por porte populacional, em 2024 | Brasil, 2025

Porte de municípios (número de habitantes)	Número de municípios	Médicos	%	População	%	Razão*
≥500 mil	48	377.787	57,8	65.685.625	30,9	5,75
100 a 500 mil	288	178.514	27,3	57.977.268	27,3	3,08
50 a 100 mil	339	42.533	6,5	23.739.489	11,2	1,79
20 a 50 mil	1.072	35.188	5,4	33.122.827	15,6	1,06
10 a 20 mil	1.357	12.932	2,0	19.283.810	9,1	0,67
5 a 10 mil	1.178	4.786	0,7	8.429.757	4,0	0,57
≤5 mil	1.288	2.204	0,3	4.344.974	2,0	0,51
Brasil	5.570	653.945	100,0	212.583.750	100,0	3,08

* Fonte: Elaboração dos autores; CPM/CRMs, IBGE. *Razão de registros médicos por 1.000 habitantes. Obs.: Para citação, atribuir a (Scheffer, 2025), vide ficha catalográfica desta publicação.

IFONARCO
FORUM NACIONAL DE RESIDENTES EM OFTALMOLOGIA

PATROCÍNIO

GENOM

APOIO INSTITUCIONAL

FPMed

REALIZAÇÃO

CBO
CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Não comprem tudo que querem te venderem. Peguem a aula do Rafael, peguem todas as aulas que vocês tiveram aqui e pensem, como o Taleb e o Pedro mostraram no último slide: pensem, analisem e busquem sua estratégia.

Quero terminar com a questão de oportunidade com este vídeo, acho que a grande maioria dos residentes já deve ter visto. Banda Foo Fighters, extremamente renomada, consagrada. De repente um garoto pede para tocar. O vocalista do Foo Fighters chega para uma criança de 12 anos e pergunta o que ela quer tocar. O garoto responde: “*Eu quero tocar Metallica no seu show.*” O vocalista vira

para a banda: “*Vamos lá.*” O garoto conduz o show. Esse cara, que é o vocalista de uma das bandas mais conceituadas, teve a humildade de entender, virar para a banda e falar: “*Olha, vamos lá.*” Ele embarcou na música do garoto. Foi humilde para dar espaço. E o moleque de 12 anos não se intimidou, conduziu o palco, levou o show da banda, cantando, tocando. É isso que vocês têm que ter: quando a oportunidade chegar para vocês, abracem. Mas nunca deixem de procurar o seu tutor, o seu coordenador, porque ele é aquele cara que vai te ajudar muito na carreira. Quero chamar o senador Hiran e a presidente aqui no palco para finalizar. Estou muito feliz com o que construímos juntos. Vocês são parte dessa construção. Muito obrigado a todos vocês. Não percam nunca as oportunidades que vocês terão ao longo da vida.

Anúncio do Prêmio Jovem Talento em Oftalmologia (Genom/União Química)

Rosângela:

Boa tarde a todos. Estamos chegando na reta final, e o sentimento é de gratidão. Tivemos dias intensos — a visita à fábrica na quinta-feira, onde eu pude ouvir de alguns médicos que tiveram a primeira oportunidade de conhecer o processo produtivo da indústria farmacêutica: “*Puxa, eu não imaginava o envolvimento de toda essa cadeia de qualidade até o produto chegar ao paciente.*” Um conteúdo riquíssimo desenvolvido ao longo desses dois dias.

Estamos na reta final. Tivemos o momento de descontração merecido ontem à noite. E agora é uma honra e alegria apresentar, em nome da Genom e da União Química, o Prêmio Jovem Talento em Oftalmologia.

Mas antes, se me permitir, Dra. Maria Auxiliadora, eu gostaria de compartilhar uma reflexão a respeito de um tema abordado ontem — e que hoje o Rafael Terra, num outro prisma, também abordou. Não é ousadia em meio a uma assembleia de sábios, mas porque hoje eu estou aqui como aprendiz.

Foi comentado ontem sobre fazer o que precisa ser feito e fazer o que se gosta. Ao longo da minha trajetória, fui me convencendo de que há possibilidade de fazer as duas coisas.

