

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
CÂMPUS CAMPO MOURÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS

KARINA YAEKO BANDEIRA TANAKA

**DIAGNÓSTICO E PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE UMA
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO PARANÁ
(ESTUDO DE CASO)**

DISSERTAÇÃO

CAMPO MOURÃO

2019

KARINA YAEKO BANDEIRA TANAKA

**DIAGNÓSTICO E PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE UMA
OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO PARANÁ
(ESTUDO DE CASO)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Inovações Tecnológicas, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestra em Inovações Tecnológicas.

Orientador: Prof. Dr. Wyrllen Everson de Souza

CAMPO MOURÃO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

T161 Tanaka, Karina Yaeko Bandeira

Diagnóstico e proposta de modelo assistencial de uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná (estudo de caso) / Karina Yaeko Bandeira Tanaka – Campo Mourão, 2019.

69 f.: il. color. ; 30 cm.

Orientador: Wyrllen Everson de Souza

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Inovações Tecnológicas, Campo Mourão, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Saúde suplementar. 2. Medicina Preventiva. 3. Medicina da Família. 4. Inovações tecnológicas – Dissertações. I. Souza, Wyrllen Everson de, orient. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Inovações Tecnológicas. III. Título.

CDD (22. ed.) 658.514

Biblioteca da UTFPR - Câmpus Campo Mourão

Bibliotecária/Documentalista:

Andréia Del Conte de Paiva – CRB-9/1525

TERMO DE APROVAÇÃO

DIAGNÓSTICO E PROPOSTA DE MODELO ASSISTENCIAL DE UMA OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DO INTERIOR DO PARANÁ (ESTUDO DE CASO)

Por

KARINA YAEKO BANDEIRA TANAKA

Essa dissertação foi apresentada às 14 horas, do dia 11 de junho de 2019, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Inovações Tecnológicas, Linha de Pesquisa Inovações Tecnológicas em Gestão da Produção e Qualidade, no Programa de Pós-Graduação em Inovações Tecnológicas - PPGIT, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A) candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

Prof. Dr. Wyrllen Everson de Souza (Orientador - PPGIT)

Prof. Dr. Roberto Ribeiro Neli (Membro Interno - PPGIT)

Prof. Dr. Heron de Oliveira do Santos Lima (Membro Externo – UTFPR-CM)

Prof.^a Dr.^a Damiana Guedes Da Silva (Membro Externo – Faculdades Integrado)

RESUMO

TANAKA, K.Y.B. **Diagnóstico e proposta de modelo assistencial de uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná (estudo de caso)**. 2018. 55 páginas. Dissertação Mestrado em Inovações Tecnológicas - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Campo Mourão, 2018.

Os custos assistenciais para os sistemas de saúde suplementar no Brasil têm se elevado cada vez mais, pois o cliente é atendido de forma fragmentada, onde a tecnologia médica é supervalorizada. O próprio beneficiário gerencia a sua saúde, onde ele mesmo determina qual médico especialista irá procurar, ou mesmo qual medicamento irá ingerir. Diante das dificuldades enfrentadas pela saúde suplementar, com a presente pesquisa pretendeu-se sugerir uma proposta de mudança no modelo assistencial atual de uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná, para redução de custos e melhoria na qualidade assistencial, visando a sustentabilidade da mesma. Trata-se de estudo de caso transversal, epidemiológico e descritivo. Foram coletados dados secundários no banco de dados da operadora, referente ao período de 2014 a 2018, foi realizada análise epidemiológica descritiva da carteira total de beneficiários, assim como perfil de utilização dos serviços de saúde e custos assistenciais. Os dados levantados puderam alertar para a tendência que outras operadoras também têm sofrido, como o alto número de idosos na carteira, custos altos nessa faixa etária, assim como maior utilização dos serviços de saúde. Os custos com internação (atenção terciária) são elevados quando comparados com outros serviços. O índice de sinistralidade da operadora também é preocupante, pois representa que suas despesas estão próximas a superarem suas receitas. O modelo assistencial proposto foi uma combinação entre duas metodologias encontradas na literatura: Atenção Primária em Saúde – APS e Estratégia Saúde da Família – ESF, onde utilizam-se quatro principais pilares: acesso, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado por equipe multiprofissional com médico de família e comunidade, e também monitoramento da saúde dos beneficiários na proximidade de seu contexto social, sanitário e familiar, utilizando as visitas domiciliares para contato constante e gerenciamento programado. Portanto, atingiu-se os objetivos estipulados na presente pesquisa. Ressaltou-se que caberá aos gestores da operadora a tomada de decisão posterior para adoção do modelo sugerido.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Promoção de saúde. Prevenção de doenças. Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

TANAKA, K.Y.B. **Diagnosis and proposal to model of a health plan operator in the interior of Paraná (case study)**. 2018. 55 pages. Master Dissertation in Technological Innovations - Federal Technological University of Paraná. Campo Mourão, 2018.

The care costs for supplementary health care systems in Brazil have been increasing, since the client is treated in a fragmented way, where medical technology is overvalued. The beneficiary himself manages his health, where he himself determines which medical specialist he will look for, or even which medicine he will ingest. In view of the difficulties faced by supplementary health, the present research aimed to suggest a proposal to change the current care model of a health plan operator in the interior of Paraná, to reduce costs and improve care quality, aiming at its sustainability. It is a cross-sectional, epidemiological and descriptive case study. Secondary data were collected in the operator's database for the period from 2014 to 2018, a descriptive epidemiological analysis of the total portfolio of beneficiaries was performed, as well as the profile of the use of health services and healthcare costs. The data collected could alert to the trend that other operators have also suffered, such as the high number of elderly in the portfolio, high costs in this age group, as well as greater use of health services. The costs of hospitalization (tertiary care) are high when compared to other services. The operator's loss ratio is also worrying, as it represents that its expenses are close to exceeding its revenues. The proposed assistance model was a combination of two methodologies found in the literature: Primary Health Care - PHC and Family Health Strategy - FHS, where four main pillars are used: access, longitudinality, completeness and coordination of care by multiprofessional team with family doctor and community, as well as monitoring the health of beneficiaries in the proximity of their social, health and family context, using home visits for constant contact and programmed management. Therefore, the objectives stipulated in the present research were reached. It was emphasized that it will be up to the operator managers to make a later decision to adopt the suggested model.

Keywords: Supplementary health. Health promotion. Prevention of diseases. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTAS DE TABELAS

- Tabela 1** - Distribuição em percentual por faixa etária da carteira total de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018. **35**
- Tabela 2** - Custo médio anual por beneficiário segundo o gênero e a faixa etária de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018. **35**
- Tabela 3** - Proporção média na quantidade eventos utilizados/realizados anualmente pelos beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo o gênero e a faixa etária, no período de 2014 a 2018..... **37**
- Tabela 4** - Proporção média no custo assistencial total médio anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo o gênero e a faixa etária, no período de 2014 a 2018..... **38**
- Tabela 5** - Representatividade no custo assistencial total médio anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo a faixa etária, no período de 2014 a 2018. **39**
- Tabela 6** - Proporção no custo assistencial total e na quantidade de eventos anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo a faixa etária por tipo de serviço utilizado, no período de 2014 a 2018. **40**
- Tabela 7** - Quantidade média de eventos por tipo de serviço utilizado, quantidade média de pessoas que utilizaram os serviços de saúde e quantidade média de eventos por pessoa, de uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018..... **42**
- Tabela 8** - Proporção por tipo de serviço no custo total e na quantidade total de eventos anual realizados por uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018..... **43**
- Tabela 9** - Quantidade e representatividade média anual por doença crônica não transmissível na quantidade total anual de uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018. **45**
- Tabela 10** - Recursos materiais necessários para a proposta de mudança no modelo assistencial, em uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná **57**
- Tabela 11** - Recursos humanos necessários para a proposta de mudança no modelo assistencial, em uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná. **57**
- Tabela 12** - Custos fixos previstos para a proposta de mudança no modelo assistencial, em uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná..... **58**
- Tabela 13** - Cronograma de implantação do novo modelo de atenção à saúde **58**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Objetivos	11
1.1.1 Objetivo geral	11
1.1.2 Objetivos específicos	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Cenário da Saúde Suplementar Brasileira	13
2.2 Custos Assistenciais e Sinistralidade	16
2.3 Estudo Epidemiológico	18
2.4 Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNTs)	18
2.5 Redes de Atenção à Saúde e Metodologias Assistenciais	21
2.5.1 Sistemas de saúde baseados em atenção integral	22
2.5.1.1 Atenção primária à saúde - APS	25
2.5.1.2 Estratégia saúde da família - ESF	27
3 METODOLOGIA	31
3.1 Material	31
3.2 Métodos	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Perfil Epidemiológico	34
4.2 Perfil de Utilização dos Serviços de Saúde	41
4.3 Doenças Crônicas não Transmissíveis	44
4.4 Custos Assistenciais	47
4.5 Proposta de Mudança do Modelo Assistencial	49
4.5.1 Modelo misto proposto APS/ESF	49
4.5.1.1 ESF – Estratégia Saúde da Família	50
4.5.1.2 APS – Atenção Primária à Saúde	51
4.5.2 Fluxogramas de percurso do paciente	53
4.5.3 Recursos	55
4.5.3.1 Recursos materiais	56

4.5.3.2 Recursos humanos.....	56
4.5.3.3 Custos fixos	57
4.5.4 Cronograma de ações para implantação	58
4.5.5 Resultados esperados com o novo modelo assistencial	59
5 CONCLUSÃO	61
6 REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

A situação de saúde no Brasil revela que o quadro epidemiológico sofre interferência das mudanças demográficas, nos padrões de consumo e nos estilos de vida da população como a urbanização acelerada. Observa-se o aumento da expectativa de vida, com isso a população idosa vem aumentando e, conseqüentemente, as doenças crônicas e infecciosas também (BRASIL, 2011).

A principal causa de mortalidade e morbidade no país, são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que geralmente possuem desenvolvimento lento e efeitos a longo prazo difíceis de prevenir e tratar. Os custos com as DCNTs sobem exponencialmente a cada ano, preocupando as organizações de saúde, pois tem onerado cada vez mais o sistema público e privado de saúde do Brasil. (BRASIL, 2009).

No Sistema de Saúde Suplementar, o modelo de atenção construído foi aquele centrado na assistência médico-hospitalar especializada e com inserção de novas tecnologias, tornando-se um modelo caro e pouco eficiente. Atualmente, as operadoras de planos de saúde buscam a redução dos custos assistenciais, porém com um modelo de alto custo (BRASIL, 2009).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador das operadoras de planos de saúde, tem incentivado a mudança do Modelo de Atenção à Saúde que adota práticas cuidadoras e integrais. Com este objetivo, o setor se tornará um sistema produtor de ações de saúde nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos beneficiários, estabelecendo o binômio profissional de saúde-cliente/paciente/beneficiário e, também, garantindo a responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus clientes (BRASIL, 2009).

O alto custo assistencial gerado pelo modelo mecanicista centrado na doença, exigiu da ANS a dedicação para que as operadoras revejam suas atividades e construam modelo assistencial qualificado se tornando responsáveis pelo processo saúde-doença dos beneficiários atendidos. Além de promover atenção integral e humanizada, conseqüentemente reduzindo os gastos assistenciais desnecessários (RODRIGUES, 2013).

Os beneficiários da saúde suplementar são atendidos por demanda espontânea, quando sentem a necessidade devido ao aparecimento de algum sintoma, procuram os serviços credenciados pela operadora. Por isso os custos com consultas médicas de especialistas, exames, internações e cirurgias aumentam significativamente, e muitas vezes não resolvem os problemas de saúde dos clientes. As ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças ainda são muito insipientes no ramo (BRASIL, 2009).

Segundo Malta et al. (2004), o modelo de assistência à saúde atualmente praticado pela saúde suplementar, representa custo extremamente elevado, pois é centralizado no médico como produtor de prescrições e procedimentos, gastando-se muito com exames, órteses e próteses e medicamentos de alto custo. A assistência não considera o processo saúde-doença nos âmbitos sociais, ambientais e subjetivos, e sim somente a questão biológica. As intervenções são isoladas e fragmentadas nos profissionais ou estabelecimentos de saúde, gerando insatisfação do usuário e ineficiência assistencial.

Os estudos epidemiológicos descritivos pretendem determinar a presença e distribuição de doenças ou condições de saúde, conforme o tempo, lugar e/ou características dos indivíduos. Respondendo ao seguinte questionamento: quando, onde e quem adoece em determinada população? Na pesquisa epidemiológica descritiva pode-se utilizar dados secundários (pré-existentes em um banco de dados), e/ou dados primários (coletados especificamente para o estudo em questão) (COSTA e BARRETO, 2003).

