

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL PARA UMA OPERADORA DE SAÚDE
SUPLEMENTAR EM EXPANSÃO NA CIDADE DE SÃO PAULO

LAIS DE SÁ FONSECA

SÃO PAULO

2020

LAIS DE SÁ FONSECA

PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL PARA UMA OPERADORA DE SAÚDE
SUPLEMENTAR EM EXPANSÃO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção de título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Área de Concentração: Gestão em saúde

Orientador: Alberto Jose Niituma Ogata

SÃO PAULO

2020

Fonseca, Laís de Sá.

Proposta de modelo assistencial para uma operadora de saúde suplementar em expansão na cidade de São Paulo / Laís de Sá Fonseca. - 2020.

54 f.

Orientador: Alberto Jose Niituma Ogata.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Assistência médica. 2. Serviços de saúde. 3. Operadoras de planos de saúde - São Paulo (SP). 4. Planejamento estratégico. I. Ogata, Alberto Jose Niituma. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 614.2(816.11)

LAIS DE SÁ FONSECA

PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL PARA UMA OPERADORA DE SAÚDE
SUPLEMENTAR EM EXPANSÃO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo da
Fundação Getulio Vargas, como requisito para a
obtenção de título de Mestre em Gestão para a
Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Data da Aprovação __/__/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alberto Jose Niituma Ogata (Orientador)

FGV - EAESP

Profa Dra. Laura Schiesari

FGV - EAESP

Profa. Dra. Karla Santa Cruz Coelho

UFRJ

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, meus exemplos de integridade e bondade e meus familiares e amigos pela compreensão e companheirismo.

Ao professor Alberto Ogata pela dedicação e disponibilidade e à professora Ana Maria Malik, pelos ensinamentos, inspiração e direcionamento em todo o curso.

Aos líderes que me inspiraram e despertaram meu interesse pela gestão, e meus colegas de profissão pela dedicação e comprometimento com a assistência à saúde.

Aos colegas de turma de mestrado por toda a convivência e aprendizado, e especialmente Michele e Pedro Marocco, por toda a caminhada juntos.

RESUMO

O sistema de Saúde Suplementar enfrenta atualmente, assim como o setor público, os efeitos do aumento dos custos assistenciais. O setor saúde é influenciado pelo cenário econômico e sua atividade contribui com a geração de empregos e renda, e estimula o crescimento em investimentos e capital. O incremento das despesas neste segmento, está associado às estatísticas de maior expectativa de vida, mudanças no perfil de consumo dos produtos de saúde, à incorporação de novas tecnologias, à falta de eficiência das ações preventivas e aos modelos de remuneração. Dessa forma, as operadoras passam a transformar as maneiras de ofertar cuidados através de novas diretrizes que buscam otimizar recursos e obter melhores resultados assistenciais, e assim, sustentabilidade no mercado de saúde privado. O presente trabalho visa propor à uma operadora de saúde privada em expansão de atividades um modelo assistencial baseado em referenciais teóricos e nas práticas do mercado de saúde suplementar atual. Trata-se de pesquisa qualitativa com estratégia de estudo de caso. A análise descreve a operadora e suas características e detalha opções de modelo assistencial a serem aplicados em função da expansão do número de beneficiários. A proposta de modelo para abordagem assistencial incluiu o foco em estrutura de atenção primária, a implantação de unidades de transição e cuidados paliativos e a prática de saúde integrativa. Estas são alternativas para inserir o paciente no centro do cuidado e buscar melhor experiência, valor e fidelidade do cliente. A proximidade de equipe multidisciplinar exclusiva aos pacientes favorece, aliada ao segmento de diretrizes clínicas de indicadores processuais, o monitoramento sobre a utilização dos serviços disponíveis no sistema e a avaliação dos resultados operacionais.

Palavras-chaves: Saúde Suplementar, Gestão em Saúde, Governança Clínica, Planejamento em Saúde, Sistemas de Saúde, Doenças Crônicas.

ABSTRACT

The Supplementary Health system is currently facing, as well as the public system, the effects of rising health care costs. The health sector is affected by the economic scenario and its activity contributes to generation of jobs, income, and stimulates growth in investments and capital. The increase in expenses in this segment is associated with higher life expectancy statistics, changes in the consumption profile of health products, the incorporation of new technologies, the lack of efficiency in preventive actions and payment models. Thus, health companies begin to transform the ways of offering care through new guidelines that seek to optimize resources and obtain better care results, and thus, sustainability in the private health market. The present study aims to propose to a private health operator in expansion of activities a care model based on theoretical references and on the practices of the current supplementary health market. It is a qualitative research with a case study strategy. The analysis describes the company and its characteristics and details care model options to be applied due to the expansion in the number of customers. The proposed model for the care approach included the focus on primary care structure, the implementation of transition units and palliative care and the practice of integrative health. These are alternatives to insert patient centred care and seek better experience, value and customer loyalty. The proximity of an exclusive multidisciplinary team to patients favors, together with the segment of clinical guidelines for procedural indicators, the monitoring of the use of services available in the system and the evaluation of operational results.

Keywords: Health management. Supplemental Health. Chronic Diseases. Health Planning. Organizational Innovation. Health Systems. Clinical Governance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número total de beneficiários por todos os planos.....	25
Figura 2: Número total de beneficiários por assistência médica plano coletivo	25
Figura 3: Número total de beneficiários assistência médica plano individual	26
Figura 4: Número total de beneficiários assistência odontológica plano coletivo	26
Figura 5: Número total de beneficiários assistência odontológica plano individual.....	27
Figura 6: Distribuição da carteira por faixa etária e gênero.	27
Figura 7: Unidades Assistenciais existentes na zona leste de São Paulo e proposta para novas unidades assistenciais para as regiões sul e norte.	33
Figura 8: Fluxograma de atenção primária e contra referência.....	36
Figura 9: Profissionais da equipe de saúde integrativa e indicação de acompanhamento	37
Figura 10: Integração entre unidades assistenciais.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição carteira de beneficiários no município de São Paulo	22
Gráfico 2: Faixa etária de beneficiários.....	22
Gráfico 3: Número de leitos unidade hospitalar própria	23
Gráfico 4: Beneficiários por contrato assistência médica	28
Gráfico 5: Beneficiários por tipo de contratação plano odontológico.....	28
Gráfico 6: Internação rede hospitalar própria por faixa etária.	30
Gráfico 7: Perfil nosológico rede própria: 10 maiores causas de internação.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de beneficiários exclusivos por tipo de plano em novembro 2019	23
Tabela 2: Variação de receita e despesa e preço médio	24
Tabela 3: Número de atendimentos realizados por ano e pontos de atendimento.....	24
Tabela 4: Composição de carteira da operadora todos os planos (médico hospitalar e odontológico).....	29
Tabela 5: Composição da carteira assistência médico hospitalar.....	29
Tabela 6: Composição da carteira assistência odontológica	29

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Com complicações ou comorbidades
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Equipe de Saúde da Família
FR	Fatores de risco
GBD	Global Burden of Disease
GECA	Gastroenterocolite Aguda
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MCC	Com complicações ou comorbidades maiores
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
Pp	Pontos percentuais
PROADESS	Avaliação do desempenho do sistema de saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapias
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE GRÁFICOS	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. PERGUNTA DE PESQUISA	15
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. METODOLOGIA	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO	16
6. ESTUDO DE CASO	21
6.1 Distribuição da Carteira por Tipo de Plano	25
6.2 Perfil da Carteira de beneficiários	27
6.3 Composição da carteira	29
7. RESULTADOS	32
7.1 Expansão geográfica da carteira de beneficiários	32
7.2 Ampliação de estrutura física	33
7.2.1 Criação de Unidade de Longa Permanência:	34
7.2.2 Criação de Unidade de Transição:	34
7.2.3 Criação de Unidade de Atenção Primária	34
8. DISCUSSÃO	39

9. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49

1. INTRODUÇÃO

O planejamento estratégico organizacional é de fundamental importância para a conquista do equilíbrio entre o propósito de uma instituição e a expectativa dos clientes aos quais se destinam suas atividades. Na área da saúde, esta relação se demonstra complexa em virtude de ambiente externo de grande competitividade, concomitante a um cenário repleto de transformações, ameaças, e, simultaneamente, grandes oportunidades de negócios (AIDAR, BURMESTER, 2015).

O processo de inovação institucional permite a criação de novos métodos, produtos e atividades, é fundamental para a adaptação às mudanças de mercado e se aproximam ao cliente, objetivo principal. A estratégia alia-se à inovação para o posicionamento frente ao panorama econômico atual, e assim torna-se possível transformar os produtos e serviços, pois, a notoriedade da empresa no mercado não é atingida somente com aumento de produtividade. A saúde tem a inovação como aliada, visto que esta permite o desenvolvimento dos recursos necessários para o crescimento de propostas que se somam às anteriormente praticadas. Traz consigo incremento nos custos, porém permite assistência de melhor qualidade e maior possibilidade de enfrentamento da competitividade (OPAS, 2014).

No Brasil, o panorama da gestão em saúde apresentou diversas necessidades de reformas ao longo da sua existência e a assistência foi se adaptando aos novos conhecimentos. A partir do século XX, o Estado passou a desenvolver a responsabilidade pelas ações de controle sanitário, enquanto a os trabalhadores passaram a se movimentar em busca de melhores condições laborais. Ações de controle de endemias se fizeram necessárias e as instituições de saúde passaram a assistir à população de trabalhadores formais pela previdência social e como caridade pelas Santas Casas. Entretanto, os grandes esforços dos gestores resultaram na ausência de êxito em trazer valor aos usuários. Outras medidas se fizeram imprescindíveis para que fosse possível a entrega de serviços de maior eficiência com valores agregados aos pacientes e profissionais. O novo olhar passou a desviar a atenção às doenças classificando-as como transmissíveis e não transmissíveis, para a distinção entre condições agudas e crônicas (MALIK, NETO, 2011).

Na década de 50, o ensino médico passou a considerar a prática da medicina preventiva, cuja responsabilidade deveria ser o cuidado diário com a saúde dos indivíduos, de forma integral e promovendo a prevenção. Tal domínio inclui a atividade interdisciplinar e a relação

da medicina com a saúde passou a levar ao desenvolvimento da Saúde Coletiva (MOTA, SCHRALBER, AYRES, 2018).

No momento em que o entendimento sobre a medicina preventiva foi sendo vinculado à prática médica, e se tornando parte de sua responsabilidade, os conceitos de promoção à saúde passaram a ser familiares e somados à Atenção Primária à Saúde (APS). Acontecimentos observados a partir da década de 80. Dessa maneira, o cuidado individual à saúde passou a fazer parte da fala do médico, assim como o estímulo aos hábitos saudáveis, a detecção precoce de doenças e a contribuição ao bem-estar físico e mental. Destaca-se também relação estreita com a produtividade laboral da população. A medicina preventiva, que abrange a promoção à saúde, denota modelo eficaz para gerenciar a utilização do sistema. Identifica oportunidades e características que redirecionam os serviços, tornando-se ferramenta de identificação de fatores de risco e determinantes sociais da saúde, aliando-se à capacidade operacional perene (COSTA, MISOCZKY, ABDALA, 2018).

No ano de 1988, houve a aprovação pelo Congresso Nacional da nova Constituição Federal que traz a reestruturação da saúde como um direito do cidadão, oferecida de forma gratuita, universal e extensivo à toda a população. Surgiu então o Sistema Único de Saúde (SUS), como vetor para a aplicação desta política nacional. Este sistema passou por programas destinados à garantia da assistência à saúde, como a criação da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a farmácia popular (SOUZA, 2018).

A assistência médica privada brasileira se desenvolveu a partir da relação entre as empresas e a preocupação com a saúde dos seus funcionários, pois, o empregador possui responsabilidade social com a garantia do bem-estar dos empregados. A saúde está, portanto, diretamente ligada à produtividade e à competitividade do setor, bem como auxilia o crescimento econômico. A regulamentação da saúde suplementar pelo Estado passou a ser estabelecida através da Lei 9.656/1998. A Lei 9961/2000 instituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão responsável por normatizar, fiscalizar controlar as atividades de empresas privadas de saúde (CNI, 2018).

As operadoras de saúde suplementar ofertam assistência privada à saúde atuando em oito diferentes modalidades. A atenção à reorganização dos modelos de assistência é um objetivo comum neste mercado, dadas as previsões das mudanças relacionadas ao perfil epidemiológico populacional e demográfico, além dos hábitos de vida. Cada modalidade deve garantir o acesso e a assistência à saúde de seus usuários, e, nesse sentido, há a definição e aplicação de regras pelo Estado através da ANS. Este órgão regulatório monitora as ações das

operadoras buscando a validação do controle adequado entre a demanda e oferta de serviços, com cumprimento das obrigações perante a responsabilidade social e do papel das empresas no mercado de saúde (OPAS,2014).

Atualmente, os estudos e previsões relacionados à carga global de doenças, seus impactos e relações com fatores de risco (FR), associados à necessidade do cuidado contínuo das doenças crônicas, vão de encontro aos quatro objetivos principais da gestão em saúde: melhorar a experiência dos pacientes com os serviços; aprimorar a saúde da população; reduzir os custos e aperfeiçoar a experiência dos profissionais deste segmento (SIKA,2015).

A referência das práticas de saúde nos últimos anos demonstra assistência fragmentada, direcionada ao uso excessivo de procedimentos e especialidades, cuidado desintegrado e descentralizado. Estes padrões resultam em ineficiência e desfechos desfavoráveis, pois, são atrelados à demanda espontânea e utilização inapropriada. Nesse contexto, a APS está sendo considerada pelas operadoras, pois, vem contribuir para a maior equidade nos serviços. Traz a possibilidade de reduzir diferenças entre grupos populacionais, promovendo o cuidado coordenado, individualizado, focado na pessoa e não na doença, e integrado com as necessidades de saúde, desde a prevenção até a reabilitação. Esta estrutura traz maior satisfação dos clientes, porém, exige adaptação conforme o perfil heterogêneo da carteira, baseada nas informações referentes à população envolvida. (ANS, 2018).