Eu tinha tudo para dar errado na vida. Origem de uma família pobre — materialmente dizendo, menos abastada. Trabalhei com meu pai na roça aos oito anos de idade. Cheguei a morar em duas favelas ainda quando menina. Mas hoje eu estou aqui.

Sempre fui ávida na busca da identificação dos meus dons e em tentar enxergar os dons daqueles que me rodeiam. É sobre isso que venho comentar. É possível, sim — se nós unirmos as duas coisas, se nós trabalharmos o olhar para a identificação dos nossos dons e dos dons daqueles que nos rodeiam. Porque o nosso olhar geralmente está mais voltado para enxergar o errado, o lado não tão bom das pessoas. E quando a gente identifica esse dom em nós e o coloca em ação, é aí que a gente consegue tocar vidas.

Vocês podem dizer: *“Rosângela, isso é muito romântico. Nós já escolhemos a medicina, já estamos na oftalmologia.”* Mas cada um aqui tem um dom específico. O Rafael falou um pouquinho disso — dois momentos importantes: o momento em que a gente nasce e o momento em que a gente identifica o nosso diferencial. Por isso as comissões são formadas: a diretoria, uns mais voltados para a ciência, outros para as finanças, outros para a interação com pessoas. Nenhum melhor ou pior — cada um com o seu dom.

Colocar esses dons em ação vai muito além. Dons identificados e colocados em ação dão luz ao que há de importante em cada um. E a soma deles faz alcançar o extraordinário — que é um pouco do que nós fizemos aqui. O doutor Ricardo comentou: *“Eu não tive essa oportunidade na minha residência.”*

E é só o começo. É o primeiro FONARO. Juntos vamos desenhar os próximos, pensar naquilo que já vivenciamos no primeiro ano, no segundo, no terceiro de residência, e auxiliar aqueles que estão chegando, acolher aqueles que estão chegando.

Foi assim também que a Genom chegou à liderança absoluta na oftalmologia brasileira ao longo dos vinte e três anos de mercado farmacêutico brasileiro.

E o que isso tem a ver com o prêmio? Vamos chegar no prêmio agora.

A Genom, através do **Prêmio Jovem Talento em Oftalmologia**, faz justamente esse convite a todos vocês: coloquem os seus dons mais preciosos em ação com o objetivo de tocar vidas. Porque no final das contas, esse é o objetivo final de todos os estudos — se não a cura, a melhoria dos sintomas, a qualidade de vida desses pacientes.

Esse é o convite. Está dada a largada.

Aqui vamos apresentar somente o escopo da premiação. Na sequência, o CBO vai divulgar o edital.

Os prêmios serão:

Serão premiados os três melhores trabalhos científicos no próximo Fonaro, em 2027. Seis premiados no total: os três autores mais os três orientadores.

1º lugar: Pacote completo para o American Academy of Ophthalmology + R\$ 15.000,00. O orientador também receberá o pacote completo para o congresso americano.

2º lugar: Pacote completo para o CBO + R\$ 8.000,00. O orientador também receberá o pacote completo.

3º lugar: Pacote completo para o CBO + R\$ 5.000,00. O orientador também receberá o pacote completo.

Gostaram? É uma bela premiação! Está dada a largada. A Comissão de Ensino do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, junto com a Científica, estudará e publicará o edital com toda a seriedade e transparência.

O próximo FONARO certamente acontecerá, provavelmente no final de maio. E o prêmio está aqui — estamos chegando.

Em nome da União Química — Genom, gratidão por tudo que vivemos nesses três dias. Gratidão ao CBO, à Dra. Maria Auxiliadora, a toda a equipe organizadora do CBO, ao corpo diretor, em especial doutores Frederico Pena e Caixeta, com os quais interagi mais nesse período de organização do evento. À Frente Parlamentar de Medicina — senador Hiran —, gratidão pelo seu incansável trabalho em prol da medicina e da nossa população brasileira. Ao nosso presidente Fernando Castro Marques, sempre com seu olhar visionário e empreendedor — gratidão por ter tornado esse evento grandioso, que já é um marco na residência oftalmológica do Brasil.