O modelo assistencial focado na promoção da saúde e prevenção de doenças, deve ser priorizado, alguns autores citam que é a única saída para a sustentabilidade da saúde suplementar do país. Nesse contexto, é imprescindível que as operadoras tenham conhecimento e atualizem-se quanto ao perfil epidemiológico e demográfico da sua população, a fim de planejar as ações baseando-se nas condições domiciliares e nas necessidades de saúde dos beneficiários que estão na área de abrangência.

Os custos assistenciais para os sistemas de saúde no Brasil têm se elevado cada vez mais, pois não possuem uma assistência primária, secundária e terciária adequadas para que o paciente seja atendido de forma holística e integral. O cliente é

atendido de forma fragmentada, onde a tecnologia médica é supervalorizada, mas não se consegue sanar a superlotação dos hospitais e os atendimentos desnecessários. O próprio beneficiário gerencia a sua saúde, onde ele mesmo determina qual médico especialista irá procurar, ou mesmo qual medicamento irá ingerir.

Conhecer o perfil e comportamento dos clientes, permite medir a efetividade dos tratamentos médicos e calcular a relação entre os resultados obtidos e os custos demandados. Com isso, as informações sobre a carteira de beneficiários passam a ser estratégicas para orientar a tomada de decisões por parte das lideranças dos planos de saúde.

A cooperativa médica estudada não possui metodologia de análise de perfil de saúde implantada, somente detêm dados epidemiológicos básicos (idade, gênero) de utilização (consultas, exames, internações, etc.), relacionados à contratação do plano, doenças conforme CID (Classificação Internacional de Doenças). Portanto, os dados não são compilados para gerar a informação do perfil de saúde, epidemiológico e demográfico, dificultando a tomada de decisão dos gestores quanto às necessidades de ações de saúde.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Propor modelo assistencial para uma operadora de planos de saúde baseado nas metodologias APS – Atenção Primária em Saúde e ESF – Estratégia Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos específicos

Pesquisar acerca dos assuntos pertinentes à pesquisa, para embasamento teórico;

Realizar levantamento de dados epidemiológicos e de utilização dos clientes atendidos pela operadora de planos de saúde referente ao período de 2014 a 2018;

Analisar os dados levantados formatando um perfil da carteira de clientes da operadora;

Buscar metodologias existentes de atenção à saúde primária no Brasil;
Sugerir modelo assistencial inovador para ser implantado na operadora baseado na gestão mista das metodologias APS – Atenção Primária em Saúde e ESF – Estratégia Saúde da Família.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cenário da Saúde Suplementar Brasileira

Em 03 de junho de 1998, passou a vigorar a Lei nº 9.656, que representou um marco nacional para a regulação do setor de saúde suplementar, pois dispôs sobre o funcionamento dos planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL, 1998). Menos de dois anos depois, em 28 de janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão regulador, normatizador, controlador e fiscalizador das ações de garantia à assistência suplementar de saúde, vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A Agência possui autonomia administrativa e financeira, assim como autonomia para a tomada de decisão, e foi criada com a finalidade de atuar na defesa do interesse público na Saúde Suplementar, dessa forma regulando as operadoras de planos de saúde no cerne de suas relações com beneficiários/clientes e prestadores assistenciais, com o objetivo de contribuir para as ações de saúde no Brasil (BRASIL, 2000).

Com a preocupação do perfil epidemiológico da população brasileira, aumento da utilização e dos custos na saúde suplementar e a predominância do modelo hegemônico adotado na assistência à saúde, a ANS promoveu o primeiro debate em 2004 sobre Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças (PROMOPREV). Em 23 de março do ano seguinte, foi publicada a Resolução Normativa (RN) nº 94, que dispôs sobre incentivos financeiros para as operadoras que aderirem aos programas de PROMOPREV para seus clientes (BRASIL, 2005).

Em dezembro do ano de 2010, a Agência publicou outra medida importante no incentivo das operadoras na implantação de ações de promoção e prevenção na Instrução Normativa (IN) nº 10, que incluiu ao Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), pontuação extra para aquelas que possuem programas de PROMOPREV aprovados pela agência, onde receberiam 10% de bonificação no índice (BRASIL, 2010). No ano seguinte, a ANS também dispôs por meio de outra IN (nº 11 de

11 de dezembro de 2011), o incentivo específico para programas de atenção ao idoso, representando uma bonificação de 15% (BRASIL, 2011).

No ano de 2006, a agência reguladora lançou a primeira edição do Manual que trouxe um suporte técnico científico para as operadoras de planos de saúde na constituição de programas de atenção à saúde. O Manual Técnico para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar dispôs ações referenciadas nas áreas de atenção: saúde infantil, adolescência, fase adulta, idoso, mulher, além da saúde bucal e mental. No decorrer dos anos, a ANS revisou e atualizou o manual, sua última e 4ª (quarta) edição foi publicada em 2011 (BRASIL, 2011).

Outro marco nesse ramo da saúde nacional, que reafirmou o novo perfil de assistência à saúde que a ANS tem estimulado das operadoras de planos de saúde, foi a adesão da autarquia ao Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. O comitê citado formulou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período de 2011-2022. O objetivo geral do documento é promover a implantação de políticas efetivas baseadas em evidências para prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco, fortalecendo os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Em 2012 a agência reguladora publicou a Instrução Normativa (IN) Conjunta nº 7, onde dispõe sobre o cadastro, monitoramento e investimento a serem realizados nos Programas de Atenção à Saúde promovidos pelas operadoras, formalizando as regras dos incentivos contábeis relacionados à promoção dessas ações aos beneficiários (BRASIL, 2012).

A ANS introduziu no sistema de saúde suplementar a discussão sobre a mudança no modelo de atenção à saúde, disseminando diretrizes para induzir as operadoras a desenvolverem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e riscos, contrariando totalmente o modelo atual pautado em ações curativas e na realização excessiva de procedimentos, com alto custo e baixa resolução dos problemas de saúde dos beneficiários (BRASIL, 2009).

A evolução do mercado de saúde suplementar, obrigou as operadoras de planos de saúde a desenvolverem estruturas próprias para prestarem serviços

assistenciais aos clientes, como também credenciando serviços, proporcionando remuneração aos prestadores. Porém é necessária a gestão de custos assistenciais da carteira de beneficiários, pois a evolução da inflação médica obrigou as operadoras de planos de saúde reverem seus modelos de negócio. Ficando evidente que o sistema de pagamento aos prestadores simplesmente pela utilização dos serviços, vem se tornando inviável e representando a insustentabilidade das empresas do ramo (FUNENSEG, 2015).

Os gestores das operadoras de planos de saúde precisam entender a incoerência sofrida entre a oferta e a demanda, onde apenas aumentando a oferta de forma indiscriminada não será solucionado o problema. Por isso é necessário introduzir novas práticas de atenção à saúde, com um método integral, eficiente e equânime, impondo rapidamente a inovação na gestão em saúde de forma concreta e mensurável (BRASIL, 2011).

No estudo realizado por Sá et al. (2013), foi exposto o declínio na taxa de fecundidade nos beneficiários da saúde suplementar brasileira, impactando a sociedade principalmente no que tange a evolução econômica, causando a descontinuidade da força de trabalho, aumentando a população idosa que necessita de mais recursos para manter sua saúde e qualidade de vida favoráveis. No setor de saúde suplementar brasileiro, constatou-se que o envelhecimento é mais agressivo quando comparado com a população brasileira em geral.

No estudo realizado por Ziroldo, Gimenes e Castelo Junior (2013), concluiu-se que a Saúde Suplementar representa uma base sustentável para o sistema nacional de saúde e tornou-se indispensável, pois não poderia assumir os custos assistenciais desse setor no orçamento da União. Porém, não foi identificada política alguma de incentivo governamental às operadoras de planos de saúde, pelo contrário, ainda dificulta a viabilidade econômica através de legislações rigorosas que visam transferir aos poucos o dever de garantir acesso em saúde universal e igualitário para a população.

Clemente (2016), buscou em sua pesquisa levantar as práticas adotadas pelas operadoras de planos de saúde para a sustentabilidade econômico financeira das mesmas. Ao comparar as operadoras no quesito despesas assistenciais, verificou-se

que as empresas que adotavam programas de promoção de saúde e prevenção de doenças apresentavam maior eficiência no controle dos custos assistenciais, quando comparadas àquelas que não praticavam tais políticas.

2.2 Custos Assistenciais e Sinistralidade

A agência reguladora vem divulgando queda do número de operadoras de planos de saúde no país. No ano 2000 haviam 2004 operadoras, já no primeiro trimestre de 2017 o sistema foi fechado com o total de 920 operadoras, sendo que desse montante apenas 780 operadoras estavam efetivamente ativas com clientes cadastrados em seus planos de saúde. Nas operadoras de planos odontológicos a tendência de redução mantém-se da mesma forma (BRASIL, 2017).

A variação negativa do PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro que ocorria desde o início do ano de 2015 e cessando no segundo trimestre de 2017, está diretamente relacionada à redução do número de beneficiários que adquirem planos novos de saúde, portanto também se manteve negativa, dessa forma constatou-se que a retração econômica representa menor número de vendas de planos para a população em geral (BRASIL,2017).

O índice de trabalhadores com trabalho formal também está diretamente associado com a quantidade de beneficiários que utilizam a saúde suplementar, segundo a ANS, desde o ano de 2010, esse índice apresentava queda, mas a partir de junho de 2017 se manteve estável, porém o número de beneficiários novos em planos de saúde ainda se manteve negativo (BRASIL,2017).

Barbosa Filho (2017) destacou em sua pesquisa que, em 2011 o Brasil aderiu à NME (Nova Matriz Econômica), onde incorporou políticas econômicas que se basearam em redução da taxa de juros, elevação de gastos, concessões de subsídios e intervenção nos preços, essas ações geraram redução da capacidade financeira governamental, reduzindo investimentos a partir do ano de 2015. Dessa forma gerou-se uma crise econômica no período de 2014/2017 devido à incapacidade de crescimento da economia, taxa de juros de longo prazo, insegurança e custo fiscal elevado.

Araújo e Silva (2018), concluem em sua pesquisa que a redução na quantidade de operadoras está caminhando para a oligopolização da saúde suplementar, ou seja, pouca oferta e muita demanda no mercado, pois a taxa de cobertura tem aumentado, com aberturas de serviços de saúde como clínicas e hospitais. Citam-se também que as exigências da ANS podem estar contribuindo para essa diminuição, portanto as dificuldades regulatórias para se manterem no mercado têm aumentado, enquanto a margem de lucro vem reduzindo.

Segundo a ANS, a taxa de sinistralidade é utilizada para avaliar a relação entre receitas e despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde. Observou-se que essa taxa em operadoras no segmento médico-hospitalar é o dobro daquelas do segmento exclusivamente odontológico (BRASIL, 2017).

Ao analisar em sua pesquisa a taxa de sinistralidade das operadoras de planos de saúde de 2003 a 2014, Araújo e Silva (2018), concluíram que esse aumento constante representa riscos para a sobrevivência das operadoras existentes e ameaça às novas que tentam entrar no mercado da saúde suplementar. Complementaram que, a agência reguladora tem vigiado fortemente as operadoras, colocando em risco também a relação entre clientes e prestadores de serviço.

2.3 Estudo Epidemiológico

A epidemiologia é o estudo de uma população, ciência fundamental no setor saúde direcionada para a análise e compreensão do processo saúde-doença no que tangem as coletividades (sociedades, populações, comunidades, classes sociais, entre outros), e representa papel importante na contribuição de desenvolvimento de políticas, assim como em ações de promoção e proteção à saúde (EDUFMA, 2017).

A metodologia de pesquisa que possui enfoque epidemiológico consiste em: observar os eventos de saúde-doença da população; determinar as frequências e distribuições dos achados; além de elencar as ações apropriadas. Dessa forma, a epidemiologia também permite a avaliação da efetividade e do impacto das ações de saúde instituídas, com o objetivo de reformular as intervenções a fim de alcançar melhores resultados na saúde dos indivíduos (BRASIL, 2011).

O Brasil está em momento de transição epidemiológica onde destaca-se as doenças crônico-degenerativas contrastando com as patologias transmissíveis. Compreender esse período e acompanhar os levantamentos de saúde no país, se faz importante para a compreensão e determinação de perfis epidemiológicos, investigando e acompanhando de maneira proativa as mudanças de saúde da população, no intuito de propor ações assertivas para controle das causas de doenças e agravos (EDUFMA, 2017).

A partir de um levantamento epidemiológico, permite-se planejamento e estruturação de um serviço de saúde, adotando modelos assistenciais voltados para a real necessidade da população. A epidemiologia também pode ser empregada com o objetivo de descrever melhor alguns quadros clínicos, identificar doenças sindrômicas e avaliar os serviços e tecnologias adotadas na assistência em saúde (GOMES, 2015).