Organizações que buscam a verticalização dos serviços como diretriz, usufruem dos princípios de diversificação da atuação, o que traz capacidade de desenvolvimento de novos recursos e atividades que possam gerar estratégias competitivas em ambientes que elas dominem (AIDAR, BURMESTER, 2015).

Diante de tais desafios e cenário, decidimos realizar estudo de caso de uma operadora de saúde suplementar, buscar alternativas e propor soluções para a expansão de suas atividades. A abordagem baseada em modelo assistencial procura atender às perspectivas de conhecimento dos grupos de clientes, oferta de cuidado coordenado e obtenção de resultados satisfatórios e sustentáveis.

2. PERGUNTA DE PESQUISA

Qual o modelo assistencial a ser adotado por uma operadora privada de saúde da cidade de São Paulo em expansão das suas atividades?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor modelo assistencial baseado em referenciais teóricos consagrados pela literatura e na situação do mercado de saúde suplementar no Brasil.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- Descrever a operadora de saúde, objeto do estudo, e suas características estruturais, operacionais e de mercado
- Detalhar aspectos de modelo assistencial que poderiam ser aplicados pela operadora em questão considerando a ampliação de sua carteira de clientes.

4. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa com estratégia de estudo de caso, que se caracteriza pela coleta e avaliação de dados.

A aplicação deste método permite abordagens específicas que contribuem com o planejamento de projetos, pois, auxiliam a identificação de tendências e atitudes e despertam a reflexão do autor sobre possibilidades futuras relacionadas a determinados fenômenos (LUKOSEVICIUS, GUIMARÃES, 2018).

A proposta é de análise interpretativa do mercado privado de saúde, no que diz respeito à atuação dos planos de saúde em relação aos desafios, estratégias comerciais, redução de custos e eficiência operacional.

Como métodos de coleta de dados foram realizados a revisão de literatura; coleta de dados da operadora fornecidos ao autor mediante autorização expressa da empresa e consulta à

Sala de Situação da ANS, além de pesquisa de dados indicadores de saúde das regiões a serem inseridas como hipótese de atuação.

A revisão bibliográfica contempla as seguintes bases de dados: PubMed, MEDLINE, EBSCO, SciELO, LILACS e Google Acadêmico, através das palavras-chaves: “Saúde Suplementar”, “Gestão em Saúde”, “Governança Clínica”, “Gestão em saúde”, “Planejamento em Saúde”, “Sistemas de Saúde” e “Doenças Crônicas”.

A Análise de indicadores será pesquisada nos *sites* dos órgãos: PROADESS; SEADE; PNAD e ANS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - CEPH/FGV, tendo sido dispensado de análise deste comitê.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O conhecimento sobre o desenvolvimento das doenças na população mundial ao longo do tempo, é fundamental para a definição de quais políticas públicas são requeridas. A análise dos indicadores de saúde permite o entendimento da adaptação dos sistemas ao perfil sanitário do país. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade geral brasileira apresentou queda, associada à diminuição nos índices de doenças cardiovasculares e das doenças respiratórias crônicas, enquanto as neoplasias permaneceram de maneira similar. As mortes por desnutrição e complicações neonatais por parto prematuro reduziram. No entanto, houve aumento nas taxas de mortalidade por DCNT, como causa mais responsável, seguidas por diabetes e violência interpessoal (SOUZA, 2018).

A incidência da carga global de doenças no Brasil, quando analisado o seu impacto nas unidades federadas, correlaciona-se aos fatores de risco e à mensuração da fração atribuível para as causas de morte e para os anos de vida perdidos da população, como também aos anos de vida vividos com incapacidades. Esta explanação justifica a necessidade de atividades requeridas de proteção e promoção à saúde, além da prevenção e gerenciamento de doenças crônicas. A quantificação dos impactos sobre a saúde de um conjunto de FR é uma contribuição importante para melhorar a saúde da população (MALTA, 2015).

As doenças crônicas têm grande impacto sobre as causas de morte. São responsáveis por 60% dos óbitos devidos aos distúrbios cardiovasculares, DPOC, diabetes e câncer, além de causarem grandes restrições às atividades de lazer e ocupações. Ademais, destaca-se a ausência de conhecimento das operadoras sobre a saúde dos seus beneficiários e a utilização dos serviços. Somente observa-se a existência de informações sobre questões financeiras relacionadas às

despesas com os procedimentos. Desse modo, é fundamental que as empresas de saúde privada utilizem os recursos disponíveis para gerenciar a saúde dos seus usuários. O cuidado integrado abrange o envolvimento das pessoas com a responsabilidade do auto - cuidado e pode ser atingido com ações de promoção e prevenção propostas pela operadora. Tais ações necessitam abordar inclusive a saúde mental, evidenciada pelo número crescente de utilização de serviços de atenção psiquiátrica e emocional (OPAS, 2014).

Mendes, (2012), equitativamente ressalta a magnitude das doenças crônicas pois estas também se relacionam a doenças infecciosas permanentes, situações ligadas ao período gestacional, ou outras fases da vida, como adolescência, envelhecimento, infância, distúrbios emocionais e enfermidades bucais. As condições crônicas (enfermidades e condições perinatais e maternas) traduzem 75% da carga global brasileira. Há de haver harmonia entre as condições de saúde e as instituições assistenciais. O desencontro observado ao se atender situações de doenças crônicas e agudas com a mesma metodologia traz instabilidade no controle de efetividade da saúde em que não se observa a comunicação esperada entre os diferentes níveis de assistência, apenas ações reacionárias às demandas de doenças, sem percepções de reações de auto - cuidado.

Malta et al. (2017) demonstraram que o estudo da carga global de doenças (GBD) passou a ser utilizado em diversos países com êxito em auxiliar as decisões dos sistemas de saúde e que o Brasil avançou na investigação de dados, ao desenvolver a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, que monitora informações de indicadores de saúde, coletados através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, e o VIGITEL, ambos de grande valia para analisar as condições de saúde e incapacidade distribuídas geograficamente.

Segundo o Vigitel Saúde Suplementar (2017), a maior porcentagem de mortalidade por doenças crônicas tem como principais causas o tabagismo e fatores relacionados com hábitos alimentares e ausência de atividade física regular, além do consumo de bebidas alcoólicas. Indicadores analisados entre 2008 e 2017, demonstraram que a porcentagem de fumantes diminuiu em média 0,57 pp ao ano, porém, esse percentual vem se mantendo estável entre 2015 e 2017. A porcentagem de adultos com excesso de peso e obesos aumentou em 0,79pp e 0,53pp respectivamente. Mostrou-se favorável o indicador relacionado ao tempo dedicado à atividade física por semana entre os adultos, com aumento de 0,78pp concomitante à diminuição da inatividade em 0,34pp. O consumo de refrigerantes em pelo menos cinco dias por semana, ou mais, também diminuiu, todavia, houve redução relacionada ao consumo de feijão em 1,58 pp

nesta mesma constância, e houve acréscimo no número de habitantes diagnosticados com diabetes em média 0,19 pp.

Os dados populacionais do Brasil evidenciam o avanço do envelhecimento da população, com a projeção do aumento no número de idosos (pessoas com 60 anos de idade ou mais) que em 2017 somavam 14% da população para 34% previstos para 2060. Um dos indicadores que demonstram esse fenômeno é a esperança de vida ao nascer, que era de 45,5 anos em 1940, em 2015 aumentou para 75,5 anos, e espera-se que seja de 80 anos em 2060. Esse contexto constata redução nas taxas de fecundidade e mortalidade, o que impacta diretamente o sistema previdenciário pois a relação entre contribuintes e beneficiários sofrerá redução, levando à urgência em reformas do sistema previdenciário (IPEA,2018).

Ainda no que se relaciona ao envelhecimento, o número estimado de novos casos de câncer no Brasil de ambos os sexos e todas as idades irá aumentar em 78,5% entre 2018 e 2040, de 559.371 novos casos em 2018 para 998.056 casos em 2040. (GLOBOCAN,2018).

Lopez et al (2017), no que se relaciona ao cuidado assistencial à população em tratamento de câncer, definem a Oncologia Integrativa como cuidado à saúde que inclui um balanço entre abordagens de mudanças comportamentais, estilos de vida, e o uso de terapias complementares que se associam aos tratamentos convencionais, de forma individualizada e segura, baseada nas informações obtidas através de entrevistas abrangentes. Os pacientes buscam por estas oportunidades de tratamento, para obterem melhorias do quadro físico, emocional e bem-estar, redução do quadro álgico e outros sintomas.

Entre 2013 e 2018, apesar da redução no número de beneficiários de planos de assistência médico - hospitalar em 3,2%, (de 48,7 milhões para 47,2 milhões), houve aumento no número de procedimentos em 5,4% (1,11 bilhão para 1,4 bilhão) e, consequentemente, das despesas assistenciais em expressivos 74% (92 bilhões em 2013 para 160 bilhões em 2018). Tais procedimentos são relacionados na maior proporção a exames, seguidos por consultas ambulatoriais, outros atendimentos ambulatoriais, terapias, consultas em pronto-socorro, e internações. A maior proporção de despesas assistenciais se justifica pelas internações, seguidas por exames, consultas ambulatoriais, outros atendimentos ambulatoriais, terapias, demais despesas e consultas em pronto-socorro. A média de consultas ambulatoriais em saúde suplementar por habitante e por ano é menor em países desenvolvidos quando comparada com o Brasil, assim como também é maior que o preconizado pelos fundamentos do SUS (IESS, 2019).

As falhas de mercado avaliadas na economia, quando ocorrem na área da saúde, demonstram riscos, incertezas, assimetrias de informação, além de barreiras para o seu funcionamento. Tais fatos justificam a intervenção regulatória. O controle estatal no caso de assistência à saúde implica em controle de acesso dos usuários e as estratégias possíveis para esses objetivos, trazendo como exemplo sistemas de saúde internacionais e suas características (FIGUEIREDO, HARTZ, 2017).

Oliveira, (2014) traz a conceituação de regulação e suas referências aos conceitos: biológicos, mecânicos, econômicos, científicos e políticos. A contextualização histórica da aplicação de regulação demonstra sua importância e categorias, justificando o surgimento dos órgãos regulatórios existentes hoje em todas as esferas da economia, e, dentre estas, está a regulação em saúde que visa garantir o acesso e o equilíbrio dos sistemas de saúde à população mitigando principalmente movimentos de judicialização.

Há ainda que se considerar neste contexto, as relações entre sistemas de saúde público e privado, e o papel do Estado como mediador deste processo, como proposto por Vilarinho (2010). O sistema de saúde suplementar neste contexto é complexo, o que implica na necessidade de diversas estratégias corporativas que visam manter a universalização do direito social à saúde e encontra a dificuldade em enfrentar custos dispendiosos operacionais. Além disso, há a redução da capacidade populacional em gerar renda, causando menor rendimento das operadoras e alta demanda para os serviços públicos num cenário social de maior expectativa de vida e maior taxa de aposentadoria (STRECKER, 2016).

Desse modo, a avaliação dos custos com assistência médica tomou grande importância para os planos de saúde no Brasil, considerando as diferentes modalidades de produtos que as organizações oferecem, ou seja, contratação individual ou coletiva. Nesse aspecto há o movimento da população em relação a este consumo, e a variação dos custos em cada modalidade, perfil e produção de procedimentos, baseado em informações obtidas pelo órgão regulador do sistema ANS. As operadoras verificaram desde este momento a necessidade e possibilidade em adaptar-se às necessidades por meio de estratégias comerciais (LEAL, 2009).

Tal esforço se mostra indispensável, visto que os fatores econômicos associados à transição demográfica, epidemiológica e ao fato de novas tecnologias e recursos se tornarem cada vez mais dispendiosos, podem resultar na insolvência das operadoras de saúde. Portanto, previsões futuras relacionadas à economia em saúde devem se associar diretamente aos custos gerados por condições crônicas (SÁ, 2017).

No mesmo sentido, empresas passam a criar alternativas para reduzir os custos com saúde dos seus funcionários, através de negociações com empresas de saúde e investimentos em ações e programas de promoção à saúde (TRINGONI,2018).

Diante de tamanha complexidade e risco no que diz respeito à sustentabilidade financeira das empresas de saúde, a satisfação do paciente não pode ser desconsiderada. Colldén (2017), relacionou as diferentes abordagens de melhorias executadas por organizações em saúde buscando eficiência, ao significado de valor para os usuários dos serviços. Foi demonstrado que a visão de valor tem diferentes significados dentro da cadeia que envolve os sistemas de saúde, e a sua classificação deve ser adotada e considerada para que resultados globais sejam alcançados.

Viana, (2018) entende como fator associado a este cenário, a exposição dos pontos relevantes para a formação e organização das redes de atenção à saúde: a importância na definição da atenção primária na abrangência de cada região; sua capacidade de absorção e principalmente a integração com os outros níveis de assistência, a atenção às doenças crônicas e à assistência hospitalar.

A especificidade do cuidado assistencial ao paciente idoso, no que tange à sobrecarga do sistema de saúde pelas características de alta incidência de doenças crônicas, implica em maior custo numa população com menos recursos financeiros e contexto social mais complexo. Deste modo, analisam-se as estratégias que a saúde suplementar pode propor, como a organização da gestão, a identificação do perfil de risco, o foco nos programas preventivos e de auto - cuidado, além das maneiras de recompensar os beneficiários contemplando-os com alguns benefícios quando comprovada a sua adesão à prevenção (OLIVEIRA,2016).

Starfield, (2005), relatou a importância do cuidado primário na prevenção de adoecimento e morte; na contribuição com a equidade na distribuição de serviços de saúde, melhorando a saúde, trazendo foco na pessoa e não na doença e trazendo cuidado coordenado e compreensivo para a maioria das necessidades de saúde. Para atingir este objetivo, é essencial que o serviço de atenção primária seja o primeiro acesso quando este é necessário; que promova foco no cuidado de saúde individualizado e a longo prazo; que possua sensibilidade para identificar as necessidades de saúde, e busque a integração de informações que garantam a organização da utilização. Espera-se, assim, resultados na redução de custos e maior equidade para a saúde da população.