E principalmente ao time do qual eu faço parte — eventos, marketing, força de propagandistas. É a maior força de propaganda médica do mercado farmacêutico brasileiro na oftalmologia.

Um agradecimento também ao time de comunicação — as mãos por vezes invisíveis que ficam nos bastidores para que tudo pudesse acontecer. O time do som. E um agradecimento muito, muito, muito especial a você, Vânia, nossa coordenadora de eventos.

Por fim, desejo que tenham um retorno seguro aos seus lares e que, sobretudo, Deus abençoe o dom de cada um de vocês para que vocês possam tocar vidas. Muito obrigada.

Encerramento

Dra. Maria Auxiliadora Frazão, presidente do CBO

Vou repetir todos os agradecimentos falando de equipes, porque falar nome é sempre muito complicado.

Toda a equipe da Genom, toda a equipe do CBO, o Paulinho — que é um gigante. Senador, muito obrigado pela oportunidade, por tudo que o senhor ajudou. A todos os palestrantes. A todos que aceitaram estar aqui. E aos residentes — a maior motivação do conselho.

Sou entusiasta do ensino. Todo mundo sabe que estou no CBO há doze anos, dez deles no ensino. E vejo, em todos os residentes que passam, a grande motivação que temos no CBO: construir

uma oftalmologia cada vez melhor, cada vez mais ética, que atue de fato no que aponta, no que é o fim — que é o bem do paciente.

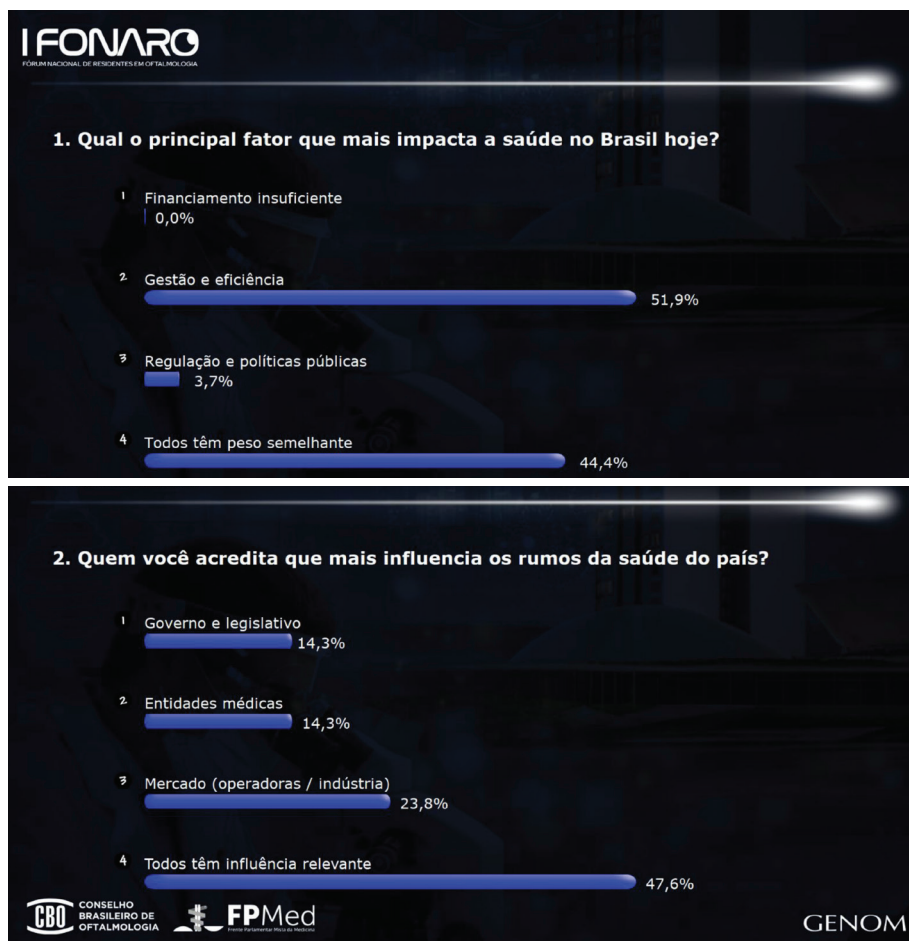
Acredito muito que a gente consegue mudar realidades única e exclusivamente através do ensino, da capacitação, da formação de pessoas críticas e conscientes para atuar na sua realidade.