2.4 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), estão entre as principais causas de morte no mundo, responsáveis pela má qualidade de vida e limitação nas atividades de vida diária (AVDs), causando impacto econômico desastroso para a sociedade (BRASIL, 2013).

São exemplos de DCNTs: doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doenças crônico-degenerativas. Devido ao aumento das taxas de sobrevivência, nessa classificação também se incluíram muitos tipos de câncer, HIV/Aids, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas. A maioria das DCNTs não tem cura, mas todas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e outros hábitos saudáveis, prática de exercícios físicos e acesso a tratamento adequado e oportuno (BRASIL, 2016).

As condições crônicas necessitam de uma ação complexa e a longo prazo, gerenciada por equipe multiprofissional com acessibilidade garantida a medicamentos e tecnologias adequadas, estímulos para adesão ao tratamento proposto e assistência social. Porém a saúde suplementar ainda está, em sua maioria, pautada na resolução

de casos agudos. Portanto, o gerenciamento das doenças crônicas é a cada ano mais exaltada entre gestores e pesquisadores no mundo, buscando estratégias de combate a esses agravos (BRASIL, 2016).

O envelhecimento da população atendida, altera o perfil da demanda pelas ações de saúde. Além de modificar o padrão predominante de patologias infectocontagiosas para crônico-degenerativas, representando o aumento dos custos assistenciais. Portanto, é irrefutável que as operadoras de planos de saúde implantem ações para a mitigação dos riscos e danos causados pela transição demográfica e epidemiológica de sua carteira de clientes (SÁ et al., 2013).

Porém, há ainda o desafio em conquistar investimentos na saúde suplementar para a implantação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, com objetivo de reduzir as consequências relacionadas ao envelhecimento populacional. Dessa forma, é recomendado que as operadoras adotem práticas de gerenciamento dos riscos (SÁ et al., 2013).

No estudo realizado por Veras et al. (2008), ressaltou-se a necessidade da discussão e elaboração de políticas de saúde que incentivem a adesão das operadoras de planos de saúde na adoção de modelos de atenção voltados para a desospitalização e o gerenciamento de condições crônicas, é preciso conhecer o perfil epidemiológico da população alvo. O autor ainda destacou que até o ano de 2025, a população idosa predominará no país, e em sua maior quantidade mulheres, que possuem expectativa de vida maior, porém apresentam maior índice de morbidades. Dessa forma, essa população merece ações de saúde específicas de prevenção e promoção.

O Brasil possui controle efetivo das doenças infectocontagiosas e na abordagem das doenças infantis agudas, que são fatores importantes de saúde pública, representando a capacidade do país para o enfrentamento de desafios sistêmicos em saúde. Porém, o perfil epidemiológico atual exige o desenvolvimento de ações capazes de combate à crescente demanda de DCNTs. Essa conclusão ainda é recente, portanto se faz necessário a discussão ampla sobre o tema, assim como a alocação de recursos para as demandas recentes, garantindo o acesso à promoção e prevenção para a população brasileira (DUNCAN et al., 2012).

Duncan et al. (2012) relatou em seu estudo que a mortalidade por doenças crônicas de origem cardiovascular e respiratória está reduzindo, sugerindo que as ações estão sendo implantadas de forma correta. Porém a quantidade de doentes crônicos tende a aumentar a cada ano. O autor ainda cita que as filas do Sistema Único de Saúde – SUS para os pacientes consultarem, realizarem exames e cirurgias representam o déficit do sistema de saúde e demonstram a urgente necessidade da qualificação e ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população, e se a obesidade não for controlada, pode ameaçar diretamente esses avanços de combate às DCTNs.

Rocha-Brischiliari et al. (2014), estudou a associação das DCNTs com fatores de risco relatados por um público-alvo estudado, e concluiu que as DCNTs foram prevalentes nos idosos, que possuem baixa escolaridade e não possuem companheiro(a). Já os fatores de risco encontrados foram tabagismo, obesidade e sobrepeso, e condição de saúde relatada como ruim ou regular pelos indivíduos da amostra. Os participantes que possuíam pele de cor negra também apresentaram associação considerável com as DCNTs, mas em menor significância que os outros fatores citados anteriormente.

A pesquisa realizada por Máximo, Souza e Freitas (2015), teve por objetivo analisar as representações na vida dos participantes revelando aspectos de cuidado de saúde, riscos, promoção e prevenção das DCNTs. Foi possível identificar que a percepção da importância do cuidado relacionado à saúde e o autocuidado são constituídos durante todo o período da vida das pessoas. Aquelas que mais aderem às ações de PROMOPREV tiveram de aprender a realizar o autocuidado e adotar hábitos saudáveis muito cedo, ainda na infância, estando especialmente ligados à influência da figura materna. Portanto, a adesão à qualidade de vida está diretamente relacionada à educação infantil, sendo a base dessa representação.

Os indivíduos do estudo relataram que a alimentação é o hábito central relacionado à promoção da saúde. As representações encontradas diferem-se conforme a faixa etária em que se encontram as pessoas, os autores afirmaram que as experiências vividas por elas influenciam diretamente em seu empoderamento para

tomarem decisões sobre aspectos de vida saudáveis a serem adotados (MÁSSIMO, SOUZA e FREITAS, 2015).

Ainda no mesmo estudo de Mássimo, Souza e Freitas (2015), ao analisar cada faixa etária, foi possível identificar a representação da PROMOPREV na vida dos participantes. Sendo que entre 18 e 30 anos de idade, por mais que não vivenciem alimentação saudável, apontam esse fator como importante, assim como a adoção de atividades físicas regulares, porém relacionam mais ao objetivo de uma aparência estética do que para a prevenção das DCNTs. Já entre 31 e 51 anos de idade, os indivíduos relacionaram a alimentação saudável como o principal fator de prevenção de DCNT, mas consideram uma prática difícil de aderir, pois referiram não conseguirem manter as relações sociais favoráveis com esse hábito. Por fim, na faixa etária maior de 51 anos, relataram que os hábitos de vida são importantes para prevenção e tratamento de doenças.

Outro fator preocupante apontado no artigo de Mássimo, Souza e Freitas (2015), foi que os participantes relataram que o cuidado com a saúde representa ir ao médico regularmente, assim como realizarem exames com certa frequência. Esse posicionamento da população contraria as propostas de promoção de saúde em relação à ideia do autocuidado.

Mássimo, Souza e Freitas (2015) concluem que é preciso a implantação de ações de aprendizado ainda na infância, pois representou a base do cuidado em saúde da população estudada. Além disso, investimentos são primordiais na área de ensino em saúde incorporando a promoção e prevenção na formação dos profissionais, treinando a capacidade de ouvir dos atores envolvidos na assistência, construindo um novo modelo de cuidar como uma prerrogativa em sua formação e não somente como uma opção. O estudo ainda concluiu que é preciso desenvolver ações de PROMOPREV baseadas em redes de corresponsabilização, dessa forma atingindo melhores condições de vida.

Curci et al. (2013) apontou em seu estudo que as DCNTs representam a maior causa de mortalidade mundial, sendo responsáveis por índices elevados de mortes antes do tempo esperado, redução significativa da qualidade de vida com sequelas limitando o trabalho e o lazer das pessoas, e também causam grande impacto

financeiro para a sociedade em geral, aumentando a desigualdade social e a pobreza em geral.

2.5 Redes de Atenção à Saúde e Metodologias Assistenciais

Segundo Mendes (2012), as Redes de Atenção à Saúde (RASs) sejam privadas ou públicas devem ser compostas basicamente por três amplos elementos bem definidos:

1) População-alvo e sua territorialização: para uma RASs funcionar, é preciso que a equipe conheça as pessoas que irá atender por região em que residem, com suas especificidades sanitárias e sociais. É preciso que as famílias sejam cadastradas e acompanhadas por um sistema informatizado. A população deve ser dividida em subgrupos conforme fatores de risco que apresentam e em relação ao estado de saúde em que se encontram. A gestão baseada às necessidades de saúde populacionais é uma aliada importante no combate ao sistema de saúde fragmentado. Segundo o autor a Atenção Primária à Saúde- APS é responsável pelo relacionamento próximo da população com a coordenação do cuidado;

2) Operacionalização da atenção à saúde: este elemento é composto por todo o trajeto assistencial no qual a população deverá ser atendida, contemplando cinco diversas áreas: uma central que se comunica com os pacientes, sendo o APS; os serviços de saúde nos níveis secundários e terciários de atenção; os serviços de apoio, sendo a diagnose e terapia, farmácia, serviço de telemonitoramento e sistema de informação em saúde; os serviços relacionados à logística como regulação da atenção, transportes, registro eletrônico de saúde; o último elemento seria o sistema de governança.

3) Metodologia assistencial utilizada: esse último componente da RAS se trata do modelo de atenção à saúde adotado pelo sistema para organizar as ações e o relacionamento com a população-alvo. Os modelos podem ser diferenciados em atenção às situações agudas e às situações crônicas. O modelo relacionado às condições agudas são aqueles desenhados para tratar as situações de urgência e

emergência da população, e deve-se utilizar metodologia de classificação de riscos para um menor tempo-resposta possível. O modelo para atendimento de condições crônicas é complexo e atinge vários níveis de atenção.

2.5.1 Sistemas de saúde baseados em atenção integral

Em 2011, a ANS publicou a Resolução Normativa nº 265 para dispor sobre a permissão de aplicação de uma bonificação para os beneficiários de planos de saúde que participarem de programas com foco em PROMOPREV, representando um marco importante na mudança de modelo assistencial desse ramo de saúde. (BRASIL, 2011).

Cruz, Caetano e Leite (2010), em seu estudo salientaram que o Brasil enfrenta um desafio urgente e alarmante no setor saúde, exigindo reflexão e reforma imediata. Destacaram que é prioritário que o ramo realize ações multidisciplinares e multisetoriais, focando na formação dos profissionais envolvidos. Elencaram que o paciente idoso deve ser mantido inserido em sua família e na sociedade ativamente e construtivamente, essencial para promover a qualidade de vida garantindo a longevidade saudável.

Os programas de PROMOPREV objetivam monitorar de forma sistêmica e integral a saúde e os riscos de doenças da população-alvo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, considerando que a maioria das DCNTs são passíveis de prevenção (CURCI et al., 2013).

A Agência reguladora das operadoras de planos de saúde vem induzindo as ações de PROMOPREV, considerando as peculiaridades do setor, mas também as diretrizes implantadas pelo Ministério da Saúde. As ações inseridas possuem como objetivo a adesão aos programas de PROMOPREV em um plano de cuidado integral, fazendo ligação também com as outras complexidades de serviços de saúde, qualificando a gestão no ramo saúde e melhorando a qualidade de vida dessa população (CURCI et al., 2013).

Curci et al. (2013) analisou os programas de PROMOPREV inscritos na ANS, onde apresentam foco em incentivo na prática de atividade física, educação alimentar e prevenção de uso de tabaco, assim como programas específicos voltados para

prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), câncer, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e obesidade.

Os programas de atenção à saúde específicos para a saúde do idoso também foi destaque no estudo de Curci et al .(2013), e foi possível identificar os principais resultados alcançados pelos mesmos: implementação de hábitos de vida saudáveis (atividade física e alimentação por exemplo); melhoria da funcionalidade do idoso; adesão maior a exames preventivos para tratamento precoce de câncer; redução dos índices de internação hospitalar relacionado às condições crônicas; alteração do ambiente domiciliar para reduzir riscos de quedas; retorno econômico-financeiro para as operadoras.

Em 2008, o Ministério da Saúde organizou uma pesquisa científica denominada Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel, que utilizou um questionário estruturado com perguntas que abordavam avaliação do peso, atividade física, alimentação, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, diabetes e hipertensão arterial na população brasileira adulta, usuária do Sistema Público e Suplementar do Brasil. Do total de entrevistas realizadas pelo Vigitel, 41,8% correspondiam a clientes da saúde suplementar. Essa pesquisa sistêmica possibilitou a identificação dos fatores de risco para DCNTs assim como os fatores de proteção para o desenvolvimento das mesmas, de acordo com os dados demográficos da população (BRASIL, 2009).

A Vigitel identificou maior taxa de obesidade e sobrepeso nos usuários da saúde suplementar do que na população estudada em geral, porém relataram melhores hábitos alimentares. Já a prática de atividade física foi semelhante nas duas populações. Os beneficiários da saúde suplementar estudados referiram ter uma saúde ruim em menor índice do que a população em geral. Quando analisada a frequência na realização de mamografia e exame de citologia oncótica (detecção de câncer de colo uterino), o índice das beneficiárias das operadoras de planos de saúde foi maior do que nas mulheres em geral do estudo. Em relação aos exames de detecção precoce de câncer, pode estar relacionada ao acesso dos serviços privados de saúde no país ser mais fácil do que na saúde pública (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, onde redefiniram os princípios do sistema, sendo eles: universalidade: permitir às pessoas acesso aos serviços de saúde resolutivos e qualificados; equidade: atender os pacientes conforme as necessidades individuais respeitando as diversidades; integralidade: assistir as pessoas em todos os âmbitos, desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamentos até a reabilitação, além do estímulo ao autocuidado (BRASIL, 2017).