Mendes, (2012) concorda com as mesmas características quando descreve os atributos da APS nas redes de atenção à saúde, e ainda acrescenta a família, a comunidade e a cultura no

centro da atenção, assim como cita as funções de resolução das necessidades, informação e responsabilização. Desse modo, os grandes benefícios desta organização estão na possibilidade em prevenir doenças, promover a saúde, realizar diagnósticos e tratamentos mais precoces e evitar o uso de níveis secundários de maneira desnecessária. Esse sistema traz melhor satisfação do usuário pois tem maior possibilidade em atingir efetividade com redução nos custos. Como consequência favorável, há diminuição da demanda para especialistas com otimização dos agendamentos, e melhora nos indicadores de média de permanência hospitalar (que reflete maior qualidade seus serviços).

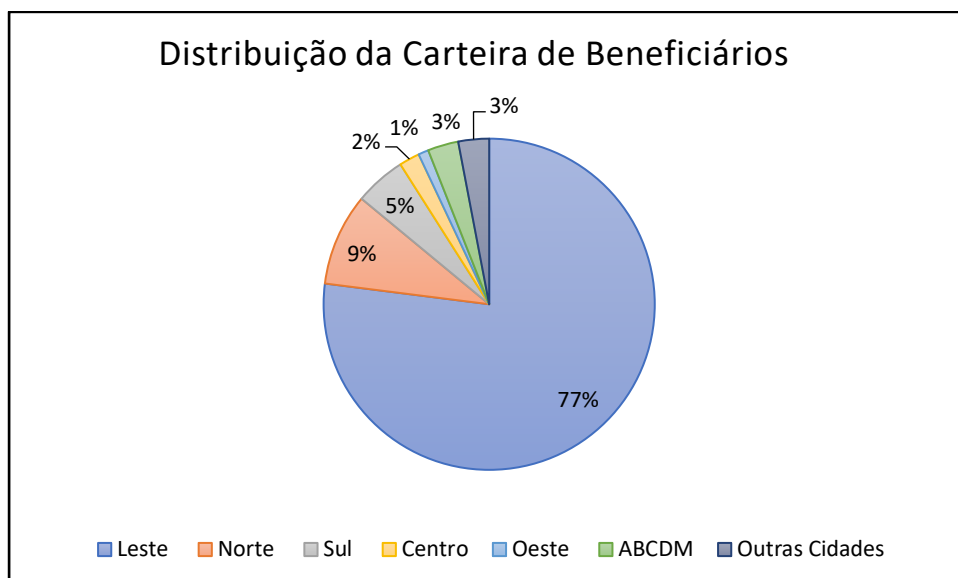
A definição redes de atenção à saúde estabelece organização coordenada que promove assistência de população conhecida, com princípios de integralidade e horizontalidade. Considera a complexidade do cuidado nos níveis primários e a possibilidade em atender às demandas agudas conforme a necessidade, e o acompanhamento contínuo de casos crônicos. (NETO, MALIK, 2007).

A busca por um modelo como representação de instrumento para a oferta de assistência envolvendo todas as suas particularidades, auxilia a estruturação necessária dentro dos objetivos assistenciais da saúde pública e suplementar.

6. ESTUDO DE CASO

A empresa analisada é uma operadora privada de saúde, da modalidade filantrópica, que tem sua atuação restrita quase totalmente à cidade de São Paulo (SP). Oferece assistência à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, através de unidades próprias hospitalar, ambulatoriais e centro de reabilitação, e rede referenciada hospitalar e ambulatorial. As atividades filantrópicas são realizadas através de parceiras entre a operadora e prefeituras de municípios do Estado de São Paulo. Os produtos comercializados contemplam assistência médica, hospitalar e odontológica.

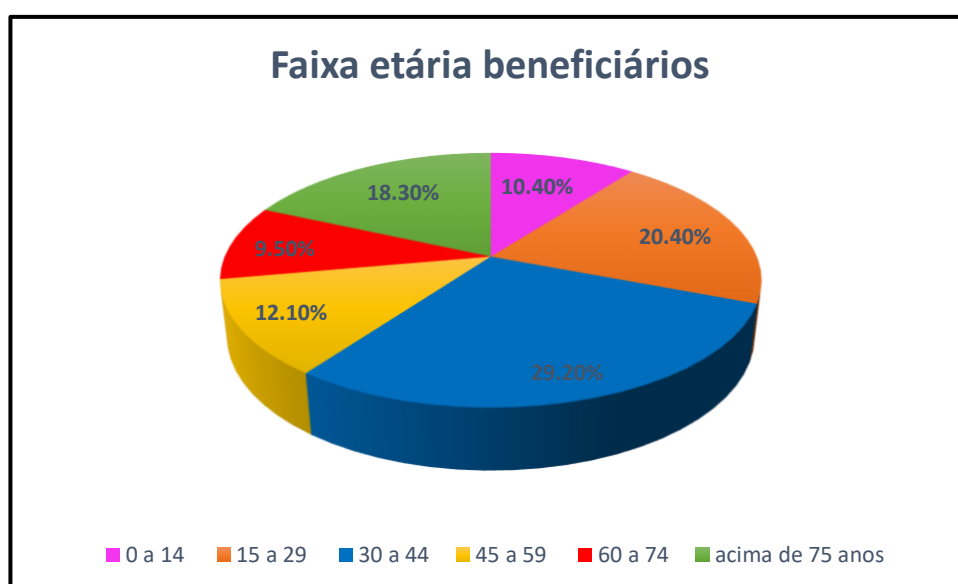
A carteira de beneficiários está em maior concentração na zona leste da cidade, e há discreta porcentagem de clientes residentes nas outras regiões de São Paulo, bem como em outras cidades da Baixada Santista e interior. (Gráfico 1).



Fonte: Operadora

Gráfico 1: Distribuição carteira de beneficiários no município de São Paulo

Nos últimos onze anos (entre 2008 e 2019), a operadora estabeleceu como diretriz de planejamento estratégico, o crescimento da carteira de clientes, com a redução da idade média do beneficiário de 62 anos para 34,1 anos, e aumento de 41 mil para 120 mil vidas neste período (Gráfico 2).

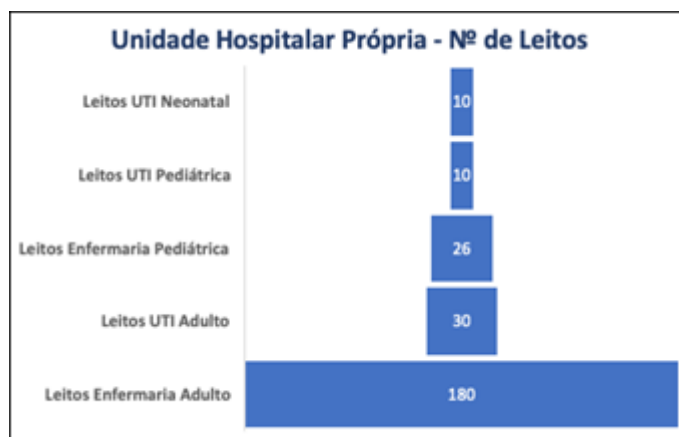


Fonte: Operadora

Gráfico 2: Faixa etária de beneficiários
Nota: Dados referentes a fevereiro de 2019

Tais ações foram possíveis por meio do incremento de vidas de faixa etária infantil, que obteve acréscimo de 4.840 para 25.900 vidas, aumento de 435%, e à implantação de estrutura física para assistência hospitalar e ambulatorial pediátrica. Além disso, houve ampliação da

capacidade de atendimento de maternidade e UTI Neonatal e unidades ambulatoriais com foco na saúde da mulher e atendimento ao público infantil. Há atualmente atendimento ambulatorial a 38 especialidades médicas e a nova distribuição de leitos na rede própria está demonstrada no Gráfico 3.



Fonte: Operadora

Gráfico 3: Número de leitos unidade hospitalar própria

Nota: Dados referentes a fevereiro de 2019

A Tabela 1 demonstra o número de beneficiários ativos na carteira da operadora, que reflete resultados às diretrizes até então definidas pelo planejamento da organização.

Tabela 1: Número de beneficiários exclusivos por tipo de plano em novembro 2019

Beneficiários de Planos Assistência Médica			Beneficiários de Planos Odontológicos		
	Variação no mês			Variação no mês	
120.194	- 0,03%	↓	2.199	10,84%	↑

Fonte: ANS

Alinhada aos objetivos estratégicos, a operadora passou a comercializar planos empresariais, porém sem cessar as vendas de planos pessoa física, a despeito das práticas de operadoras de mercado que mantêm os planos empresariais como principal produto.

Constata-se que há equilíbrio entre a receita e as despesas assistenciais, apesar de o preço médio dos planos comercializados ser relativamente baixo em relação ao mercado (Tabela 2).

Tabela 2: Variação de receita e despesa e preço médio

Receita de Contraprestações no ano			Despesa Assistencial			Preço Médio
	Variação no ano			Variação no ano		
R\$ 393.062.964	10,6%	↑	R\$ 281.034.090	8,4%	↑	R\$ 280,00

Fonte: ANS e Operadora

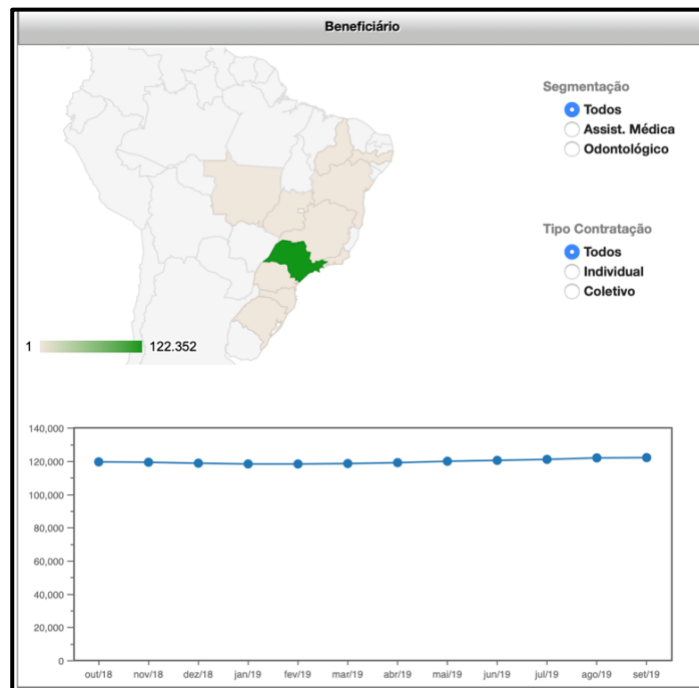
Como objetivo principal da empresa, está a entrega de serviços de saúde hospitalar e ambulatorial, contemplando assistência na linha materno - infantil e adulto, além de exercer cuidados preventivos, de reabilitação e paliativos. As unidades próprias atuam concomitantemente com a rede credenciada, que de forma expressiva, auxilia a garantia de assistência aos beneficiários (Tabela 3).

Tabela 3: Número de atendimentos realizados por ano e pontos de atendimento

	REDE CREDENCIADA	REDE PRÓPRIA
Atendimentos Pronto Socorro	239.600	150.000
Exames	2.445.000	61.400
Consultas ambulatoriais	640.400	391.500
Pontos de atendimento ambulatorial e hospitalar	347	5

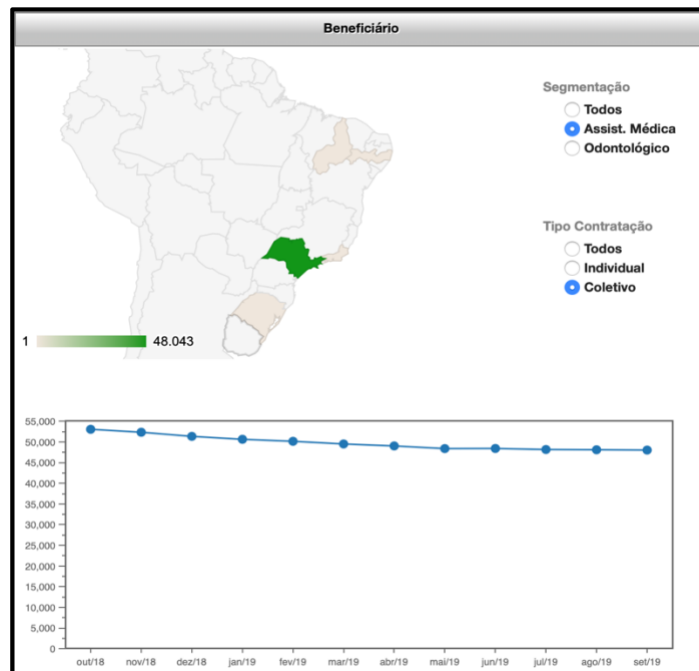
Fonte: Dados fornecidos pela operadora, fevereiro 2019.