Parabéns aos que estiveram aqui. E muito obrigado a todos que participaram.

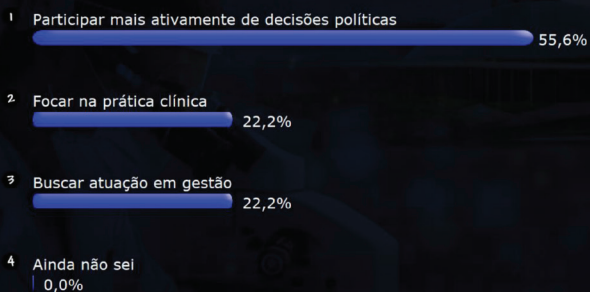
ENQUETES

Para enriquecer os debates apresentados ao longo do I FONARO e registrar a visão prática de quem vivencia o *day after* da formação, reunimos a seguir o resultado das enquetes realizadas com os participantes durante os sete blocos do evento.

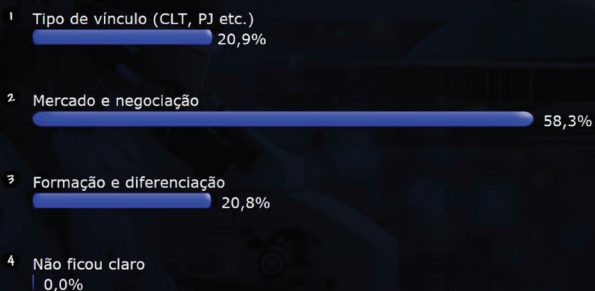
Estas consultas revelam as percepções, os anseios e as decisões do jovem oftalmologista diante de temas centrais como regulamentação, consolidação de mercado, escolhas de carreira, modelos de remuneração, atuação no SUS e uso ético da tecnologia.



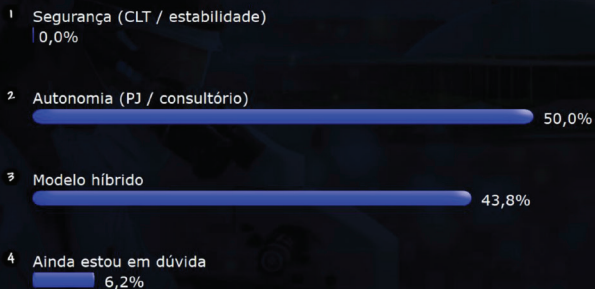
3. Após este bloco, você percebe que o médico deve:



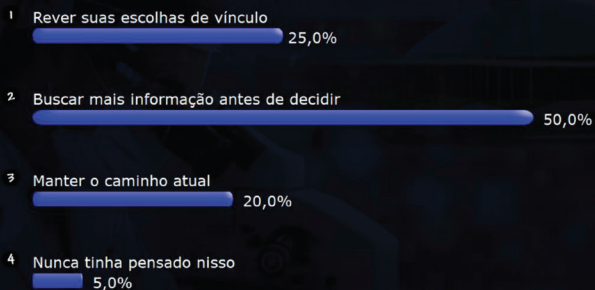
1. O que mais influencia o valor do trabalho médico hoje?



2. Sobre os modelos de atuação, você se identifica mais com:



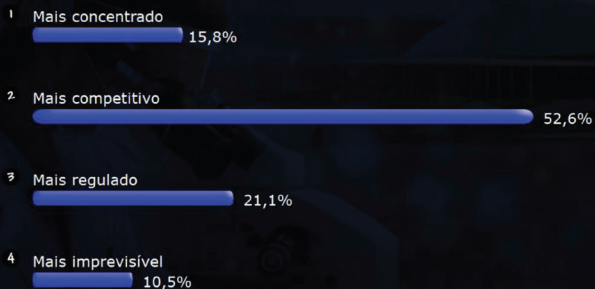
3. Depois desse bloco, você pretende:



1. Na sua opinião, o papel das agências reguladoras no mercado é:



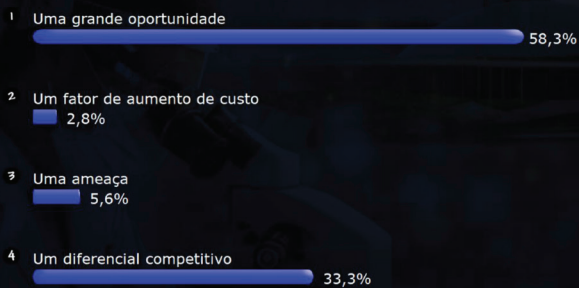
2. O mercado de saúde tende a ser:



3. Você se sente preparado para esse cenário?



1. A tecnologia na oftalmologia é hoje:



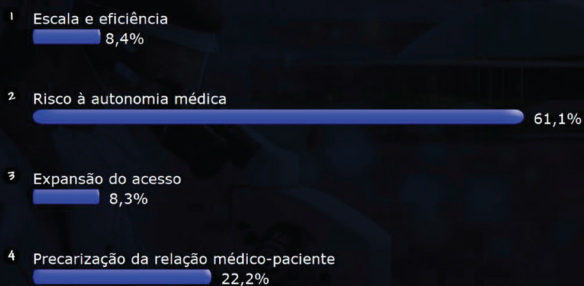
2. O maior desafio para sustentabilidade hoje é:



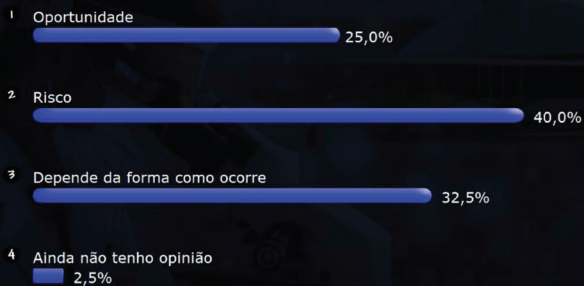
3. Na prática, você pretende:



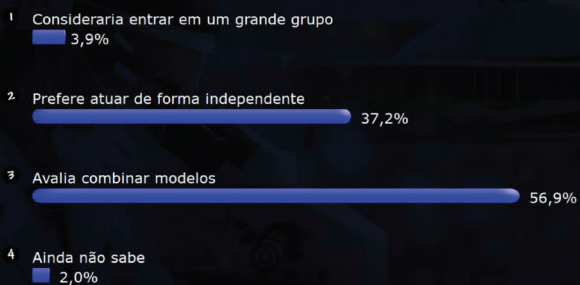
1. A entrada de grandes grupos e capital no setor traz:



2. Você vê esse movimento como:



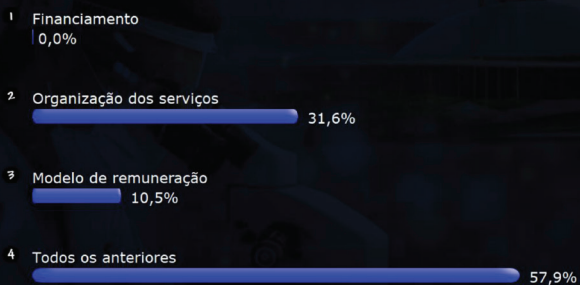
3. Pensando na sua carreira, você:



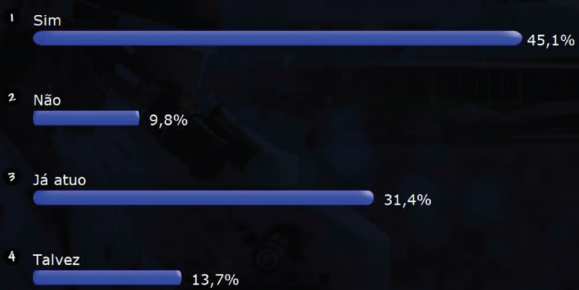
1. Comparando SUS e setor privado:



2. Na sua opinião, o maior desafio do SUS é:



3. Você se vê atuando no SUS:







IA



CONSELHO
BRASILEIRO DE
OFTALMOLOGIA