As Diretrizes do SUS também foram realinhadas através da mesma Portaria, sendo as principais: regionalização e hierarquização: composição das redes de atenção à saúde em determinadas localidades do país com fluxos e referências pré-definidos; territorialização e adstrição: considera a coletividade e a região para analisar os condicionantes da saúde de cada população; população adstrita: grupo de pessoas que localiza-se na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, estimulando o vínculo entre os profissionais de saúde e a população, garantindo a longitudinalidade das ações. Nesse contexto ainda são citadas duas outras definições importantes: cuidado centrado na pessoa: determina o desenvolvimento de ações em saúde de maneira individualizada, considerando um cuidado mais efetivo com o objetivo de atingir a maior independência possível, levando em conta a família e comunidade em que a mesma está inserida; resolutividade: estimula a efetividade das ações em tempo hábil, ampliando a autonomia e utilizando intervenções clínicas e sanitárias de qualidade aos indivíduos, resolvendo os problemas de saúde e coordenando o cuidado; longitudinalidade do cuidado: assistência em saúde contínua com responsabilidades compartilhadas entre equipes de saúde e usuários de forma permanente; coordenar o cuidado: atuação em conjunto com toda a rede de saúde, para fornecer ações em saúde nos vários pontos de atenção, organizando os fluxos de atendimento, de maneira contínua e integral, gerenciando todos os níveis de atenção (BRASIL, 2017).

2.5.1.1 Atenção primária em saúde - APS

A Atenção Primária à Saúde – APS, possui alguns atributos principais para atuar no âmbito da saúde pública, entre eles estão: atenção no primeiro contato com o paciente, ou seja, o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde necessários; longitudinalidade da assistência; atendimento integral; coordenação do cuidado; orientação da família e da comunidade e papel cultural (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Nas literaturas analisadas, a APS representa o primeiro contato com a pessoa que necessita de um atendimento em saúde, portanto é a porta de entrada do sistema de saúde do país. Nesse nível de atenção o fácil acesso e as resoluções dos problemas de saúde devem ser eficazes. Para que ocorra melhor acessibilidade, é preciso adotar métodos de contato com o paciente através de equipe multidisciplinar, planejando as ações necessárias em conjunto (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

O atributo longitudinalidade satisfaz uma metodologia de acompanhamento contínuo e permanente com uma determinada equipe multidisciplinar, contribuindo dessa forma para maior assertividade dos tratamentos, reduzindo exames, procedimentos complexos e consultas especializadas desnecessárias. Para alcançar a longitudinalidade da assistência é preciso adotar na prática o acolhimento, criando vínculo entre os profissionais e usuários. Sendo que a comunicação assertiva contribui para o cuidado efetivo e contínuo, favorecendo a implantação das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

O comprometimento dos profissionais de saúde nesse modelo de atenção é essencial, sendo necessário o desenvolvimento de ações específicas que atendam às necessidades da população atendida, utilizando as ferramentas de falar, ouvir, criar um vínculo e negociar, promovendo também a responsabilização e o autocuidado (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

O cuidado integral é um dos atributos da APS que garante o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, que se caracterizam basicamente pelas tecnologias utilizadas em cada um. Dessa forma, faz-se necessário a garantia de uma Rede de Atenção completa, contemplando todas as complexidades, onde todos os serviços precisam ser integrados satisfazendo um plano de cuidados completo para o usuário. A

integralidade contempla a abordagem da pessoa e de sua família, considerando o contexto social no qual está inserido (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A coordenação do cuidado é uma importante dimensão da atenção, pois a cada dia é mais comum aqueles indivíduos que sofrem de várias enfermidades ou necessidades de saúde e acabam gerenciando seu próprio cuidado, procurando especialidades diferentes e muitas vezes níveis de atenção inadequados. O sistema de saúde especializado não consegue tratar de forma adequada as necessidades de saúde da população, por adotar um caráter de atenção mais fragmentado. A assistência em nível inadequado pode representar além do não atendimento das necessidades, tratamentos desnecessários, ações duplicadas e excesso de medicalização na população (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Pereira et al. (2012), evidenciaram que os estudos têm indicado um caminho de mudança nos sistemas de saúde rumo à universalização mostrando a inevitável necessidade de tornar a APS eficaz e abrangente. O modelo de sistema de saúde organizado e integral baseado em promoção de saúde e prevenção de doenças, utilizando a intersetorialidade e o contexto comunitário, deve ser compreendido como o principal eixo de uma organização de saúde, contemplando o planejamento de ações e controle perante os serviços que compõem a rede.

No Brasil a APS deve contemplar uma abrangência completa, sendo coordenadora de toda a rede de atenção à saúde de maneira integral, construindo vínculo entre os usuários e os trabalhadores de saúde, garantindo a intersetorialidade e a adesão da comunidade (PEREIRA et al., 2012).

Heimann et al. (2011) afirmaram em seu estudo que APS é uma estratégia para alcance de um sistema de saúde integral e universal, e seus pontos fortes consistem em facilidade de acesso, cobertura assistencial com integralidade. E, ainda, se faz importante na implantação de ações de prevenção e promoção; conhecimento das especificidades locais e regionais, com estabelecimento de vínculo com a comunidade.

A literatura aponta uma APS abrangente, porém Heimann et al. (2011) discordou informando que na realidade, geralmente esse modelo resume-se somente em uma porta de entrada na RAS, contrariando os materiais produzidos. Identificou-se também que a APS ideal precisa considerar a organização da RAS conforme as

necessidades de cada população atendida, além de definir o papel de cada profissional e de cada gestor como regulador da RAS de forma eficaz.

Cubas et al. (2017), demonstraram em seu estudo, os indicadores utilizados por serviços de APS para avaliação de atributos da metodologia como acesso, coordenação do cuidado, longitudinalidade e orientação considerando o núcleo familiar. Os indicadores mais importantes considerados foram aqueles que puderam avaliar a percepção do usuário, o aumento da disponibilidade de serviços, a educação dos profissionais e a comunicação com a população.

2.5.1.2 Estratégia saúde da família - ESF

Os sistemas de saúde em seus vários níveis de atenção se deparam diariamente com uma tendência para a fragmentação do cuidado, para isso uma das ações do Ministério da Saúde é a Estratégia Saúde da Família – ESF, como forma de reorganizar a APS do sistema público de saúde representando importante metodologia assistencial para alcançarem a universalização, longitudinalidade, integralidade e equidade das ações (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 estabeleceu que a ESF é prioridade de atenção à saúde, pois potencializa o processo de trabalho e tem maior impacto nas ações de saúde individuais e coletivas, promovendo a resolutividade em melhor custo-efetividade. Determinou também que a Equipe Saúde da Família é composta por pelo menos médico (de preferência especialista em Medicina da Família e Comunidade), enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Recomenda-se o número máximo de usuários por ACS de 750 (BRASIL, 2017).

A ESF consiste em um método de identificação das necessidades em saúde da população operacionalizadas por profissionais de saúde que criam vínculo com os indivíduos por meio da territorialização e inserção na comunidade. A proposta é que esse nível de atenção enfoque na família no âmbito físico e social que estará inserida, sendo inevitável que os profissionais conheçam os hábitos de vida dos pacientes atendidos, contribuindo para que tenham visão holística dos mesmos, considerando

ações de saúde mais amplas do que as puramente curativas. Para isso, é preciso disponibilizar para as equipes tecnologia compatível e recursos adequados para exercerem suas funções (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

O estudo realizado por Alves, Ugá e Portela (2016) explorou as ações de PROMOPREV relacionadas especificamente em doenças cardiovasculares e a utilização de serviços de saúde como consultas, exames e internações, assim como analisou os custos assistenciais dos beneficiários da operadora de planos de saúde que implantou o ESF – Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção.

Ocorreu decréscimo na quantidade de exames e procedimentos realizados por paciente e no custo médio por indivíduo assistido nas duas capitais onde a operadora de planos de saúde atuava no ano de 2007 quando comparado com os anos anteriores. Esses resultados podem estar relacionados com a adesão à metodologia de gestão clínica contribuindo com a fiscalização de utilizações desnecessárias; além do fato de que a realização dos exames e procedimentos pela população-alvo poderia estar em período de monitoramento ideal, representando intervalos maiores na necessidade de realização dos mesmos (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

A redução dos custos assistenciais que tem sido buscada pelas operadoras de planos de saúde por meio dos Programas de PROMOPREV e também precisa estar atrelada às diretrizes de saúde aplicadas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde oferecida (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

Os autores afirmam que as diretrizes que devem nortear as ações de saúde e a mudança no modelo de atenção à saúde nas operadoras precisam estar embasadas na responsabilização do beneficiário no autocuidado, na utilização dos serviços baseada nas necessidades reais de saúde, na contratação de equipes multidisciplinares e no monitoramento da qualidade assistencial prestada. Destacou-se também a relevância em agregar as políticas implantadas pelo Ministério da Saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população-alvo (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

O estudo realizado por Barbosa, Celino e Costa (2015) analisou as ações realizadas por uma operadora de planos de saúde que adotou a metodologia da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde como modelo de atenção assistencial, por meio dos relatos dos profissionais de saúde atuantes.

Na questão estrutural adotada pela ESF da operadora, utilizam a quantidade máxima de beneficiários por equipe composta por um médico e um técnico de enfermagem de mil e duzentos. A divisão dos pacientes por equipe é conforme a localização geográfica de residência dos mesmos, mas também tentam manter uma homogeneidade entre os públicos-alvo das equipes, e os idosos possuem preferência no cadastramento à ESF. Essa vinculação de uma equipe específica para determinada população proporciona o vínculo necessário fidelizando melhor o cliente à Estratégia (BARBOSA, CELINO e COSTA, 2015).

A implantação da ESF propõe medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, indo em direção contrária ao modelo de atenção à saúde predominante no país centrado na medicina prescritiva. Os autores identificaram que, apesar da metodologia ter sido utilizada de um programa já existente na saúde pública, foi preciso customizar algumas necessidades convenientes para o perfil de beneficiários da saúde suplementar (BARBOSA, CELINO e COSTA, 2015).

A operadora que implantou a ESF optou por priorizar públicos específicos que necessitavam de maior atenção e monitoramento, oferecendo a eles uma atenção integral através de equipe de saúde multidisciplinar. Dessa forma, a implantação de critérios de adesão garante a eficácia da ESF nesse ramo, reduzindo os custos assistenciais diretamente ligados às doenças evitáveis, e contribuindo para a promoção de uma melhor qualidade de vida desses usuários (BARBOSA, CELINO e COSTA, 2015).

A atenção integral fornecida ao beneficiário é fruto da atuação de cada profissional da equipe, por isso faz-se necessário a coesão entre eles e o entendimento das diretrizes e metodologia adotada pela ESF, estando diretamente ligado ao sucesso da assistência em saúde, para promover a autonomia do beneficiário (BARBOSA, CELINO e COSTA, 2015).

No estudo de caso realizado por Reis e Püschel (2009), foi possível identificar os aspectos que permeiam a implantação da ESF na Saúde Suplementar em uma grande capital brasileira, baseados nos relatos dos profissionais das equipes multidisciplinares atuantes no modelo. O modelo voltado para atenção integral à saúde se baseia em promoção da saúde e prevenção de doenças através das equipes e um

dos objetivos é a redução dos custos assistenciais. Destacou-se a importância da formação adequada dos profissionais, assim como a educação permanente na metodologia, visto que o modelo ainda persistente no país é aquele curativo.

Percebeu-se que nenhuma operadora de planos de saúde será sustentável por um longo período se continuar utilizando o modelo apenas baseado no consumo dos serviços de saúde. É preciso investir em estrutura, organização, pessoal qualificado e também em questões políticas para conquista da população para o modelo ideal de atenção integral da saúde. Por isso, sugere-se que somente uma ação em conjunto com diversos setores de ensino, gestão e regulação poderá sustentar essa mudança da metodologia assistencial, ideal para a população e também para o sistema de saúde suplementar (REIS e PÜSCHEL, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 Material

Realizou-se coleta de dados secundários referente ao período de 2014 a 2018 (já existentes no banco de dados) de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná pertencente à modalidade cooperativa médica. Os dados foram cedidos pela própria empresa no intuito de mapear a população estudada, entre eles: sexo, faixa etária, utilização do plano (consultas, exames, internações, atendimentos ambulatoriais), custo assistencial e doenças crônicas.