6.1 Distribuição da Carteira por Tipo de Plano



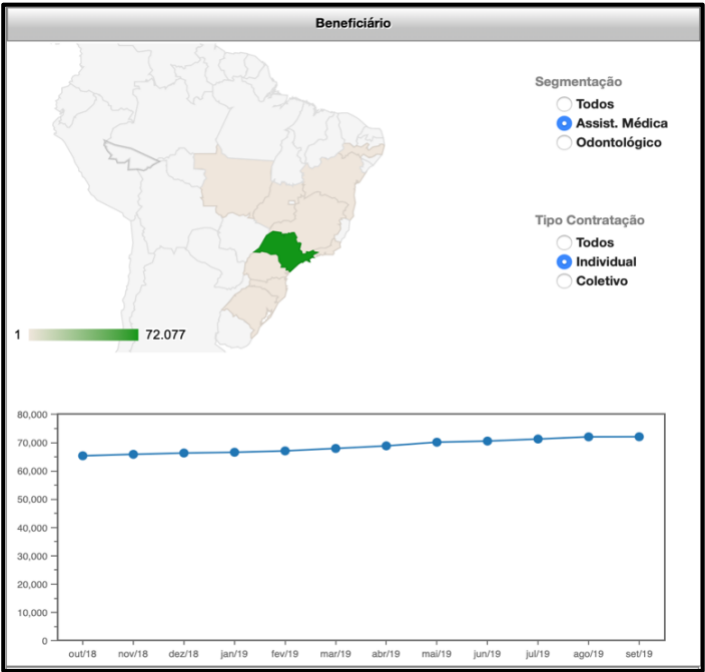
Fonte: ANS

Figura 1: Número total de beneficiários por todos os planos



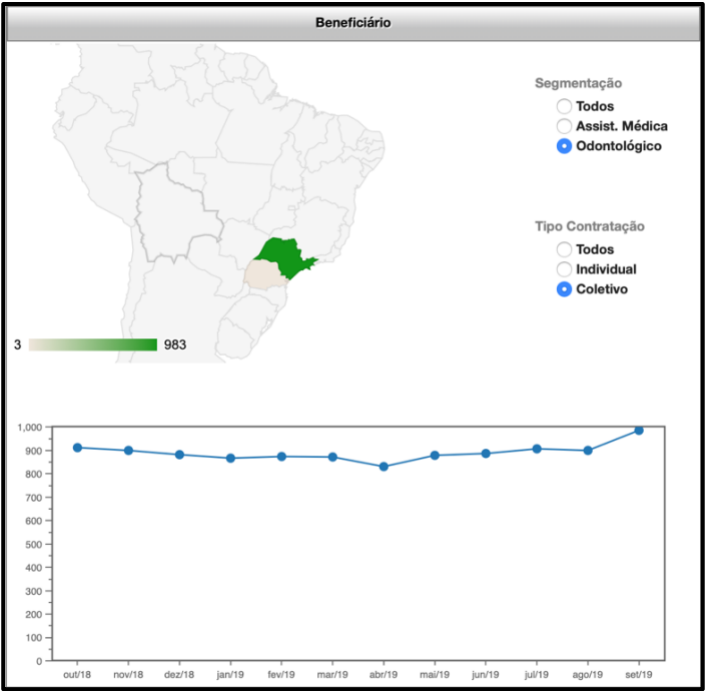
Fonte: ANS

Figura 2: Número total de beneficiários por assistência médica plano coletivo



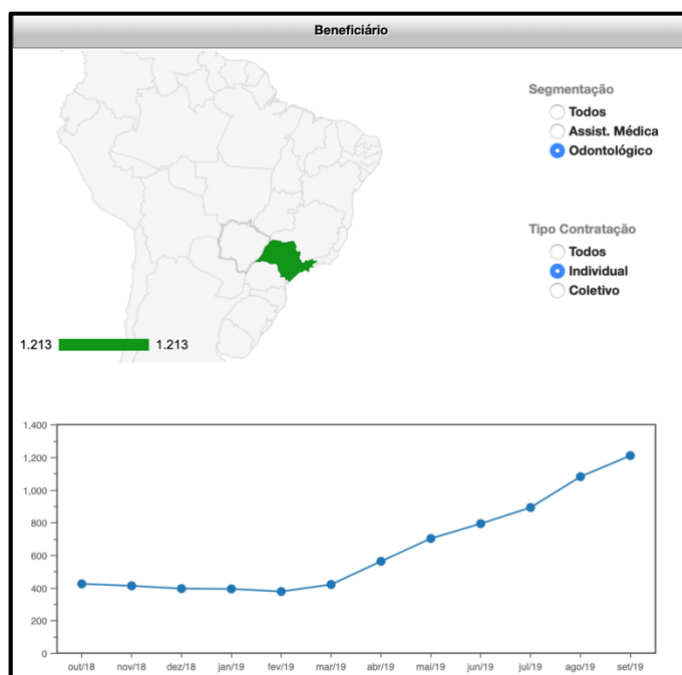
Fonte: ANS

Figura 3: Número total de beneficiários assistência médica plano individual



Fonte: ANS

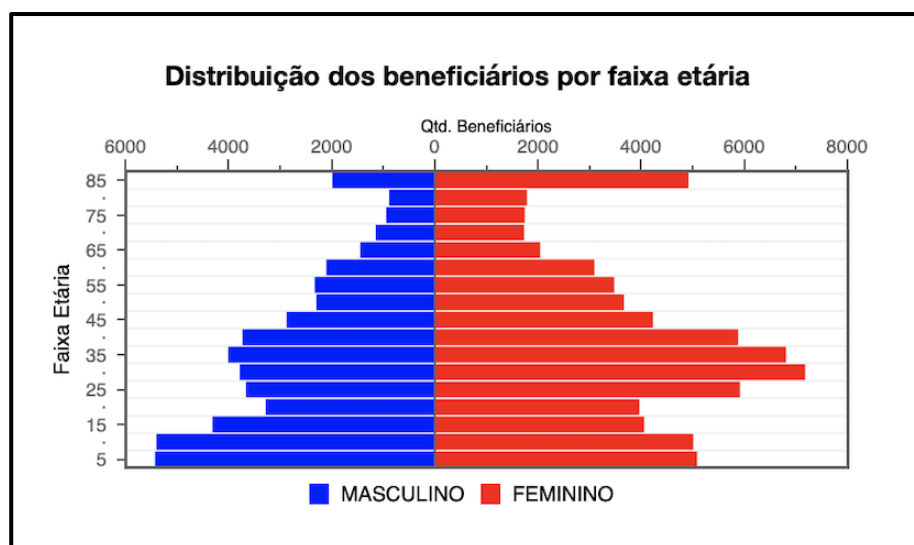
Figura 4: Número total de beneficiários assistência odontológica plano coletivo



Fonte: ANS

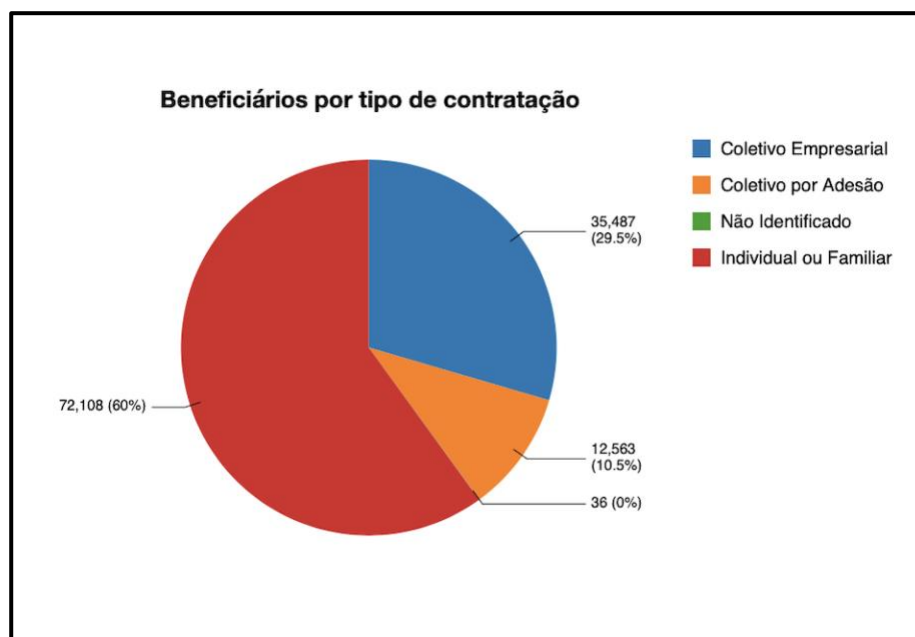
Figura 5: Número total de beneficiários assistência odontológica plano individual

6.2 Perfil da Carteira de beneficiários



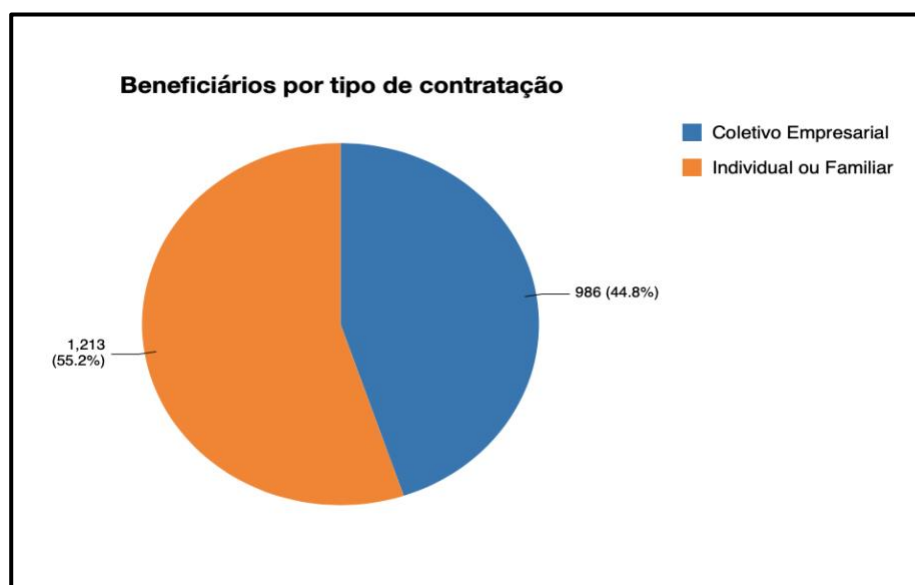
Fonte: ANS

Figura 6: Distribuição da carteira por faixa etária e gênero.
Nota: Dados referentes a setembro 2019



Fonte: ANS

Gráfico 4: Beneficiários por contrato assistência médica
Nota: Dados referentes a setembro 2019



Fonte: ANS

Gráfico 5: Beneficiários por tipo de contratação plano odontológico.
Nota: Dados referentes a setembro 2019

6.3 Composição da carteira

Tabela 4: Composição de carteira da operadora todos os planos (médico hospitalar e odontológico)

Percentual de idosos			Razão de dependência			Índice de envelhecimento		
Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor
15,3%	19,4%	11,5%	65,5%	62,0%	42,1%	63,2%	103,0%	63,9%

Idade Média			Percentual beneficiários em planos coletivos			Percentual de beneficiários em planos antigos		
Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor
34,2	38	34,9	40,1%	64,7%	81,3%	7,3 %	12,5%	5,7%

Fonte: ANS

Nota: Dados referentes a setembro 2019.

Tabela 5: Composição da carteira assistência médico hospitalar

Percentual de idosos			Razão de dependência			Índice de envelhecimento		
Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor
15,5%	18,7%	14,0%	66,3%	61,6%	50,9%	63,6%	96,0%	70,9%

Idade Média			Percentual beneficiários em planos coletivos			Percentual de beneficiários em planos antigos		
Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor
34,2	37,4	35,4	40,0%	62,1%	80,7%	7,4 %	11,3%	8,2%

Fonte: ANS

Nota: Dados referentes a setembro 2019.

Tabela 6: Composição da carteira assistência odontológica

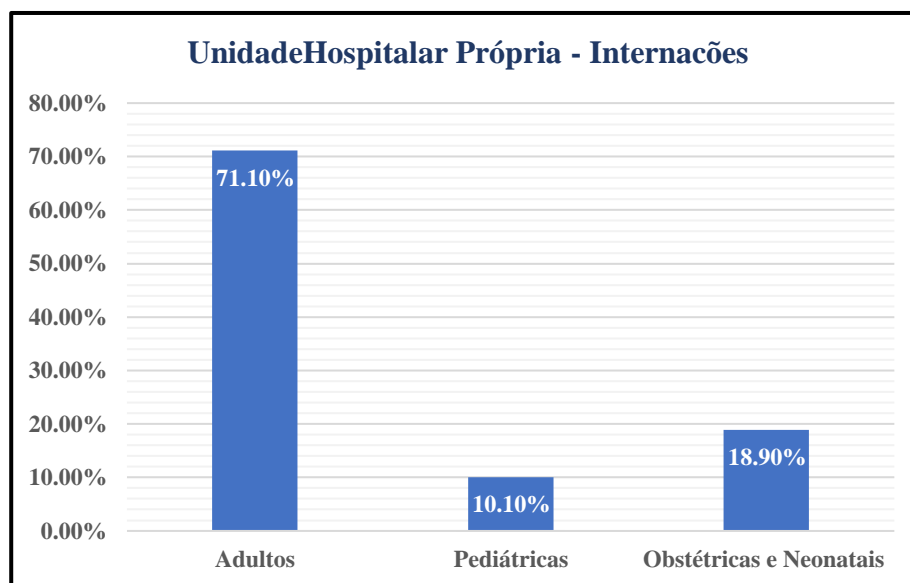
Percentual de idosos			Razão de dependência			Índice de envelhecimento		
Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor
6,1%	26,3%	7,0%	30,4%	65,7%	28,3%	35,7%	197,4%	46,7%

Idade Média			Percentual beneficiários em planos coletivos			Percentual de beneficiários em planos antigos		
Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor	Operadora	Modalidade	Setor
31,8	43,1	33,9	44,8%	88,7%	82,4%	0,0%	24,1%	1,1%

Fonte: ANS

Nota: Dados referentes a setembro 2019

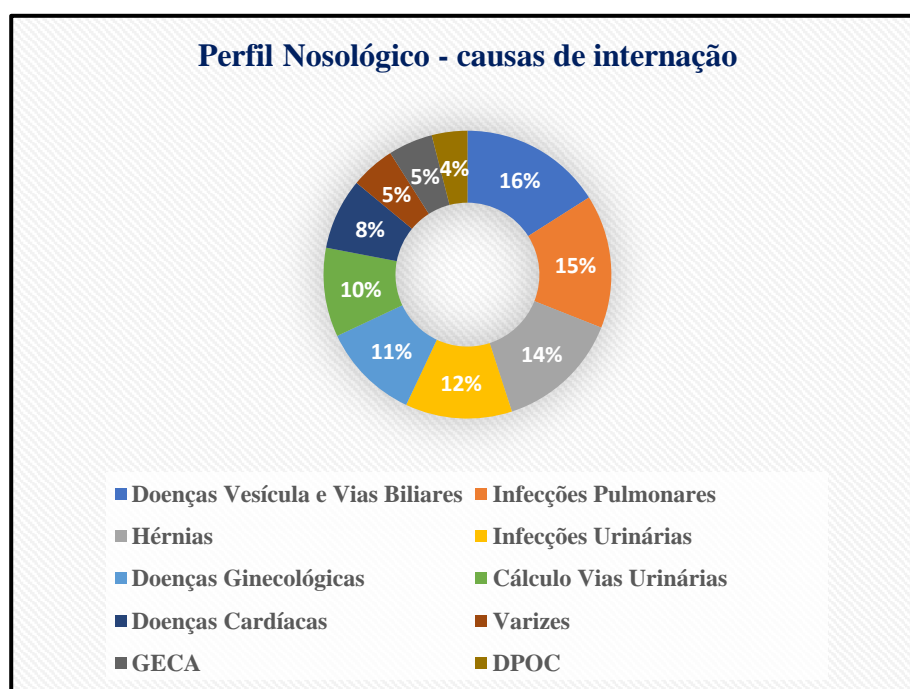
Os gráficos 7 e 8 demonstram a representação de internações do hospital próprio entre as unidades de internação, e o perfil nosológico



Fonte: Operadora

Gráfico 6: Internação rede hospitalar própria por faixa etária.