O software que gerou os dados foi o QlikView versão 11, no qual foi adquirido pela empresa para análise de dados de seu sistema de gestão. Em seguida os dados foram agrupados em planilhas no programa Microsoft Office Excel versão 2016.

Foram utilizados métodos de cálculo de média, porcentagem para avaliar a representatividade comparada com um total e custo médio.

3.2 Métodos

Trata-se de estudo de caso transversal, epidemiológico descritivo desenvolvido em uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná.

O desenvolvimento de um estudo epidemiológico envolve, pelo menos, as seguintes etapas:

1. definição dos objetivos; 2. escolha do delineamento adequado, segundo a viabilidade do estudo e os recursos disponíveis; 3. identificação da população de estudo; 4. planejamento e condução da pesquisa; 5. coleta, análise e interpretação dos dados; e 6. divulgação dos resultados. (COSTA e BARRETO, 2003, p. 199).

No momento da pesquisa haviam 27.086 beneficiários na carteira de clientes, e foi considerado o período de 2014 a 2018 para análise de dados secundários pregressos.

Identificou-se que os dados disponíveis no software QlikView versão 11 para definição do perfil epidemiológico da carteira de clientes da operadora estudada eram:

três faixas etárias (0 a 17 anos; 18 a 59 anos; mais de 60 anos) e dois gêneros (feminino e masculino).

Já os dados disponibilizados pela operadora quanto à utilização do plano pelos clientes foi mais abrangente, sendo possível identificar na pesquisa: os custos e quantidade de eventos utilizados (por exemplo: internação, exame, consulta, etc.) por beneficiário por idade e gênero, comparando qual perfil custa mais para a operadora e utiliza mais os serviços de saúde; em relação à utilização dos serviços também identificou-se quais os tipos de serviço de saúde mais utilizados conforme as faixas etárias, além de qual serviço mais custa para a operadora anualmente.

Quando verificado no software da cooperativa em relação às doenças crônicas não transmissíveis, concluiu-se que a quantidade mostrada pode não ser real, pois o sistema baseia-se na CID 10 (Classificação Internacional de Doenças), onde identifica-se a patologia somente se algum médico registrar durante o atendimento do paciente o código específico, procedimento este que não é obrigatório, portanto de difícil identificação. Porém a presente pesquisa conseguiu determinar o custo médio de cada paciente conforme as DCNTs.

No sistema da singular estudada, determinou-se a taxa de sinistralidade anual da mesma, ou seja, a porcentagem que representa a relação das receitas menos as despesas com a assistência em saúde da população atendida.

Após formatadas as tabelas com os dados levantados, realizou-se pesquisa na literatura científica existente para discussão de cada informação gerada.

Analisou-se durante o levantamento literário, as práticas assistenciais em nível primário de atenção à saúde já existentes no país, dessa forma foi possível construir proposta de nova metodologia assistencial para ser implantada na operadora elencada para esse estudo.

Por meio do software Bizagi Process Modeler®, construiu-se fluxograma contendo a jornada que o beneficiário deverá percorrer com a implantação da nova metodologia de atenção à saúde sugerida.

Complementando a proposta, elencaram-se os custos com recursos materiais que seriam necessários para a operadora investir em estrutura física, demonstrando a porcentagem que representa cada item (materiais, equipamentos, mobiliário,

infraestrutura) comparado com o custo assistencial médio anual total que a operadora gasta para fornecer os serviços de saúde aos seus clientes, assim também fez-se com a estimativa dos custos fixos com a nova metodologia. E, ainda, sugeriram-se as quantidades necessárias por categoria profissional com suas respectivas cargas horárias para contratação daqueles que deverão atuar na nova metodologia.

Apresentou-se ainda um cronograma contendo os períodos sugeridos para desenvolvimento das ações que contemplam a mudança sugerida, considerando a hipótese de os gestores da cooperativa iniciarem as atividades no ano de 2019.

Ao analisar o comportamento dos custos assistenciais e do envelhecimento da carteira de clientes, foi possível estimar o percentil crescente de 2014 a 2018 que a operadora tem enfrentado para custear a assistência para a população atendida. Dessa forma estimou-se, caso a metodologia assistencial continue a mesma, quanto a cooperativa estaria gastando com essa mesma carteira de clientes daqui a 10 anos, sendo inviável a continuidade da empresa no mercado. Assim foi possível estimar uma economia a longo prazo com o novo modelo assistencial proposto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil Epidemiológico

A ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, recomenda que na faixa etária de 0 a 18 anos o ideal é que esteja maior ou igual a 26% da carteira total de beneficiários de uma operadora de planos de saúde, a Tabela 1 expõe que a operadora estudada está com 21%. Já na faixa acima de 59 anos recomenda-se que permaneça menor ou igual a 10% do total da carteira, e nesse caso está em 19%. Dessa forma, representa-se um risco de custos elevados, pois a carteira de idosos geralmente apresenta doenças crônicas que sugerem tratamentos contínuos e custosos, já os clientes abaixo de 18 anos utilizam raramente o plano na maioria dos casos, por isso quanto mais pessoas nessa faixa etária, melhor é o resultado financeiro para a operadora (BRASIL, 2016).

No documento “Síntese de indicadores sociais” lançado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2016, analisou-se o período no qual a proporção de idosos sairia de 11,7% do total da população para 23,5% no Brasil, iniciando a contagem no ano de 2015. Verificou-se que isso ocorrerá em cerca de 24,3 anos, ou seja, a população com mais de 60 anos dobraria até 2039 no Brasil, segundo o estudo (IBGE, 2016).

A divisão por faixa etária de uma população, é determinada principalmente pelo perfil de fecundidade, pois quanto maior a quantidade de filhos vivos, mais jovem se torna a estrutura etária. O indicador que mede esse índice é a taxa de fecundidade total (TFT), pois representa a quantidade média de filhos nascidos vivos na faixa etária reprodutiva da mulher (considera-se de 15 a 49 anos). De acordo com o estudo realizado pelo IBGE (2016), o Brasil atingiu o resultado de 1,72 filhos por mulher em 2015, sendo que 10 anos antes a taxa era de 2,09 filhos por mulher, portanto houve uma queda no índice de fecundidade de 17,7%, a queda atingiu todas as regiões do

país (IBGE, 2016). A operadora estudada não possui metodologia implantada de alimentação de dados em sistema que possibilitasse o cálculo da taxa de fecundidade total da população atendida.

Mesmo com a representatividade média alta de idosos na carteira de clientes, percebeu-se que ainda foi reduzido esse índice nos 5 anos estudados, já a faixa etária menor de 18 anos aumentou com o passar dos anos, embora essas duas faixas ainda estejam longe do ideal preconizado (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição em percentual por faixa etária da carteira total de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Classificação	Ano de análise					Média
	2014	2015	2016	2017	2018	
Faixa etária						
0 A 17	14%	16%	17%	19%	21%	17%
18 a 59	61%	61%	61%	61%	61%	61%
Mais de 60	24%	23%	22%	20%	19%	22%

Fonte: Qlikview (2018).

A Tabela 2 demonstra que o custo médio por ano nos idosos é muito maior do que nos jovens abaixo de 18 anos, devido à complexidade relacionada às doenças predominantes em cada faixa etária, pois os idosos possuem maior tendência à apresentarem comorbidades e DCNTs, tornando o cuidado mais complexo, de difícil resolução, muitas vezes com gastos desnecessários por não haver uma assistência focada no cliente de forma holística e sim fragmentada.

Tabela 2 - Custo médio anual por beneficiário segundo o gênero e a faixa etária de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Classificação	Gênero		Resultado
	Feminino	Masculino	
Faixa etária			Diferença
0 a 17	R\$ 914,32	R\$ 1.095,85	R\$ 181,53
18 a 59	R\$ 2.748,96	R\$ 1.899,77	R\$ 849,19
Mais de 60	R\$ 6.043,88	R\$ 6.610,87	R\$ 566,99

Fonte: próprio autor (2019).

O resultado encontrado demonstra que os homens custam mais na faixa etária abaixo de 18 anos e acima de 60 anos, já as mulheres custam mais que os homens

somente na faixa etária intermediária, isso pode estar ligado ao fato da mulher se cuidar mais e realizar mais exames preventivos do que o homem.

É preciso analisar não somente os valores monetários encontrados, mas também a representatividade de cada dado apresentado. Dessa forma, identificou-se que os beneficiários do sexo masculino na faixa etária de 0 a 17 anos custam 16% a mais para a operadora que o sexo feminino. Já na faixa etária de 18 a 59 anos, as mulheres gastam mais com saúde do que os homens cerca de 31%. Por fim, na faixa etária de 60 anos acima, os homens representam maior custo que as mulheres cerca de 9%.

Esse cenário sugere que as mulheres se cuidam mais na faixa etária intermediária, e os homens deixam para gastar tempo e dinheiro com saúde somente quando já idosos, tendo que gastar mais com serviços por já estarem em um estágio mais avançado de diversas doenças, corroborando com o diagnóstico tardio e necessidade de maior complexidade de atendimento e tratamento médico.

Em estudo do perfil de morbimortalidade masculina realizado pelo Ministério da Saúde, foi possível verificar que os homens na faixa etária de 20 a 59 anos possuem maior índice de morbimortalidade do que as mulheres, predominando as causas externas. Associou-se esse índice ao fato de que os homens se envolvem mais em situações de violência urbana, fazem uso com maior frequência de álcool e outras drogas, e apresentam maior risco de se envolverem em acidentes de trabalho e de trânsito. Além disso, citou-se que o gênero masculino não procura atendimento em saúde, e quando procuram não seguem o tratamento prescrito, apresentam mais medo de descobrir patologias, geralmente tem alimentação inadequada, estão mais propensos a adquirirem doenças sexualmente transmissíveis e praticam menos atividades físicas regulares (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde recomenda que os serviços desenvolvam práticas para a promoção da saúde e prevenção de doenças de forma integral voltadas ao público masculino, incentivando a atividade física regular, combatendo o uso de drogas, aderir à alimentação saudável, uso de preservativo nas relações sexuais, realização de exames preventivos periódicos, entre outros, empoderando o homem sobre seus cuidados de saúde (BRASIL, 2018).

Os resultados do estudo publicado pelo IBGE demonstram que as mulheres possuem a jornada de trabalho maior do que dos homens em média em 5 horas semanais, quando considerou-se também as horas em trabalhos domésticos realizadas por ambos os gêneros. Ao verificar o índice de pessoas que consideram seu estado de saúde em regular, ruim ou muito ruim e que não passaram por atendimento médico em 1 ano, o gênero masculino predominou, assim como ao verificar a prevalência do tabagismo. Já quando se pesquisou a taxa de pessoas com sintomas de depressão, as mulheres predominaram (IBGE, 2016).

No documento instituído pelo Ministério da Saúde: Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, destacou-se que a violência afeta mais a população masculina sendo a principal causa de mortalidade, porém a mulher sofre com a morbidade relacionada à violência doméstica e sexual, além da transmissão de doenças sexuais e mortalidade materna (BRASIL, 2004).

Ao verificar a causa de mortalidade por gênero no Brasil no ano de 2016, através do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, o masculino apresentou em primeiro lugar por doenças do aparelho circulatório, em seguida causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Já as mulheres apresentaram primeiramente também as doenças do aparelho circulatório, posteriormente neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (DATASUS, 2016).

A Tabela 3 representa a proporção de utilizações dos serviços de saúde em cada faixa etária e gênero. É possível analisar que o homem utiliza mais os serviços de saúde nas duas faixas etárias extremas da pirâmide: de 0 a 17 anos 11% e mais de 60 anos 40% em média, já a mulher apresenta maior índice de utilização na faixa intermediária de 18 a 59 anos (59% do total dos eventos), faixa etária onde realizam-se os exames preventivos necessários dessa população.

Tabela 3 - Proporção média na quantidade eventos utilizados/realizados anualmente pelos beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo o gênero e a faixa etária, no período de 2014 a 2018.

Classificação	Gênero		Resultado
	Feminino	Masculino	Média total por faixa etária
Faixa etária			
0 A 17	7%	11%	8%
18 a 59	59%	49%	55%
Mais de 60	34%	40%	37%

Fonte: próprio autor (2019).

Já ao analisar a Tabela 4, é preciso salientar o alto custo assistencial com os idosos acima de 60 anos da carteira, representando 46% do custo total, sendo que os homens custam mais nessa faixa etária (50% do total dos custos), assim como na faixa etária abaixo de 18 anos (8%). O sexo feminino só custa mais na faixa etária de 18 a 59 anos (54%). Na média geral, a representatividade nos custos nas faixas etárias de 18 a 59 anos e mais de 60 anos são quase iguais entre si, apresentando uma diferença de apenas 3% quando comparados.