Nota: Dados referentes a fevereiro de 2019



Fonte: Operadora

Gráfico 7: Perfil nosológico rede própria: 10 maiores causas de internação.

Nota: Dados referentes a fevereiro de 2019

A sustentabilidade da organização tem sido buscada considerando: a análise de sua carteira de beneficiários, o que inclui perfil epidemiológico e índice de sinistralidade; recursos necessários para atuar de forma efetiva, que também se relaciona a distintos modelos de remuneração dos profissionais; à importância do cuidado baseado em valor, e à sua estrutura de atuação, que engloba todos os níveis de atenção da saúde.

As diretrizes definidas em planejamento estratégico para os próximos cinco anos indicam principalmente a expansão das atividades do plano de saúde e da rede própria de atuação abrangendo as atividades hoje realizadas nos hospitais e clínicas credenciadas, tornando-se indispensável a análise do mercado de saúde para a definição das estratégias a serem consideradas no panorama atual. Desta maneira, torna-se imprescindível a implantação de modelos de atenção de forma integrada, que se articulem entre as ações preventivas, curativas e de recuperação da saúde, e contribuam para a permanência das atividades operacionais de forma longa e eficiente.

Para também atender à nova demanda assistencial, houve a ampliação dos serviços de reabilitação e prevenção, através de nova disposição física que permite a realização de terapias complementares à saúde e novas propostas de educação. No mesmo local físico, há a atuação das equipes de monitoramento de sinistralidade, cuidados paliativos, auxílio ao processo de alta hospitalar, ao cuidado do idoso e programa de acompanhamento domiciliar. A proposta com este planejamento foi de centralizar atividades de reabilitação para evitar a utilização de rede externa, e promover a regulação nos encaminhamentos e resultados, aliado à maior satisfação do usuário.

Ações voltadas aos melhores resultados assistenciais foram instituídas inclusive na reorganização do corpo clínico, com a inclusão de equipes horizontais nas unidades de internação com o intuito de melhor programação do cuidado e a efetividade de plano terapêutico. Tais objetivos encontram limitação relacionada à cronicidade das doenças, bem como na incidência crescente de quadros de prematuridade e doenças neoplásicas, assim como o perfil do usuário relutante à adesão ao auto-cuidado, e controle no uso dos serviços de saúde.

7. RESULTADOS

Com base no estudo da operadora, sua carteira de clientes e a decisão estratégica de expansão, propõe-se a adoção de um modelo de cuidado integral e integrado. A rede estrutural de assistência deve ser organizada de forma a abranger a população envolvida com atenção individualizada e acompanhada em todo o fluxo de atendimentos. As atividades assistenciais que promovam melhor experiência aos beneficiários com foco na geração de valor e retenção de clientes precisam estar ressaltadas.

Como suporte para o desenvolvimento da proposta, está a incorporação de tecnologia de informação, e demais serviços de apoio entre as unidades, que permitem a integração de informações e controle de indicadores de qualidade dos serviços. As estratégias de comunicação e divulgação da empresa, do mesmo modo, acompanham e auxiliam os objetivos de expansão.

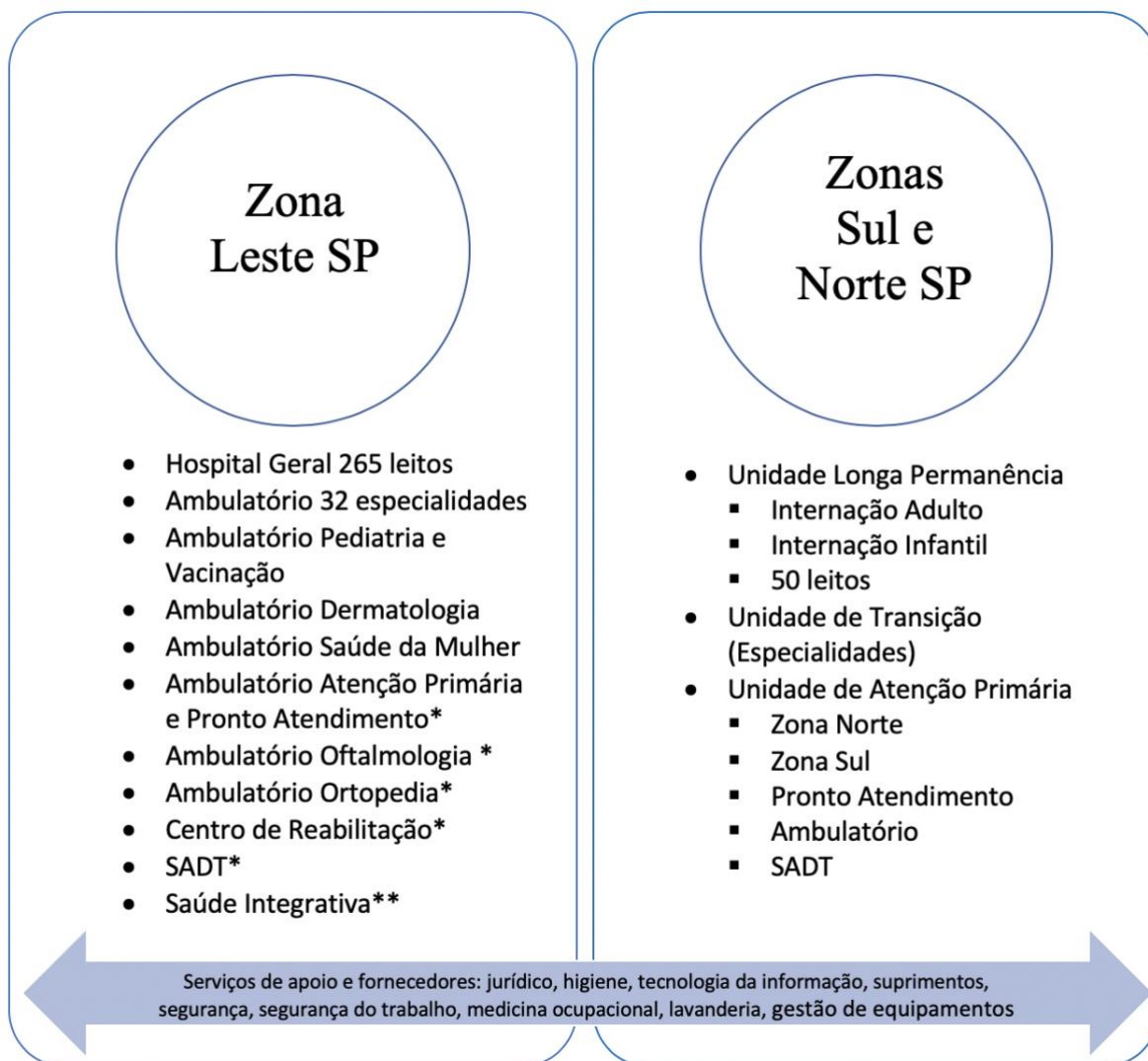
7.1 Expansão geográfica da carteira de beneficiários

A proposta de expansão de atividades dentro do estudo de caso sugere inicialmente a ampliação da carteira de beneficiários. A operadora já atua de forma estabelecida na região leste do município de São Paulo, e necessita então expandir a atuação ampliando a sua carteira.

Propõe-se, portanto, a abrangência das regiões Sul e Norte da capital, pois estas, de acordo com os dados oferecidos, atualmente não refletem número expressivo de beneficiários e se tratam de localidades de maior proximidade em relação à região leste da capital, onde se encontram hoje as unidades de rede própria da operadora. Ambas as regiões se assemelham em relação ao perfil demográfico no que diz respeito aos grupos de faixas etárias e às características epidemiológicas. O foco de estratégia comercial deve abranger tanto planos empresariais como individuais, porém, destaca-se a importância em absorver planos empresariais, o que refletirá no aumento de receita e posicionamento da empresa nestes locais, que possuem a maior proporção de habitantes na idade adulta.

7.2 Ampliação de estrutura física

As sugestões de incorporação de estrutura física envolvem novas atividades a serem indicadas para a unidade hospitalar e as unidades próprias já existentes, porém, contemplam a construção de unidades assistenciais nas regiões norte e sul, para abranger a assistência dos novos beneficiários residentes nestas regiões, como está demonstrado na Figura 7.



Fonte: Elaboração própria

Figura 7: Unidades Assistenciais existentes na zona leste de São Paulo e proposta para novas unidades assistenciais para as regiões sul e norte.

Nota:* Unidades inauguradas pela operadora em 2019. ** Propõe-se a incorporação ao setor ambulatorial de especialidades.

7.2.1 Criação de Unidade de Longa Permanência:

Proposta de criação de unidade hospitalar de baixa complexidade e pequeno porte (50 leitos), destinada aos clientes em condições crônicas de doenças, e cuidados paliativos, grande dependência de cuidados assistenciais e grande impacto na independência para atividades básicas de vida diária.

A unidade deve contemplar equipe multiprofissional, atuação por 24 horas diárias, e atividades de apoio aos familiares. Atualmente, na unidade própria, a instituição conta com a média de 30 pacientes em condições clínicas compatíveis com esta assistência, que poderiam ser transferidos a esta unidade hospitalar.

7.2.2 Criação de Unidade de Transição:

Em consideração voltada às condições que levam a hospitalizações de longa permanência e dificuldades funcionais que postergam o retorno dos pacientes às suas atividades ocupacionais, porém, com prognóstico favorável à recuperação, esta unidade oferece período transitório de assistência para treinamentos funcionais dos pacientes e de seus familiares até que seja possível o retorno para a residência e alta para cuidados a níveis ambulatoriais.

A indicação de transferência para esta unidade é basicamente a necessidade de reabilitação do paciente hospitalizado que está fora do estado crítico ou semi-crítico da doença que o levou à internação hospitalar, como reabilitação de pacientes cirúrgicos e oncológicos. A indicação é que esta estrutura seja destinada para pacientes adultos, que representam a maior proporção em número de beneficiários. Deve permitir o acompanhamento dos familiares de modo que estes sejam totalmente inseridos nos cuidados necessários e participem ativamente de treinamentos, orientações e decisões sobre a assistência que tem por objetivo o retorno do paciente ao domicílio.

A proposta de expansão da estrutura física inclui a criação de duas unidades de Atenção Primária, destinadas a cada região (norte e sul).

7.2.3 Criação de Unidade de Atenção Primária

São propostas duas unidades de atenção primária para as regiões norte e sul. Estas unidades devem possuir duas estruturas: Pronto Atendimento e Atendimento Ambulatorial

Multiprofissional. O atendimento médico é composto por profissional generalista, que possui equipe de apoio responsável por atendimentos de promoção saúde e ações de prevenção, além de serviços diagnósticos e terapias multidisciplinares.

A unidade de atenção primária fica responsável por controlar a população de beneficiários de toda a região em relação à utilização dos serviços, sendo estas consultas, exames, participações para grupos de prevenção, controle do uso de medicamentos, encaminhamentos para serviços terceiros e atividades de reabilitação.

O profissional médico responsável pelo paciente e por seus encaminhamentos às terapias, recebe de volta o paciente após a conclusão dos atendimentos propostos. Desta maneira, a utilização de procedimentos fica regulada e monitorada, sendo possível verificar a adesão do paciente à assistência.

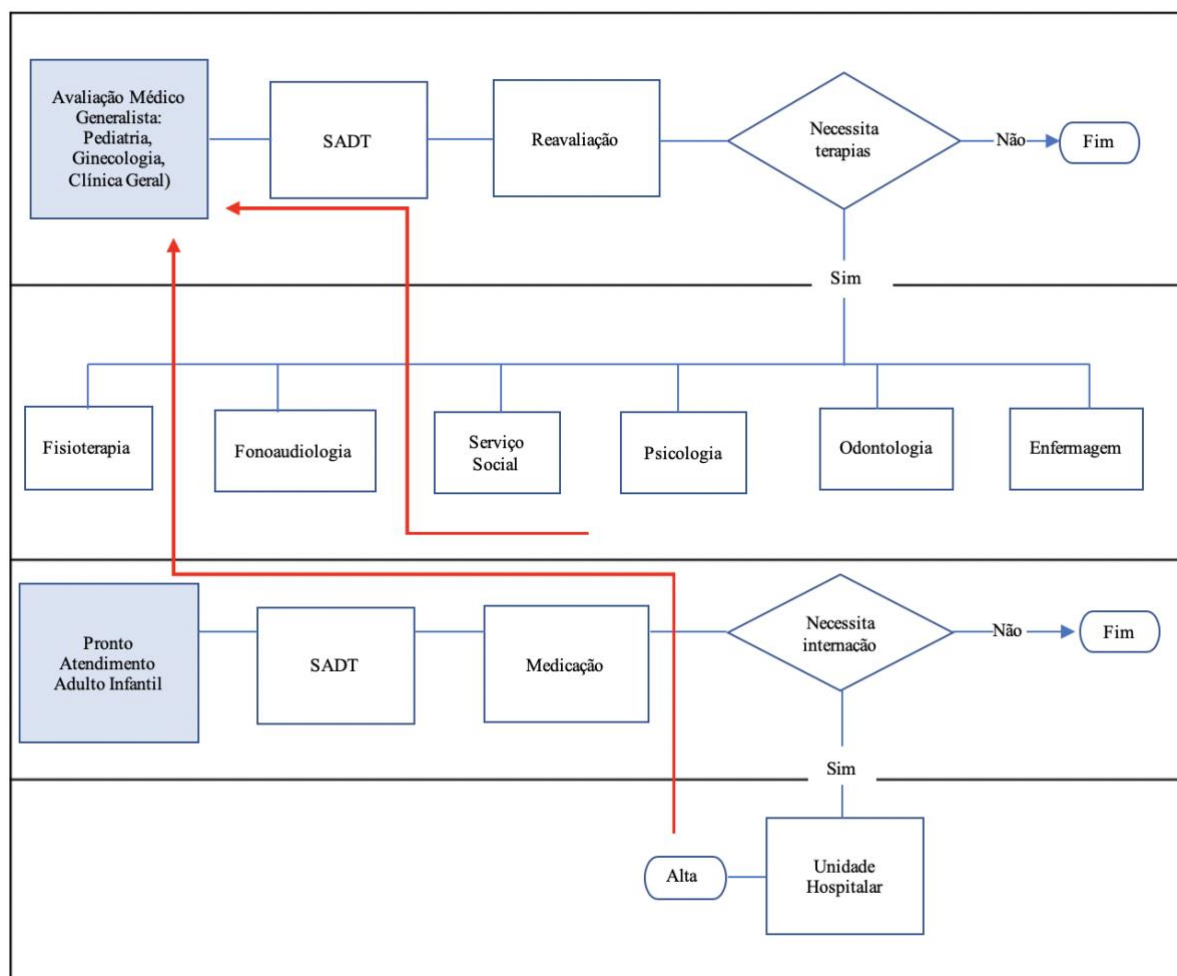
As consultas são agendadas por demanda espontânea ou por busca ativa realizada pela equipe administrativa de monitoramento composta por profissional de enfermagem e serviço social, responsáveis por introduzir os novos beneficiários no controle assistencial da unidade e conhecer os riscos aos quais esta população está submetida.

O pronto atendimento recebe beneficiários por demanda espontânea, possui equipe assistencial composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, e conta com serviço de SADT. Após avaliação médica e definição de condutas que podem incluir realização de exames e medicações, caso haja necessidade, há o direcionamento para internação hospitalar, providenciado pelo serviço de remoção da própria unidade. Após a alta hospitalar o paciente é redirecionado para retorno e seguimento novamente com seu médico e equipe de referência mediante agendamento da central de monitoramento. (Figura 8).

As unidades de atenção primária contam com a atuação de equipes de apoio, responsáveis pelo fornecimento de insumos, serviços de manutenção, tecnologia de informação, segurança, medicina ocupacional, lavanderia, e gestão de equipamentos. Os serviços de departamento pessoal e recursos humanos devem ser centralizados na unidade principal da região leste, porém, há posto satélite nestas unidades que suprem as demandas necessárias.

As unidades são gerenciadas por gerente médico e administrativo, e contam com coordenadores assistenciais e administrativos das equipes atuantes.

O sistema de prontuário informatizado garante a comunicação das unidades de atenção primária e os outros níveis de atendimento, enquanto há monitoramento da sinistralidade da população, bem como das atividades de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.



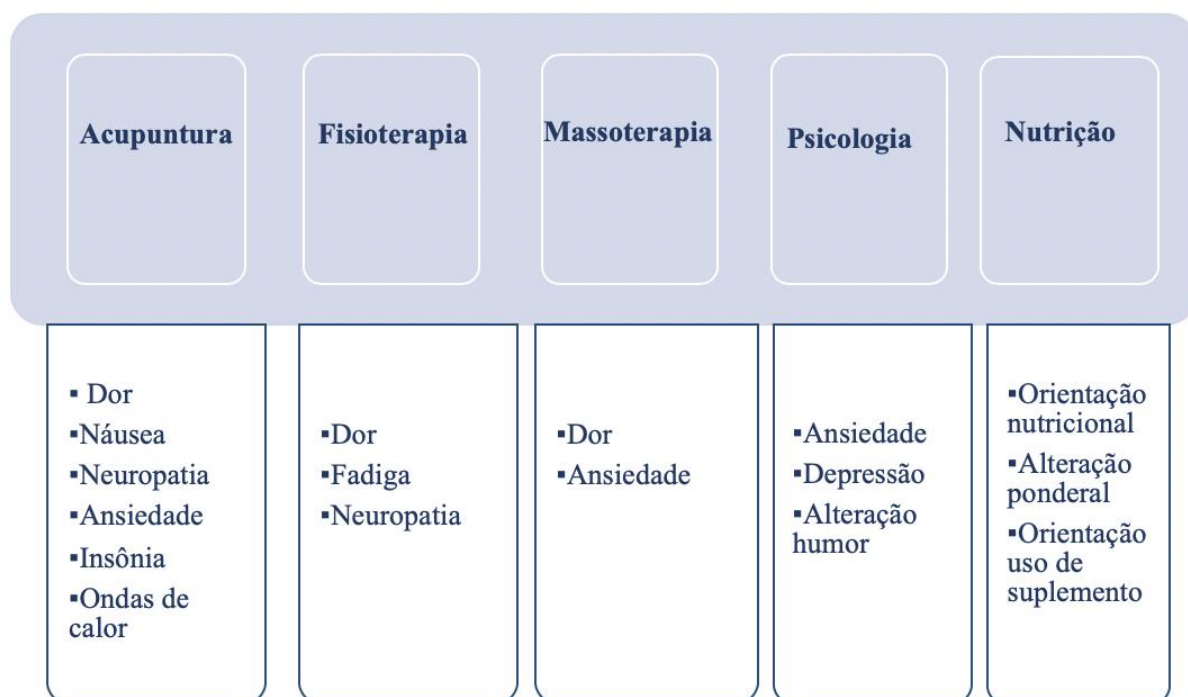
Fonte: Elaboração própria

Figura 8: Fluxograma de atenção primária e contra referência

Saúde Integrativa

A sugestão de equipe de Saúde Integrativa está apontada para fazer parte da unidade de reabilitação já existente. Deve ser composta por profissional médico regulador, que seja responsável pelos encaminhamentos às terapias que são voltadas à saúde física, mental e espiritual do paciente que necessita de auxílio para aderir tratamentos oncológicos. Esta prática promove grande valorização do cuidado e possibilita que o paciente se sinta amparado pela equipe que o assiste, auxiliando para que não ocorra o abandono aos tratamentos indicados que causam grande impacto pelos sintomas gerados.

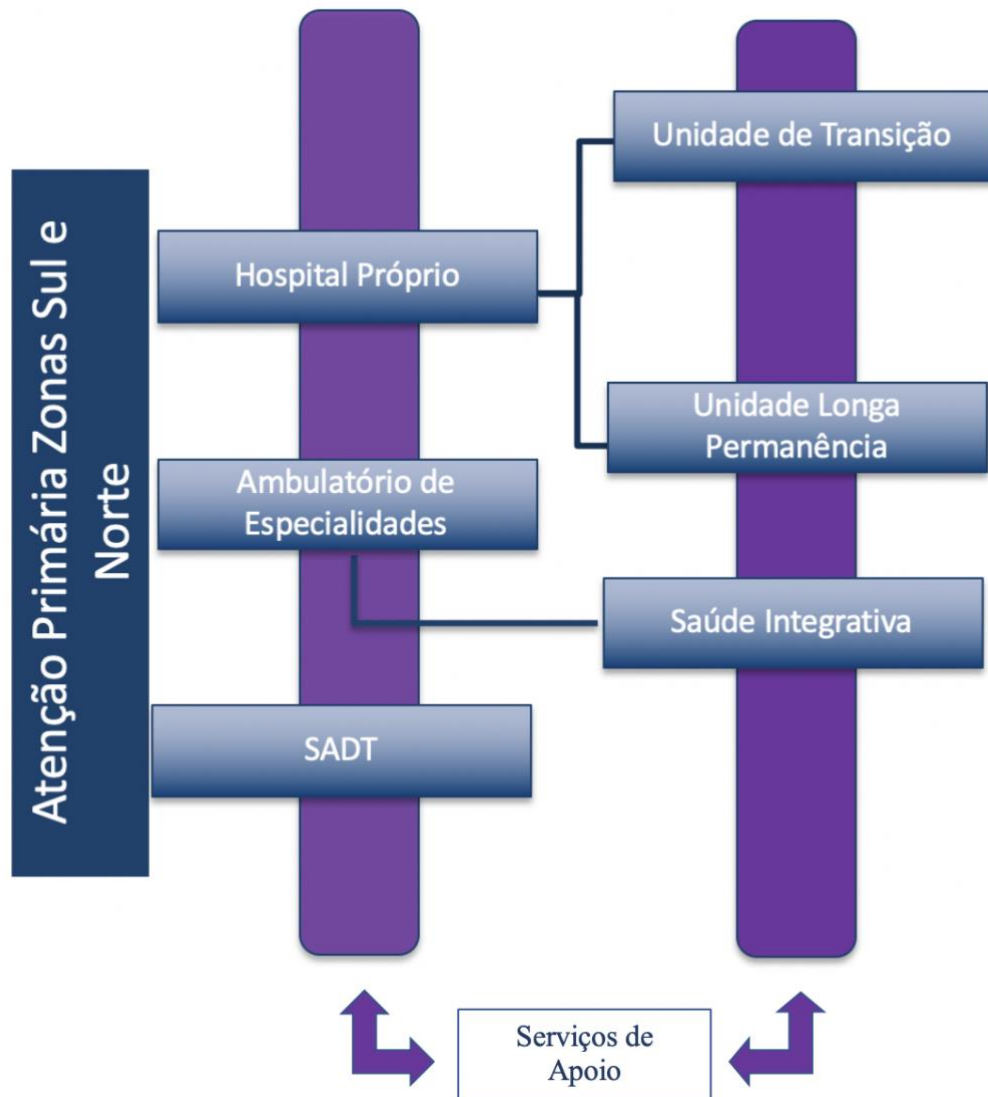
Para ser colocada em prática, é necessário a contratação de profissional médico que possua formação em medicina integrativa, e equipe que possa atuar em conjunto: fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, acupunturistas, e profissionais que utilizem técnicas de promoção do bem-estar como a massoterapia. Estas práticas são cada vez mais aceitas pelos pacientes e passam a ser consideradas pelos profissionais de saúde como meio auxiliador para alcançar os objetivos terapêuticos. A figura 9 demonstra a composição da equipe de saúde integrativa com as indicações relacionadas aos respectivos sintomas:



Fonte: Elaboração própria

Figura 9: Profissionais da equipe de saúde integrativa e indicação de acompanhamento

A proposta de modelo assistencial, se baseia na integração de todas as unidades já existentes na instituição e na incorporação de novas estruturas físicas e serviços. Fundamentalmente, a incorporação tecnológica deve permear todos os níveis, para que o serviço seja coordenado de forma efetiva, buscando a base de início da linha de cuidado na atenção primária (Figura 10).



Fonte: Elaboração própria

Figura 10: Integração entre unidades assistenciais

8. DISCUSSÃO

A análise do macroambiente é indispensável para que sejam identificadas oportunidades e seja possível obter eficácia das organizações, apesar da existência de ameaças e restrições. Na área da saúde especificamente, aspectos como taxa de fecundidade, índice de envelhecimento e perfil epidemiológico da população considerada é de extrema relevância, pois, determina as necessidades de atenção assim como o custo da assistência. No ambiente competitivo dos serviços, o estabelecimento de uma posição de referência dentro do mercado passa a ser fundamental para o crescimento de uma organização, e a formação de bom relacionamento com fornecedores que trazem resultados satisfatórios é de grande importância (AIDAR, BURMESTER, 2015).

A maior proporção de beneficiários compreende a aquisição de planos coletivos empresariais, o que é fundamental para a saúde suplementar. A porcentagem de planos individuais ou familiares apresentou redução entre 2014 e 2018, porém, mantém importante posição como segundo tipo de plano entre os beneficiários. Entende-se, deste modo, a grande importância em considerar as existentes empresas nas regiões em que se pretender abranger, pois, estas são fundamentais para a saúde suplementar e, em contrapartida, têm necessidade de garantir os índices de produtividade e desenvolvimento técnico de suas equipes. A expansão deve ainda analisar a população assim que adquirida a carteira, considerando-se a região em que está localizada, procurando salientar os casos que possuem maior probabilidade em se tornarem crônicos para ações precoces. (ANAHP, 2019).

Em relação à população envolvida pela atividade de saúde suplementar, propõe-se a constituição de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças. Estes exigem o conhecimento sobre a população que a operadora abrange, o desenvolvimento de ações que auxiliam a coordenação de casos crônicos e a definição de medidas para o envelhecimento ativo e saudável (OPAS, 2014).

O modelo assistencial das operadoras de saúde tem apresentado transição inovadora para propostas de atuação voltadas a atenção primária à saúde. A análise criada pela iniciativa da ANS e OPAS/OMS Brasil no Laboratório de Inovação, trouxe a experiência de 14 operadoras direcionadas a essa estrutura, incluindo ações em andamento ou em projeto-piloto. Desse modo, foram demonstrados os esforços com foco na melhor experiência dos seus beneficiários, assim como na sustentabilidade da sua gestão. A APS se destaca como ponto essencial no conjunto de elementos que formam a rede de atenção assistencial. Porém, o estabelecimento desta disposição não é simples, visto que requer a análise detalhada sobre as

características da população incluída, assim como as particularidades de cada operadora, como serviços próprios ou referenciados, abrangência geográfica, além do porte, administração financeira e capacidade na integração de informações (ANS, 2018).

Dentro da abordagem de atenção primária está a classificação das condições de saúde, que implicam não somente identificar as doenças em curso, como também as particularidades de circunstâncias fisiológicas de diferentes fases da vida, também de incumbência das organizações (MENDES, 2012).