Tabela 4 - Proporção média no custo assistencial total médio anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo o gênero e a faixa etária, no período de 2014 a 2018.

Classificação	Gênero		Resultado
	Feminino	Masculino	Média por idade
Faixa etária			
0 a 17	5%	8%	6%
18 a 59	54%	42%	48%
Mais de 60	41%	50%	46%

Fonte: próprio autor (2019).

A pesquisa realizada por Carneiro et al. (2013) através do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar- IESS, analisou os custos assistenciais da população brasileira que possui plano de saúde individual, projetando esses custos do ano de 2010 até 2050. No primeiro ano estudado, o custo total assistencial foi de R\$59,2 bilhões e projetando para o ano de 2050 aumentará em 79,6%, ou seja, R\$104,7 bilhões. A faixa etária que contribuirá significativamente para essa evolução do gasto total será acima de 60 anos de idade, pois em 2010 representava 27% do custo total, sendo que em 2050 passará a representar 58%. Sendo que o tipo de serviço que será mais

custoso em 2050 será a internação hospitalar, passando de 53% em 2010 para 60% em 2050, constatou-se que esse dado está diretamente ligado à evolução do grupo etário idoso.

No mesmo estudo, analisou-se amostra dos planos de saúde em modelo de autogestão, chegando à conclusão de que haverá um aumento dos custos assistenciais de 2010 a 2050 de 98,6%. Sendo que as internações irão evoluir 132,2% nesses 40 anos. Quando se verificou a faixa etária, os idosos representarão de 33% para 65% do gasto total em 2050. Destacou-se que o grupo de mais de 80 anos de idade passará de 11% para 29% do custo assistencial total, demonstrando a maior sobrevida da população brasileira no passar dos anos. Quando ajustada a análise por gênero, o feminino demonstrou maior evolução nos custos assistenciais, de 101,6% entre 2010 e 2050, já o masculino ficou em 94,4% (CARNEIRO et al., 2013).

O estudo realizado por Carneiro et al. (2013), concluiu que, perante a evolução da faixa etária idosa no país, algumas ações precisam ser pensadas para garantir a sustentabilidade das operadoras de planos de saúde. O aumento dos custos assistenciais justifica a mudança do modelo assistencial, onde o perfil dos beneficiários precisa ser considerado e que seja mais eficiente, principalmente nos programas de promoção da saúde, promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

A pesquisa realizada por Duarte et al. (2017), analisou o período de 2007 a 2013 de uma operadora de planos de saúde do tipo cooperativa médica que possuía 36% de sua carteira de beneficiários acima de 60 anos de idade. Constatou-se que os custos assistenciais aumentaram em 119%, muito acima do índice inflacionário do período. Em relação à faixa etária acima de 60 anos, a evolução foi de 161%, pois a quantidade de beneficiários desse grupo aumentou no período. Sendo que o gasto com o beneficiário idoso é 3,2 vezes maior quando se comparado com outro grupo etário.

Ao comparar a proporção da quantidade média de clientes por faixa etária, a proporção dos custos assistenciais pela mesma classificação e a proporção da utilização dos serviços de saúde, foi possível confeccionar a Tabela 5 a seguir. Onde indica-se que 22% dos clientes custam 46% de todo o custo assistencial da carteira e

consomem 37% de todos os serviços disponibilizados a toda a população assistida, no que diz respeito à faixa etária de idosos.

Tabela 5 - Representatividade no custo assistencial total médio anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo a faixa etária, no período de 2014 a 2018.

Faixa etária	Representatividade na quantidade de pessoas	Representatividade no custo total	Representatividade na utilização de serviços
0 A 17	17%	6%	9%
18 a 59	61%	48%	54%
Mais de 60	22%	46%	37%

Fonte: próprio autor (2019).

Já a maior parcela de clientes (61%) que está no meio da pirâmide etária (de 18 a 59 anos), representou quase a mesma porção de custos dos idosos (48%) do custo total e utilizou 54% de todos os serviços de saúde. Já na menor faixa etária (de 0 a 17 anos), apresentou um custo pequeno para tratamento de saúde, pois em quantidade de beneficiários são 17%, e a representatividade dessa população sob os custos assistenciais é de apenas 6%, sendo que utilizam apenas 9% de todos os serviços realizados.

Dessa forma na Tabela 5, também ficou evidente o montante importante dos custos assistenciais que a operadora destinou aos idosos, que, mesmo não representando uma grande quantidade de clientes, como estão envelhecendo sem qualidade, acabam custando mais em seus tratamentos. Vale evidenciar que a população que hoje está na faixa etária de 18 a 59 anos serão os idosos do futuro.

A qualidade de vida para a população idosa está acerca de sua capacidade funcional, ou seja, independência e autonomia nas atividades de vida diária (AVD), para auxiliar na manutenção dessa capacidade, os programas de atenção à saúde oferecidos pelas operadoras de planos de saúde têm papel fundamental. A incapacidade do idoso bloqueia seu autocuidado, ocasionando uma carga sobre sua família e o sistema de saúde no qual está inserido, representando um risco para o desenvolvimento de doenças (MANSO, 2017).

A saúde suplementar do país é carente de serviços de saúde que foquem no gerenciamento de saúde, onde o envelhecimento da população pode representar um problema de sustentabilidade ou uma oportunidade de inovar em todo o sistema (MANSO, 2017).

Ao verificar a proporção dos custos assistenciais por tipo de serviço na Tabela 6, a faixa etária de 0 a 17 anos custou mais nos serviços de consultas eletivas (2%), exames (1,1%) e internações (1,8%), porém em pequena quantidade 2,1%, 4,4% e 0,1% respectivamente. Isso se deve ao fato de que os recém-nascidos passam por puericultura (acompanhamento mensal para avaliação do desenvolvimento até completar 1 ano de idade) e consultas rotineiras para acompanhamento do desenvolvimento.

Tabela 6 - Proporção no custo assistencial total e na quantidade de eventos anual de beneficiários de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, segundo a faixa etária por tipo de serviço utilizado, no período de 2014 a 2018.

Classificação	0 a 17 anos		18 a 59 anos		Mais de 60	
	Custo	Qtde.	Custo	Qtde.	Custo	Qtde.
Consultas eletivas	2,0%	2,1%	7,7%	8,9%	4,6%	5,1%
Consultas de urgência	0,5%	0,5%	0,8%	1,0%	0,3%	0,4%
Exames	1,1%	4,4%	13,3%	37,6%	8,9%	24,1%
Terapias ¹	0,3%	1,0%	0,7%	3,8%	0,6%	3,8%
Terapias ²	0,0%	0,0%	2,0%	0,1%	3,1%	0,2%
Outros atendimentos	0,5%	0,4%	7,1%	3,2%	7,9%	2,5%
Internações	1,8%	0,1%	16,9%	0,4%	19,4%	0,3%
Atenção domiciliar	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Representatividade total	6,1%	8,6%	48,8%	55,0%	45,1%	36,4%

Fonte: próprio autor (2019).

¹Acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutricionista.

²Quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva.

Já quando analisada a faixa etária intermediária de 18 a 59 anos na Tabela 6, foi possível identificar que é uma população que custa mais na modalidade de internações hospitalares (16,9%), se aproximando aos idosos nesse item, gastam mais com exames (13,3%) do que as outras faixas etárias assim como com consultas eletivas (7,7%), consultas de urgência (0,8%) e terapias (2,7%). Pode-se afirmar que essa faixa etária dispõe de população próxima dos idosos, por isso pode estar carregando as idades menores para um alto custo, e também essa faixa etária tem maior quantidade de pessoas (61% da carteira total).

A Tabela 6 expõe que a faixa etária que mais gasta com internações hospitalares diz respeito aos idosos acima de 60 anos (19,4%), já quando se verificou a utilização em atenção primária dessa mesma população, sendo a taxa de consultas eletivas (5,1%), de exames (24,1%) e de terapias com equipe multidisciplinar (3,8%) é

muito pequena, assim como os atendimentos domiciliares (0%). Sugerindo que essa população está envelhecendo sem qualidade de vida, tendo que procurar diretamente a atenção terciária (internação hospitalar) para sanar um problema de saúde, tornando a assistência mais cara e pouco resolutive.

O item Terapias² que engloba tratamentos médicos de alto custo como quimioterapia e hemodiálise, representa utilização importante nas faixas etárias a partir de 18 anos, conforme exposto na Tabela 6, contribuindo com a ideia de que a operadora estudada não está focada na atenção primária que visa a prevenção e a promoção da saúde.

4.2 – Perfil de Utilização dos Serviços de Saúde

Nessa etapa da pesquisa analisou-se os dados referentes ao comportamento de custos e utilização dos serviços pela carteira total de clientes da operadora de planos de saúde selecionada. Na Tabela 7 foi possível identificar que a média de internações hospitalares por cliente por ano foi de 0,2, quando se pensa em atenção primária, onde evitam-se as internações, procedimentos invasivos e exames desnecessários devido à resolutividade dos atendimentos, logo percebeu-se que essa operadora não possui esse tipo de modelo assistencial. A quantidade de exames por pessoa também é preocupante, considerando que a Tabela 7 expôs que cada cliente realizou quase dois exames por mês pelo plano.

Tabela 7 - Quantidade média de eventos por tipo de serviço utilizado, quantidade média de pessoas que utilizaram os serviços de saúde e quantidade média de eventos por pessoa, de uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Tipo de utilização (evento)	Quantidade média de eventos/ ano	Quantidade média de pessoas que utilizaram o serviço	Quantidade média de eventos/ pessoa/ano
Consultas Eletivas	113.374	21.594	4,8
Consultas Emergência	13.620	7.405	0,6
Exames	464.743	20.173	19,8
Terapias ¹	60.302	3.596	2,6
Terapias ²	1.716	103	0,1
Outros atendimentos	43.045	11.203	1,8
Internamento	5.254	3.685	0,2
Atenção Domiciliar	493	89	0,0
Total	702.546	67.848	30,0

Fonte: próprio autor (2019).

¹Acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutricionista.

²Quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva.

Na Tabela 8 o dado que mais chama a atenção, é referente ao internamento, pois na carteira total de clientes, essa modalidade de serviço representa 38% de todo o custo da operadora, mas quando verificou-se a representatividade na quantidade total de eventos é apenas de 1%, portanto demonstrou-se como a internação hospitalar tem um custo elevado e impacta no custo assistencial das operadoras de planos de saúde, e a atenção primária pode auxiliar na redução dessas internações.

Os exames nesse caso representaram grande quantidade de eventos (67%), mas o custo está atrás da modalidade internamento com 24% de todo o custo. Outra importante informação trazida na Tabela 8, foi que a quantidade de terapias² (quimioterapia, radioterapia e diálise) não chegaram a 1%, mas, assim como as internações, representaram significativo custo assistencial, pois são tratamentos complexos e de alto custo unitário.

Tabela 8 - Proporção por tipo de serviço no custo total e na quantidade total de eventos anual realizados por uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Tipo de utilização (evento)	Representatividade média sobre o custo total anual	Representatividade média sobre a quantidade total anual
Consultas Eletivas	15%	16%
Consultas Emergência	2%	2%
Exames	24%	67%
Terapias ¹	1%	8%
Terapias ²	5%	0%
Outros atendimentos	16%	6%
Internamento	38%	1%
Atenção Domiciliar	0%	0%
Total	100%	100%

Fonte: próprio autor (2019).

¹Acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutricionista.

²Quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva.

No estudo de Leal e Matos (2009), ressaltou-se que é preciso diferenciar os dois componentes na evolução dos custos assistenciais para realizar uma análise: a variação dos custos médios e a variação das quantidades de utilização. A variação dos custos médios, como por exemplo por internação, representa o aumento dos preços dos insumos de saúde (proxy da inflação) e a utilização tecnológica na assistência. A variação na frequência de utilização dos serviços, estaria associada ao aumento do cuidado com a saúde, doenças crônicas e envelhecimento da população, necessitando de mais atendimento pelo setor.

Duarte et al. (2013) demonstrou que dos custos totais da cooperativa estudada, 49,6% eram com internação no ano de 2007, e passou a ser 53,5% em 2013. Sendo que houve aumento de custo por internação de 141%. Já os gastos com atendimentos ambulatoriais foram reduzidos de 45,7% para 39,9% nos respectivos anos. Quando divididos em categorias de serviços, 61% foram com exames, 26% consultas, 8% procedimentos clínicos e 5% procedimentos cirúrgicos.