Anteriormente à decisão em adotar-se rede de atenção primária, é de grande utilidade mapear as causas das doenças crônicas na sociedade, bem como o que antecede o adoecimento da população, pois, estas causas, são erros que estão alheios à saúde suplementar. A população deve ser estratificada e abordada de maneira distinta de acordo com suas especificidades. Importante, simultaneamente, identificar que ocorrem falhas educacionais como também ausência de educação em promoção à saúde. Erros estes comportamentais, como ausência de atividade física regular; alimentares com a ingestão de maior quantidade de alimentos industrializados ricos em gorduras, carboidratos e açúcares em relação aos naturais; e desajustes sócio econômicos e culturais que contribuem para a incidência de sintomas como estresse, depressão e ansiedade.

Tais características trazem notoriamente o fato de que a educação em saúde deve anteceder a prestação dos serviços, e esta deve ser apoiada pelo engajamento, entendimento da adesão, aderência aos tratamentos e finalmente, desfechos positivos.

As propostas da atenção primária, considerando-se: educação, prevenção, manutenção da homeostase orgânica e mitigação de riscos de doenças são premissas para se investir em atendimento de saúde com sucesso econômico - assistencial e evitar perda de recursos investidos.

Desta forma, é importante que os programas de promoção à saúde e de prevenção de doenças tenham foco bem definido e engajamento de toda a equipe envolvida, assim como embasamento científico para que sejam tomadas as medidas de maior probabilidade de sucesso. Entretanto, há de se considerar, atenciosamente, critérios de elegibilidade e exclusão aos programas e a correta classificação dos grupos populacionais, acompanhando a evolução de faixa etária (OPAS, 2014).

O modelo de atenção primária “*The Patient-Centered Medical Home*”, descrito por David *et al*, 2018, enfatiza a coordenação do cuidado; processos de melhorias; tecnologia de informação, e a atribuição do cuidado individualizado a um profissional médico responsável

pelo gerenciamento de cada paciente, assim como encaminhamentos aos prestadores necessários. Tem o objetivo de tratar necessidades agudas, porém, com o amplo propósito de melhorar o engajamento do paciente e implementar assistência baseada em evidências. Todas as metas são monitoradas e controladas conforme diretrizes de acreditação, e é de extrema importância identificar os principais fatores que levam a resultados de melhorias, e redução de custos. Modelos de pagamento alternativos são também praticados e essenciais para incentivar o controle de custos, como também para associá-los às diretrizes baseadas em evidências e o gerenciamento da saúde populacional.

A atenção primária à saúde, ou também denominada atenção básica, tem como principal objetivo ser o primeiro contato com o beneficiário com o sistema de saúde. Compreende procedimentos de baixa complexidade e deve promover acesso rápido e assegurado, assim como deve haver a responsabilização das equipes com a garantia de assistência adequada, de acordo com cada necessidade individual assim como o controle sobre cada indivíduo em todo o sistema. A coordenação dos serviços e a integração efetiva de informação entre os diferentes níveis de atenção é obrigatória e deve abranger a totalidade da população de beneficiários, mesmo que não se demonstre índices de sinistralidade. O acompanhamento de práticas baseadas em evidências é de extrema importância, assim como o monitoramento de indicadores, que deve demonstrar a disponibilidade do acesso, utilização dos serviços nos diferentes níveis e os resultados assistenciais, aliados a ciclos de melhorias e avaliação da experiência e satisfação dos clientes (ANS, 2018).

Ambiente tecnológico favorável é atualmente pré-requisito para diagnósticos precisos e precoces, além de propiciar a comunicação entre as unidades de atenção primária e destas com as demais redes de assistência. Através de prontuário eletrônico, torna-se possível o arquivamento e acesso às informações pertinentes de forma segura e sigilosa. A telemedicina também torna possível o diagnóstico rápido e as decisões médicas realizadas remotamente; a opção de tratamentos menos invasivos, e o monitoramento das equipes de saúde, combatendo também o uso dos recursos fora dos critérios estabelecidos como melhores práticas (AIDAR; BURMESTER, 2015).

Mendes (2012) propõe a formulação de redes de atenção à saúde, que, comparado com o conceito criado pelo SUS, substitui a organização piramidal hierárquica que contempla a atenção básica em sua base, seguido pela assistência de média, e por fim de alta complexidades, por integrações policêntricas ligadas ao centro em que está a APS, chamadas de redes de atenção à saúde (RASs). Estas têm como atribuição o conhecimento e controle sobre a

população que abrange, o que implica na compreensão sobre qual ambiente onde está inserida, bem como as ameaças da região. Esta necessidade fundamenta o princípio de gestão através da população, advento principal das RASs, que têm a possibilidade de monitorar a linha completa de cuidado do usuário. Cabe ressaltar que a APS apresentou-se desvalorizada nos âmbitos: econômico, político e social, pois, os investimentos estavam voltados para as unidades especializadas, de maior evidência no setor político e na economia voltada para o consumo de serviços de saúde. Entretanto, o risco à sustentabilidade do setor da maneira como se encontra atualmente, voltado ao grande consumo por demandas espontâneas e foco na doença, evidentemente não se sustentará futuramente, o que faz agora os gestores responsáveis voltarem os olhos para a atenção primária. Esta passa não somente a ser considerada, como também se destaca a importância em ser robusta e eficiente.

Os benefícios do cuidado primário para a saúde, portanto, podem ser citados como: maior acesso às necessidades, melhor qualidade no cuidado, maior foco em prevenção; gerenciamento precoce dos problemas da saúde, efeitos cumulativos do cuidado apropriado em saúde e a redução de utilização de especialidades desnecessariamente. Um auxílio importante também se destaca na atenção primária: a proximidade e conhecimento do paciente, que permite a percepção de problemas psicossociais que podem influenciar na sua saúde (STARFIELD *et al*, 2005).

Segundo o observatório ANAHP (2019), a gestão do fluxo de pacientes proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), auxilia os resultados da assistência à saúde, a partir de metodologia de identificação de riscos para ações de prevenção que geram produtividade com controle de qualidade e das despesas com saúde. Essa tarefa é possível a partir da criação de painéis de gestão das unidades que apresentem evidências dos desempenhos assistenciais, de acordo com metas e etapas definidos por discussões de casos e objetivos dentro do cuidado individualizado.

A confiança e valor percebido são considerações indispensáveis aos gestores de serviços de saúde nos momentos de tomadas de decisões. A retenção de clientes e consequente fidelização também levam à recomendação das empresas dentro do ambiente competitivo. Não há simplicidade na mensuração de valor percebido, pois, este está relacionado ao entendimento dos clientes mediante o produto recebido, que também envolve os custos sofridos por eles próprios para a obtenção do resultado. Não diferente, a confiança similarmente tem relação com o êxito nas relações de serviços prósperos e necessita ser analisada e gerenciada, o que pode ser obtido através da comunicação eficaz e próxima, não somente da marca da organização, como

dos profissionais e funcionários que têm relação direta com o consumidor. Dessa maneira, as operadoras de serviços de saúde podem identificar os pontos que mais trazem o comprometimento dos beneficiários, e quais são as suas expectativas, e é indicado sempre utilizar a confiança e o valor percebido para buscar a fidelização (EBERLE *et al*, 2017).

Silva, et al (2015) concordam com o fato de a experiência dos clientes de serviços de saúde, influenciada pela relação e comportamento dos profissionais executores dos serviços, ter relação direta com a cocriação de valor, definida pela elaboração de metodologia de ações a partir de informações obtidas pelas partes interessadas. Os colaboradores precisam sentir-se inseridos nos valores das organizações e estas devem estar em acordo com os seus próprios valores. As equipes assistenciais são fundamentais para ressaltar a importância da entrega de resultados conforme a expectativa e necessidades individuais do cliente, demonstrar flexibilidade e responsabilização pelas entregas prometidas, além estarem engajadas com as diretrizes organizacionais.

Do mesmo modo, Aidar e Burmester (2015), entendem a necessidade de o valor estar alinhado ao fluxo de atendimentos, e citam a criação de cadeia de valor como instrumento indispensável para deliberar todas as necessidades de assistência e estabelecer a organização e coordenação das unidades, assim como auxiliam na definição de equipes e como estas se relacionam.

A utilização de conversas rápidas que abordam a percepção e perspectivas da família e do próprio paciente sobre seu cuidado e sua percepção sobre a assistência, pode trazer grandes benefícios não somente para a tomada de decisão, como também à reflexão e mudança comportamental do profissional médico. Rotinas dessa natureza podem abranger princípios como respeito e dignidade, pois, trazem informações sobre aspectos culturais, valores, crenças, encorajamento, colaboração e maior participação de familiares no cuidado ao paciente. A análise de resultados desta prática pode demonstrar como está a experiência do cliente em relação aos serviços oferecidos e medir resultados clínicos. (FAGAN, *et al*, 2015).

O modelo de atenção primária permite a fidelização do paciente a um profissional médico e sua equipe assistencial. Este contato é facilitado, e pode ocorrer presencialmente, por telefone ou recurso eletrônico, o que gerar grande valor e facilita o monitoramento do paciente para outros níveis de cuidado (ANS, 2018).

Igualmente, o estímulo ao auto - cuidado necessita ser facilitado e permitido através de recursos que envolvam os usuários e facilitem a participação nos programas, com definição

clara de objetivos, possibilidades e interesses. As informações sobre o estado de saúde e necessidades também precisa ser de fácil acesso (MENDES, 2012).

Em se tratando da aquisição de tecnologias pelos planos de saúde, e entre estas os medicamentos, há a definição das demandas de insumo baseadas no mercado farmacêutico, e soluções em pesquisa clínica e ciência resultantes da busca para melhores resultados neste segmento. Estas tecnologias são um dos fatores que elevam os gastos das operadoras, porém, não representa razão de maior ameaça dos custos do setor. Fraudes e desperdícios sim, merecem atenção especial. Destaca-se o auxílio da aquisição de inovações que auxiliam no gerenciamento das doenças, com opções que favorecem a prevenção, a cura e o controle das doenças (INTERFARMA, 2019).

No ambiente de sistemas de saúde, considerando a necessidade em aumentar a força de trabalho alinhada à expansão da capacidade de atendimento, há de se instituir o cuidado com a capacitação do trabalhador, como manter a qualidade da sua saúde.

A possibilidade da recuperação alternada da economia, pressuposta entre 2017 e 2019, se relaciona às novas oportunidades de emprego e investimentos que permitem o aproveitamento da capacidade instalada das empresas e traz a projeção de crescimento da reserva de capital humano. Entretanto, é indispensável desenvolver a qualificação dos profissionais, através de monitoramento do desempenho dos deveres, como também do ambiente de trabalho. Indicadores de gestão de pessoas, como taxa de rotatividade, pode significar o ponto de vista do trabalhador em relação à empresa. Inclusive, no ponto de vista que considera o desafio relacionado à transição demográfica da população, é necessário considerar que trabalhadores irão se manter ativos por mais tempo, ou seja, haverão mais idosos na força de trabalho. Isso contribui para a responsabilidade das organizações com o desenvolvimento e cuidado com esta faixa etária, o que inclui saúde ocupacional e segurança ocupacional (IPEA, 2018).

Há clareza a respeito da necessidade de dedicação à saúde do colaborador. Esta posição é reforçada na publicação do 2.º Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Da mesma maneira está a atuação multidisciplinar e transdisciplinar, de extrema importância na comunicação e posicionamento relacionados às condutas, o que pode ser tranquilamente adquirido com uma equipe engajada. A participação em reuniões periódicas para este fim é fundamental para o alcance deste objetivo (OPAS, 2014).

Mendes (2012) fortalece a importância do cuidado com o trabalhador no contexto de sistemas de saúde que contemplam a atenção, quando expõe o fato de os graduandos de escolas

de cursos de saúde não receberem formação para atuar em equipes de assistência à família, e sim em ensino voltado à especialidades. A formação de equipes multidisciplinares completas na atenção primária é essencial aos trabalhadores, não somente pela capacitação técnica requerida, mas também como filosofia de vida em que oportunidades de crescimento estejam inseridas. Ademais, os colaboradores devem estar cientes sobre as novas diretrizes adotadas mediante as referências científicas através de ações voltadas a treinamento e capacitações.

Em relação ao monitoramento do beneficiário, a articulação e acompanhamento da utilização dos serviços de saúde é imprescindível, inclusive com a possibilidade na utilização de serviços públicos (IPEA, 2018).

As organizações que adotam grande expansão com descentralização das atividades, precisam monitorar as entregas de cada unidade, se estão em acordo com as metas estabelecidas. O maior nível de complexidade requer ajustes dos indicadores (AIDAR, BURMESTER, 2015).

As unidades de atenção primária do mesmo modo necessitam de monitoramento gerencial, definidos a partir da sua capacidade e de atendimento, as entregas definidas e a sua aceitação pelos clientes, sobretudo relacionada à efetividade sobre o controle do cuidado primário dos beneficiários atendidos.

A adaptação ao novo perfil do usuário de sistemas de saúde, que compreende o envelhecimento, exige a criação e oferta de serviços através de instituições de longa permanência, que podem garantir cuidados apropriados para pacientes em condições de doenças estáveis, porém, dependentes de auxílio e monitoramento (IPEA, 2018).

A internação domiciliar se faz necessária dada a alteração no perfil demográfico e cronicidade das doenças. Permite o uso racional dos recursos de saúde, evita internações de condições de doenças estáveis, e estimula a participação da família nos cuidados.

A valorização das necessidades individuais dos clientes precisa estar bem esclarecida entre os profissionais de saúde, gestores, familiares e o próprio paciente, inclusive no momento de adquirir estratégias que permitam a alta hospitalar. Este processo de transferência de unidades hospitalares para a atenção domiciliar é de extrema importância, pois racionaliza a utilização dos leitos hospitalares favorecendo o direcionamento destes aos casos agudos, e, concomitantemente, desenvolve a atenção à humanização do cuidado em saúde, na medida em que se envolvem os familiares na assistência com medidas de segurança. Da mesma maneira, há preocupação com o cuidador, que pode ser beneficiado pela redução do impacto do cuidar sobre a sua qualidade de vida, rotina e saúde mental, em situações como cuidados paliativos.