Os autores demonstram precaução com os resultados do estudo, devido ao aumento expressivo dos gastos assistenciais com internação hospitalar, representando forte tendência de evolução para os próximos anos, pois os custos com as diárias

hospitalares aumentaram muito acima do índice de inflação em todas as faixas etárias, sendo que dentre as categorias dos custos hospitalares, destacou-se os gastos com materiais e medicamentos (DUARTE et al., 2013).

4.3 – Doenças Crônicas não Transmissíveis

Na análise relacionada aos casos de doenças crônicas na carteira total de clientes da operadora, através da Tabela 9 foi possível identificar que há falha no sistema de gestão e metodologia de coleta de dados primários para identificação desses casos, considerando que a classificação “outras doenças” representa 98,46% da quantidade total de clientes e 80,54% do total de custos assistenciais, portanto se faz necessário que os gestores da empresa repensem na forma de identificar esses clientes, pois é preciso conhecer o perfil de doenças sofridas na população para elencar com mais precisão as ações de promoção e prevenção a serem fornecidas.

Tabela 9 - Quantidade e representatividade média anual por doença crônica não transmissível na quantidade total anual de uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.

Doença crônica	Quantidade anual de pessoas	Representatividade sobre a quantidade total anual	Custo médio/pessoa/ano	Representatividade sobre o custo total anual
Renal Crônica	4	0,02%	R\$74.874,13	0,43%
Diabetes	10	0,04%	R\$16.179,27	0,24%
DPOC*	24	0,09%	R\$26.332,15	0,91%
Psiquiátricas	25	0,09%	R\$23.572,78	0,82%
Cerebrovascular	34	0,13%	R\$41.043,26	1,97%
Obesidade	36	0,14%	R\$24.231,69	1,25%
Hipertensão	55	0,21%	R\$22.359,26	1,75%
Isquêmica Coração	66	0,25%	R\$27.665,19	2,59%
Neoplasias	148	0,57%	R\$45.081,81	9,49%
Outras Doenças	25.802	98,46%	R\$2.199,69	80,54%
Total	26.204	100,00%	R\$2.689,01	100,00%

Fonte: próprio autor (2019).

*Doença pulmonar obstrutiva crônica.

Outro déficit identificado através da pesquisa é o desconhecimento da operadora quanto aos fatores de risco apresentados pelos beneficiários da carteira relacionados aos hábitos de vida, como consumo excessivo de álcool, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo, hábitos alimentares, informações essas que seriam essenciais para traçar objetivos na prevenção de doenças crônicas.

A Tabela 9 ainda expôs que, apesar da doença renal crônica representar a menor parcela de doenças na população (0,02%), é aquela que tem um custo médio por pessoa maior (R\$74.874,13/pessoa), sendo uma importante informação para subsidiar as ações de prevenção de doenças renais crônicas.

A doença crônica que possui maior custo total no ano e maior quantidade de clientes identificados é a neoplasia (câncer), representando 0,57% dos casos e 9,49% do custo total, já o custo médio por pessoa que tem câncer fica atrás somente da doença renal crônica. Esses dados permitem apontar a necessidade de ações de saúde voltadas à detecção precoce do câncer, estímulo à qualidade de vida e hábitos saudáveis, como formas de prevenção.

Vale ressaltar que as doenças crônicas podem estar ligadas umas às outras, como por exemplo, a diabetes e a hipertensão são doenças crônicas, mas também representam fatores de risco para adquirir doença renal crônica, assim como para doenças cerebrovasculares como o acidente vascular cerebral, e a doença isquêmica do coração como o infarto agudo do miocárdio. Portanto, a quantidade de clientes com patologias crônicas deve alertar e preocupar os gestores para investirem em prevenção dessas doenças.

No momento da pesquisa haviam 27.086 beneficiários na carteira de clientes, a quantidade total de pessoas classificadas com doenças crônicas ou outras doenças foi de 26.204, pois trata-se de uma média por ano de indivíduos em determinada classificação. Também foi verificado que um beneficiário pode estar classificado em mais de uma categoria de doença.

Foi pontuado por Manso (2017), a importância da implantação de cuidados à saúde ao idoso, pois nesse grupo etário, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são mais frequentes. A primeira necessidade é estudar o perfil epidemiológico da carteira de beneficiários, para avaliar os riscos e síndromes predominantes.

Manso (2017) ressaltou ainda que o aumento da demanda e da utilização dos serviços de saúde dá-se pela presença crescente das DCNTs, fatores psicossociais da população, envelhecimento, fatores culturais e regulamentação. Já em relação à evolução da produção de atendimentos de saúde relaciona-se com a evolução tecnológica na área.

Salientou-se que o modelo assistencial que visa a prevenção de doenças crônicas, possibilita o acompanhamento de uma equipe multiprofissional mais próxima do paciente, criando vínculo, obtendo a confiança do usuário, promovendo o autocuidado. Esses fatores contribuem para a redução da procura de consultas por várias especialidades (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

Alves, Ugá e Portela (2016), identificaram em seu estudo que a operadora de planos de saúde em duas capitais que possui clientela, reduziu a quantidade total de exames e procedimentos e o custo médio por pessoa também. Atribuiu-se a esse fato a implantação de um modelo de gestão assistencial combatendo as solicitações de exames e procedimentos desnecessários, e também atribui que os mesmos podem ter alcançado estabilidade, permitindo suas realizações em intervalos de tempo maiores que anteriormente.

As operadoras de planos de saúde se deparam com desafios quanto ao monitoramento de seus clientes e avaliação de resultados de custo assistencial, pois o modelo de rede de atenção à saúde predominante é aquele que se paga aquilo que já se utilizou, por exemplo internações e exames. Esse modelo atual não exige dos profissionais a alimentação de informações relacionadas aos hábitos de vida ou sobre a saúde do cliente, dificultando o planejamento de ações de saúde para as necessidades da população (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

As operadoras de planos de saúde visam reduzir seus custos assistenciais através de programas de promoção e prevenção, porém só será possível esse objetivo caso esteja alinhado com a implantação de políticas de saúde e um modelo assistencial que busque a qualidade e resolutividade (ALVES, UGÁ e PORTELA, 2016).

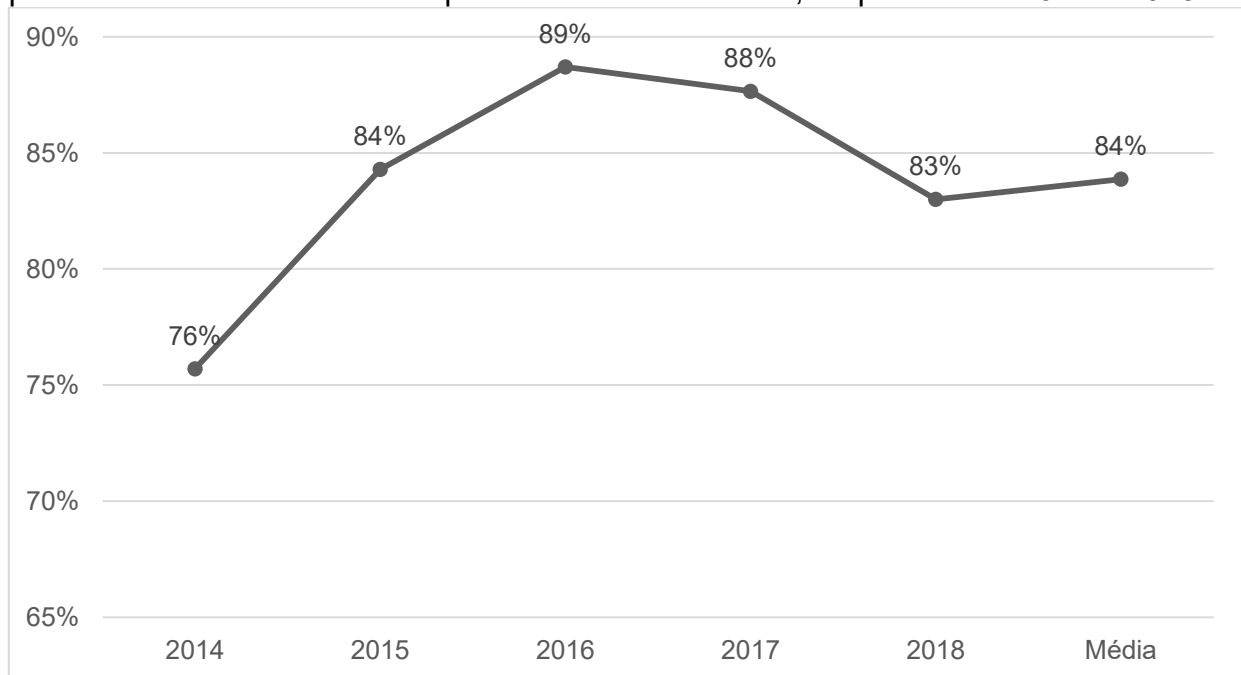
4.4 Custos Assistenciais

A taxa de sinistralidade das operadoras de planos de saúde também pode ser chamada de índice de despesas assistenciais ou despesas médicas, e demonstra a relação entre as despesas assistenciais que sua carteira de clientes gastou no ano versus o total de receitas que a operadora recebeu dessa mesma carteira no ano correspondente às operações dos planos de saúde (exemplo: mensalidade dos planos de saúde, coparticipação conforme a utilização do plano) (BRASIL, 2017).

O Gráfico 1 demonstrou a relação de despesas e receitas, ou seja, sinistralidade da operadora estudada, sendo que no ano de 2014 apresentou-se a menor taxa histórica, o ano de 2016 e 2017 atingiram os índices mais altos, porém em 2017 e 2018 vem reduzindo.

Ressalta-se que, embora a sinistralidade tenha reduzido nos últimos dois anos, foi observado que os custos assistenciais aumentaram em média 22% ao ano na operadora, representando sinal de alerta para a gestão.

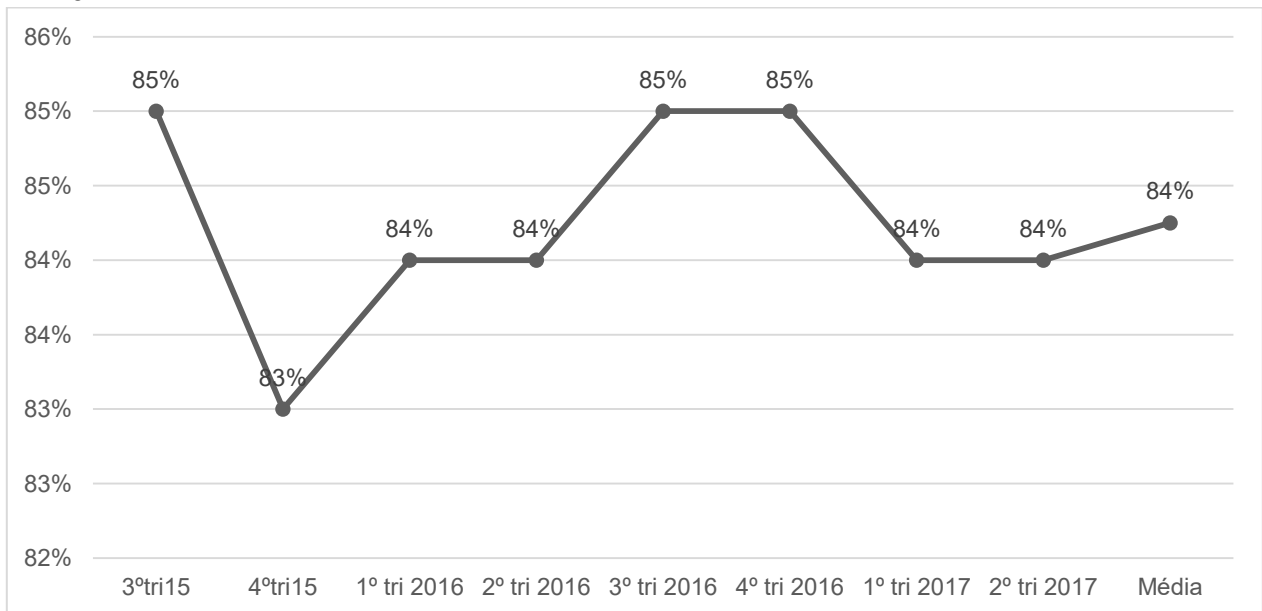
Gráfico 1 - Sinistralidade total anual de uma carteira de clientes de uma operadora de planos de saúde de um município do interior do Paraná, no período de 2014 a 2018.



Fonte: próprio autor (2019).

O Gráfico 2 demonstrou a sinistralidade das operadoras de planos de saúde da mesma modalidade que a operadora estudada (cooperativa médica), conforme última divulgação da ANS, através do documento “Prisma Econômico-financeiro da Saúde Suplementar” (2017). Quando se comparou o ano de 2015 das operadoras do Gráfico 2 com a operadora estudada (Gráfico 1), percebeu-se que a operadora estudada obteve índice médio anual igual (84%). Porém no ano de 2016, a média do país foi 85%, e na operadora estudada foi de 89%, portanto, bem acima da média nacional. E ao verificar a média de 2017, considerando somente o primeiro semestre da média do Brasil, a taxa foi de 84%, e a média da operadora da pesquisa foi de 88% em seu ano fechado (BRASIL,2017).