Por outro lado, este processo precisa ser bem alinhado entre todos, para que seja garantida a segurança e estabilidade clínica, evitando resultados insatisfatórios que onerariam o sistema de saúde (SILVA et al, 2017).

A medicina integrativa é um conceito que associa, além dos progressos da medicina ocidental, as práticas complementares existentes e desenvolvidas nos modelos orientais. Estabelece o envolvimento e participação ativa do paciente, estimulando o auto - cuidado e atividades de vida diária que auxiliam a adesão aos tratamentos. Promovem bem-estar e o enfrentamento dos sintomas e promove a atenção à mente e espiritualidade, além da saúde física. Esta abordagem vai ao encontro de uma das maiores necessidades da gestão em saúde atualmente, o auxílio na condução de casos crônicos em que é preciso conviver da melhor maneira com a doença e obter melhor relação com a equipe de saúde. Dessa maneira desenvolve-se o cuidado centrado no paciente, gerando valor e confiança na equipe que o assiste. Há o entendimento sobre a responsabilidade do paciente com o seu processo de cura, que não significa exclusivamente o fim do processo de adoecimento, mas a recuperação do estado de conforto nas características física, psíquica e social. A assistência integrativa agrega orientações sobre cuidado com o corpo, relaxamentos que auxiliam a conexão da mente com o corpo e a vida interior, evitando pensamentos e ações diárias voltados apenas para as atividades externas. A orientação nutricional esclarece a importância dos recursos nutricionais necessários e indicados individualmente. A psicologia ensina o paciente a conhecer e lidar com as alterações emocionais relacionadas não somente ao enfrentamento da doença, como também as que já existem no cotidiano da vida moderna. Os serviços oncológicos estão associando as práticas integrativas de modo crescente, e as instituições universitárias do mesmo modo passam a considerar esta atuação, com estímulo ao desenvolvimento científico desta modalidade assistencial (LIMA, 2009).

A Oncologia Integrativa procura engajar pacientes e familiares sobre a própria assistência e aplica cuidadosamente terapias complementares ao longo do tratamento convencional do câncer. Dessa forma, o paciente permanece no centro do cuidado e entende que não precisa optar entre duas linhas de tratamento, mas sim, pode recebê-los de forma integrada, melhorando sua qualidade de vida física, emocional e espiritual. A indicação e orientação segura sobre as terapias e uso de produtos naturais é realizada pela equipe, e essencial para evitar danos ou prejuízos à eficácia do tratamento convencional. A comunicação entre a equipe multiprofissional e o médico de referência à atenção primária é essencial para a efetividade desta abordagem (LOPEZ, *et al*, 2017; LATTE - ANOR, 2019).

9. CONCLUSÃO

A gestão de serviços de saúde requer consideração a diversos aspectos desafiadores para que sejam tomadas decisões resolutivas. A atenção à saúde consiste em um conjunto de ações complexas, desafiadoras e que necessitam de constante adaptação ao ambiente, recursos e comportamentos nos quais a população está inserida. Os sistemas brasileiros de saúde público e privado, ao longo das décadas obtiveram avanços e resultados, e se mantêm em desenvolvimento contínuo, buscando o equilíbrio para a resolução das demandas existentes.

A análise dos perfis demográfico e epidemiológico da população não são imprescindíveis somente às políticas públicas e às previsões sobre doenças e recursos terapêuticos necessários para ofertar a assistência à saúde, mas fundamentais às empresas que possuem em suas carteiras beneficiários que precisam acompanhados e incentivados ao autocuidado. As operadoras de serviços de saúde suplementar, para permanecerem ativas no mercado, se adaptam aos desafios existentes e cada vez mais se aproximam de seus clientes, voltando a atenção à experiência destes enquanto usuários dos serviços oferecidos. A primeira questão levantada pelos gestores deste segmento é a população envolvida, o ambiente no qual está inserida e também seu estilo de vida, fatores que influenciam na carga de doenças e nos anos de vida vividos com incapacidades.

Analisar as possibilidades e opções de modelos assistenciais praticados atualmente, é um caminho para obter direcionamentos das melhores práticas e o equilíbrio entre aquisição de tecnologias, resultados favoráveis e retenção de clientes.

A operadora de saúde suplementar estudada, nos últimos anos passou a determinar em seu planejamento estratégico, várias medidas para possibilitar o seu desenvolvimento. Trata-se de operadora cujos beneficiários são seus próprios clientes, e geradores de sua receita. Pretende expandir suas atividades aumentando a carteira de clientes, em um panorama em que ainda utiliza muitos serviços de sua rede credenciada para a garantia da assistência.

Para que esse objetivo seja cumprido, a proposta de modelo assistencial sugerida considerou o referencial teórico atual de gestão de saúde, e englobou a comercialização de planos individuais e empresariais na zona norte e zona sul da cidade de São Paulo (SP), como ação para a expansão da carteira. A implantação de estrutura de atenção primária se destacou como facilitador para o conhecimento da população, hábitos de vida, e desenvolvimento de programas de prevenção e promoção à saúde. A equipe de referência permite a comunicação efetiva com os clientes e o pronto atendimento nestas unidades e evita o direcionamento à unidade de pronto-socorro.

A equipe multidisciplinar atuante nas unidades, torna possível a troca de informações para a melhor abordagem ao paciente, permitindo também ações de reabilitação, direcionadas por profissional médico que regula os encaminhamentos evitando demanda de serviços de saúde sem necessidade, além do controle sobre a adesão aos programas sugeridos, enquanto o sistema de prontuário informatizado integra os dados de utilização dos serviços.

Unidades de transição atuam como ponte entre a internação e o domicílio. Promovem treinamento aos familiares, e a recuperação de capacidade funcional aos pacientes que tiveram período de hospitalização de maior impacto às atividades de vida diária e ocupações, e ainda necessitam de grande auxílio da equipe assistencial.

O serviço de cuidados paliativos foi também considerado na proposta, pois, proporciona conforto para os pacientes e familiares em ambiente acolhedor e humanizado. Da mesma maneira, buscando o melhor contato entre os serviços e os beneficiários, está a saúde integrativa, que se destaca pela busca de bem-estar e melhor enfrentamento do adoecimento, principalmente em quadros oncológicos, facilitando a adesão a tratamentos prolongados e de grande impacto físico e social.

Atualmente, com maior acesso às informações, o cliente de serviços de saúde deseja ter maior participação e poder de decisão sobre o seu tratamento e cuidado. O seguimento de diretrizes, protocolos clínicos, orientações de órgãos certificadores de qualidade, e monitoramento através de indicadores de resultados, permite a definição e medidas esperadas de cada processo de forma transparente, além de apontar a opinião do usuário sobre a sua satisfação. O cumprimento das regras estabelecidas pela agência reguladora se relaciona com a atuação adequada e esperada, e bom posicionamento no mercado privado.

Um modelo assistencial adequado proporciona qualidade aos serviços e é fator determinante para a obtenção dos objetivos estratégicos e a proximidade com a carteira de beneficiários. É também fundamental para a perpetuação da relação da operadora com seus clientes, e favorece a aquisição das novas tecnologias de saúde, o adequado controle de sinistralidade, e por fim, a evolução e contribuição esperadas na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

AIDAR, M. M., BURMESTER, H. **Planejamento Estratégico e Competitividade na Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2015. 200p. (Gestão Estratégica de Saúde).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 5 nov.2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Laboratórios de inovação sobre a experiência em atenção primária na saúde suplementar** [recurso eletrônico] / Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência - Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial, Organização Pan-americana da Saúde - Rio de Janeiro: ANS, 2018. (NAVEGADORSUS; v.12)2.3MB; ePUB.ISBN:1. Saúde Suplementar. 2 Atenção primária à saúde. I. Organização Pan-americana da Saúde.II.Título

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). **Observatório Anahp**. Disponível em <<http://www.anahp.com.br>>Acesso em: 9 dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico {recurso eletrônico} / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 140p.:il. Modo de acesso: WorldWideWeb:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_saude_suplementar.pdf> Acesso em 8 dez.2019.

COLLDÉN, C. et al. A value-based taxonomy of improvement approaches in healthcare.**Journal of Health Organization and Management**.Vol31,nº4,2017.pp.445- 458.

COLLUCCI, C. **Saúde eficaz requer mudanças no atendimento e na remuneração**. São Paulo, jun. 2016. /1782498- Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2016/06/1782498-saude-eficaz-requer-mudancas-no-atendimento-e-na-remuneracao.shtml>>Acesso em 10 fev.2019.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **Saúde suplementar: uma agenda para melhores resultados**/Confederação Nacional da Indústria. - Brasília: CNI,2018. 52p.:il - (Propostas da indústria eleições 2018; v.5).

COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO (São Paulo). **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br> > Acesso em: 05Jan. 2020.

COSTA, R. P., MISOCZKY, M. C., ABDALA, P. R. Z. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sergio Arouca. **Saúde debate** vol. 42 nº 119. Rio de Janeiro, Oct/Dec,2018.

DAVID, G., SAYNISCH, P.A., MCLALLEN, A.S. The economics of patient - centered care. **Journal of Health Economics**. 59 (2018) 60 - 77. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.02.012>.

EBERLE, L., MILAN, G.S., TONI, D. Relações entre valor percebido, confiança e retenção de clientes: a comparação entre um modelo teórico e um modelo aninhado. **Revista de Administração da UNIMEP**. V.15, n. 2, Maio /Agosto - 2017 ISSN: 1679-5350.

FAGAN, M. B., WONG, C., CARNIE, M.B., ASHLEY, S. W., SOMERVILLE, J. G. Implementing Patient Family - Centered Care Grand Rounds Using Patient/Family Advisor Narratives. **Journal of Patient Experience**. Vol 2(2) 14-17. 2015

FIGUEIREDO, TA; HARTZ, ZMA. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. **An Inst Med Trop**;16(Supl.3): S19-S28.2017.\

GLOBAL CANCER OBSERVATORY (France). **International Agency for Research on Cancer**. World Health Organization. Disponível em: <<http://www.gco.iarc.fr>> Acesso em: 3 Nov 2019.

INTERFARMA. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **As novas tecnologias e a saúde complementar**, 2019. Disponível em: <<https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/as-novas-tecnologias-e-a-saude-suplementar-interfarma1.pdf>> Acesso em: 23 jul 2019.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desafios da Nação** - Volume 01. Brasília, 2018. Disponível em <www.ipea.gov.br/portal/imagens/stories/PDEs/livros/livros/180327_desafios_da_nacao.pdf> Acesso em 25 dez 2019.

LATTE-NAOR, S., MAO,J.J.Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. **J Oncol Pract**. 447-458. Out/Dez. 2009. n., v. 49. São Paulo.

LEAL, R. M.; MATOS, J.B.B. Planos de Saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componenetes. **RAE**. 447-458. Out/Dez 2009. n.4, v.49.São Paulo.

LOPEZ, G., MAO, JUN J., COHEN, L. Integrative Oncology. **Med Clin N Am**. Volume 110, Issue 5 September 2017, Pages 977-985.

LUKOSEVICIUS, A. P., GUIMARÃES, J. C. Uso do Método Estudo de Caso em Pesquisas de Gerenciamento de Projetos. *Revista de Gestão e Projetos - GeP*. Vol. 9, N.2. Maio /Agosto. 2018.

MALTA, DC et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doenças do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Rev Bras de Epidemiologia**, 20 Suppl 1:217-232, Mai. 2017.

MENDES, E. V.**O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. /Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2012. 512p.:il. ISBN:978-85-7967-078-7.

MINAMI, B. **Análise especial do mapa assistencial da saúde suplementar no Brasil entre 2013 e 2018**. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/cms/rep/MApafinal.pdf>> Acesso em: 8 dez.2019.

MOTA, A., SCHRALBER, L. B., AYRES, J.R.C.M. Desenvolvementismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface (Botucatu)** vol.22 nº65 Botucatu Apr. / Jun . 2018.

NETO, G.V., MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

OLIVEIRA, M. R; et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos – chave e obstáculos para implementação. **Physis** vol.26. n .4. Rio de Janeiro. Oct/Dez. 2016.

OLIVEIRA, RR. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, p.1198-1208, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brasil, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos de doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação**. Brasília, DF: OPAS, 2014.

RANKIN, N. M. et al. Implementation of a lung cancer multidisciplinary team standardized template for reporting to general practioners: a mixed - method study. **BMJ Open**, 2017; 7: e018629. doi:10.1136/bmjopen-2017-018629.

SÁ, M.R., et al. Processo de ruína finito: um estudo de caso na saúde suplementar no Brasil. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**. João Pessoa, v.5, n2, p.88-103, mai./ago. 2017.

SIKA, R., et al. **BMJ Qual Saf**. 2015;0:1-3. doi:101136/bmjqs-2015-004160.

SILVA, A.S., FARINA, M.C., GOUVÊA, M.A., DONAIRE, D. Um modelo de Antecedentes para a Cocriação de Valor em Serviços de Saúde: uma Aplicação da Modelagem de Equações Estruturais. **Brazilian Business Review**. v. 12, n. 6. Vitória - ES. Nov - Dez 2015 p. 124-153.

SILVA, K. L., SENA, R. R., CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm**. 2017;38(4):e67762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.

SOUZA, M. F. M., et al. Transição da saúde e doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (6):1737-1750, 2018.

STARFIELD, B.; et al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, Vol.83, No. 3, 2005(pp.457-522). Baltimore, MD.

STRECKER, M. **Planos de saúde enfrentam crises e procuram alternativas**. Ago. 2016. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/08/1806351-planos-de-saude-enfrentam-crise-e-procuram-alternativas.shtml>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

TRINGONI, F. **Empresas driblam alta de gastos com plano de saúde**. Jul. 2018. Disponível em: < <https://economia.estadao.com.br/blogs/radar-do-emprego/empresas-dribalm-alta-de-gastos-com-planos-de-saude/>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

VIANA, A. L. D.; et al. Regionalização e redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1791-1798, 2018.

VILARINHO, PF. A percepção da captura política da saúde suplementar no Brasil. **Cad. EBAPE. BR.** vol.8nº.4.Rio de Janeiro. Dec 2010.