Gráfico 2 - Sinistralidade anual de operadoras de planos de saúde do Brasil pertencentes à modalidade cooperativa médica, do 3º trimestre de 2015 ao 2º trimestre de 2017.



Fonte: próprio autor (2019).

O aumento da sinistralidade das operadoras a partir do final de 2015 pode estar associada, entre outros fatores, à crise econômica e recessão do país, onde ocorreu a perda da capacidade financeira e redução de investimentos na economia, gerando insustentabilidade fiscal e elevando o risco do Brasil, reduzindo o consumo de forma significativa principalmente em 2015 e 2016 (BARBOSA FILHO, 2017).

Em sua pesquisa, Corrêa (2016), destacou que o período em que a ANS estabelece novo rol de cobertura mínima obrigatória para as operadoras de planos de saúde (a cada dois anos), representa-se impacto posterior nos resultados gerais das operadoras conforme seu desempenho perante as novas exigências do sistema regulatório. Identificou também que no ano de 2015, o cenário macroeconômico do país influenciou na redução do número de beneficiários da saúde suplementar devido à alta taxa de desemprego, estando associado aos resultados das operadoras de forma direta.

4.5 - Proposta de Mudança do Modelo Assistencial

Baseado nos dados apresentados nessa pesquisa anteriormente, propôs-se um novo modelo assistencial para a operadora elencada, com o objetivo de melhorar a qualidade assistencial, contribuir para a qualidade de vida e o envelhecimento ativo e saudável, promover saúde, prevenir doenças, e conseqüentemente reduzir os custos assistenciais para garantir a sustentabilidade da empresa.

Após a pesquisa, foi possível identificar duas metodologias no cenário da saúde suplementar que mostraram resultados significativos e evidenciaram redução de custos e melhoria da qualidade assistencial, contrariando o modelo atual puramente prescritor, sendo eles: APS e ESF.

A proposta para a operadora estudada é a implantação de um modelo misto contendo essas duas metodologias.

4.5.1 Modelo misto proposto APS/ESF

O modelo de atenção à saúde sugerido a ser implantado, é baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família, duas metodologias já implantadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A operadora deverá aderir definitivamente às ações de promoção da saúde, detecção precoce de doenças, tratamento de saúde adequados e reabilitação em

tempo hábil, baseado sempre na disseminação da cultura da responsabilização do paciente para o autocuidado e educação em saúde.

Será preciso educação continuada e permanente da equipe de saúde que atuará nessa nova metodologia, assim como das equipes da operadora que atuam no caráter administrativo, com vistas à mudança cultural interna para externa. A complexidade da mudança de cultura populacional é possível a longo prazo, portanto estima-se que após 10 anos de implantação dessa metodologia, a carteira de clientes atendida, os colaboradores e os profissionais estarão inseridos totalmente no modelo.

Apesar dos resultados serem colhidos à longo prazo, é preciso planejamento e estudo da população e do modelo assistencial, a curto e médio prazos, para que os objetivos sejam alcançados de forma progressiva. Será necessário o desenvolvimento de protocolos baseados em referências reconhecidas mundialmente, garantindo qualidade assistencial e resolutividade, a análise epidemiológica constante e o gerenciamento da saúde com a proximidade ao beneficiário.

A análise preditiva deverá nortear os esforços das equipes para o cronograma de abordagens e adesão das parcelas populacionais que o plano de saúde precisará atender. O modelo de atenção misto sugerido pela presente pesquisa é inovador na saúde suplementar e propõe a reorganização da porta de entrada no sistema de saúde baseado em cuidados em níveis primário, até então pouco desenvolvidos na operadora estudada.

Para a implantação do novo modelo, a operadora deverá ampliar uma de suas filiais já existentes que possui estrutura parcial para uma unidade de saúde com esse foco de atendimento.

Será preciso contratar equipes conforme a quantidade de beneficiários que serão incluídos nessa metodologia ao longo do tempo, por meio de um cronograma de abordagens e adesões.

4.5.1.1 ESF – Estratégia Saúde da Família

A pesquisa realizada por Alves, Ugá e Portela (2016), que analisou a clientela inscrita em programas de atenção à saúde de uma operadora de planos de saúde,

apontou que no início da implantação do modelo Estratégia Saúde da Família- ESF a quantidade de consultas por cliente aumentou, mas nos anos subsequentes com a gestão assistencial pode ter acarretado a redução desse número, pois os programas gerenciam a saúde dos beneficiários formando vínculo e acesso aos mesmos. Também se citou que, como a equipe de saúde identifica as necessidades e riscos da população acompanhada e pretende-se manter os parâmetros de monitoramento de saúde dentro da normalidade recomendada, reduz-se a necessidade de consultas que antes eram mais frequentes pela instabilidade do quadro clínico.

A ESF é composta por equipes de profissionais de saúde que acompanham o paciente ao longo de sua vida, utilizando principalmente a modalidade de visitas domiciliares para não somente promover a saúde e prevenir doenças, mas buscar a identificação de riscos relacionados ao ambiente domiciliar e social no qual os pacientes estão inseridos.

Essa metodologia utiliza agentes de saúde, que são pessoas com formação básica, ou seja, sem graduação em ensino superior, que devem ser treinadas em cursos práticos específicos em educação em saúde e identificação de riscos ambientais e de saúde, pois são atores de contato direto nos domicílios das famílias assistidas. A formação desses profissionais se dará com os treinamentos ministrados pela própria equipe de profissionais de saúde que serão contratados pela operadora com formação nesse nível de atenção.

4.5.1.2 APS – Atenção Primária à Saúde

A metodologia APS deverá dispor dos atributos essenciais para esse nível de atenção: acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, a fim de garantir a adesão dos beneficiários e estabelecer relação de confiança entre a equipe e os mesmos.

Abaixo relacionou-se as estratégias para a operadora atingir os atributos essenciais da APS:

- a) Acesso:

Realização de busca ativa dos beneficiários, através de identificação por sistema de gestão e contato dos profissionais por região geográfica definida.

Estabelecer horário estendido de atendimento da Unidade de Saúde de apoio.

Garantir atendimento e contato com um enfermeiro e um médico por tempo integral, sempre que houver demanda dos pacientes, por meio de plantão através de canal de comunicação à distância.

b) Longitudinalidade:

Atender o cliente e sua família em todos os momentos de suas vidas, desde o nascimento até o óbito.

Por meio de ações de educação em saúde adequadas a cada período da vida, realizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças dos beneficiários acompanhados.

c) Coordenação do cuidado:

Realizar a coordenação da saúde dos beneficiários e familiares, direcionando-os e avaliando-os constantemente e de forma presencial para prevenir doenças e agravos.

Avaliar riscos em saúde e promover meios de reduzi-los contando com o apoio de toda a rede de atenção à saúde da operadora.

Quando for necessário encaminhamentos para especialidades, ou outros níveis de atenção, como por exemplo o terciário (hospitalar), realizar o acompanhamento via telefone e presencial também, até que o usuário retorne ao nível primário de atenção à saúde.

d) Integralidade:

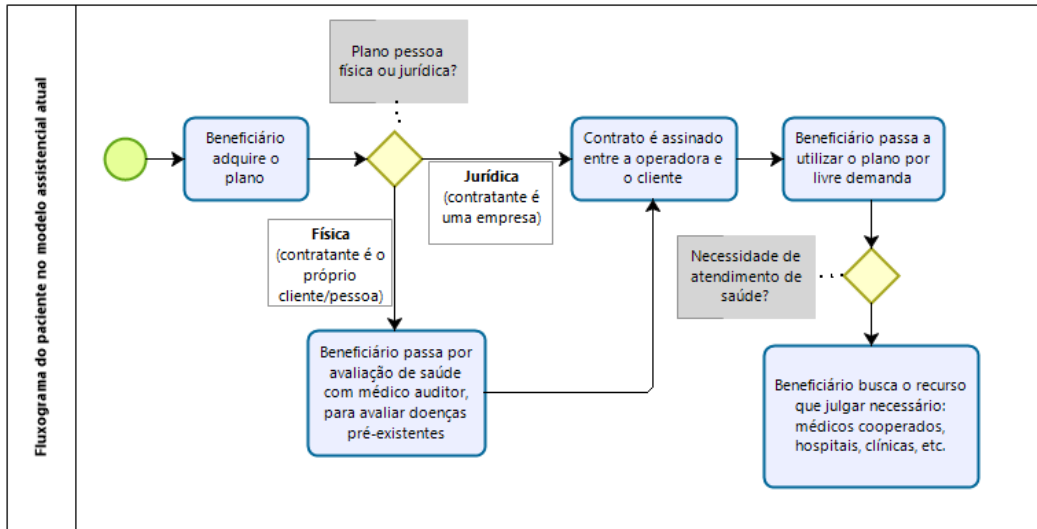
Cuidar da saúde do paciente e família de forma holística, onde se considerará os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais nos quais estão inseridos.

Estabelecer relação de confiança entre os profissionais e beneficiários, por meio de educação continuada e formação na área de atenção primária.

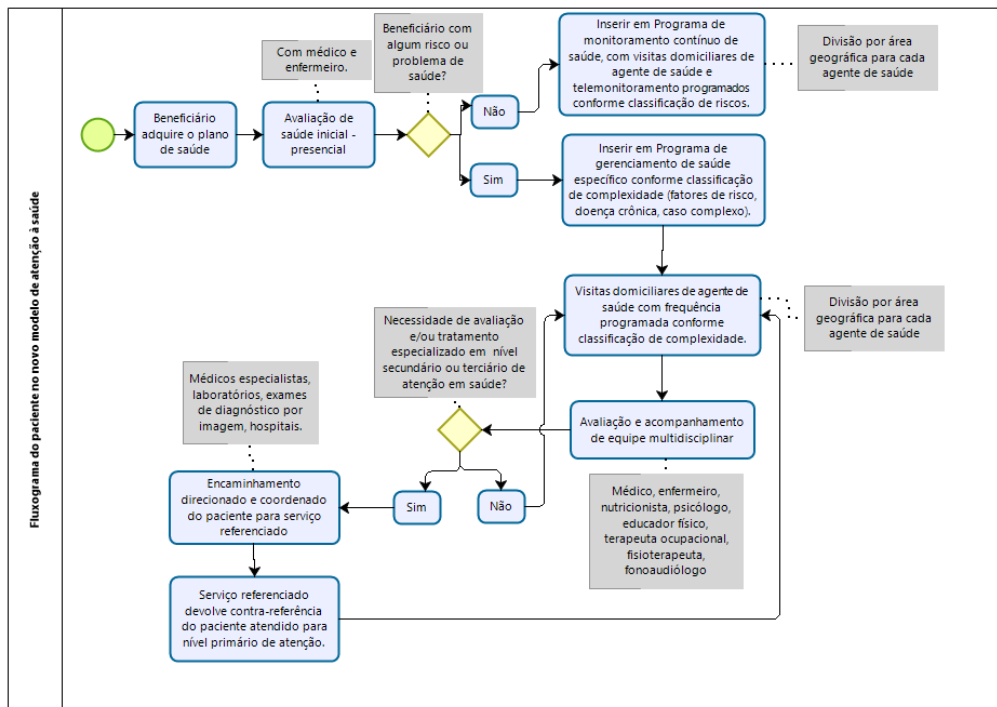
4.5.2 – Fluxogramas de percurso do paciente

Os dois fluxogramas a seguir foram gerados através do software Bizagi Process Modeler®, o primeiro demonstra o percurso do paciente no modelo assistencial

atualmente praticado pela operadora de planos de saúde que é fragmentado e não coordenado, já o segundo expõe a trajetória no novo modelo de atenção à saúde proposto, que passará a ser contínua e coordenada.



Powered by
bizagi
Modeler



Powered by
bizagi
Modeler

Fonte: próprio autor (2019).

Quando a pessoa adquire um plano de saúde, obrigatoriamente deverá ser submetida a uma avaliação médica e de enfermagem inicial para avaliação holística situacional, com o objetivo de verificar as necessidades de saúde, fatores de risco e serviços necessários, para melhor direcionamento e condução do caso. Se nessa avaliação, os profissionais concluírem que o beneficiário não possui riscos ou problemas de saúde instalados, encaminharão o mesmo a um programa de acompanhamento de saúde contínuo, que utilizará visitas domiciliares por agentes de saúde divididos por áreas geográficas, assim como uma rotina de telemonitoramento (contato telefônico) programado para avaliação da situação e riscos.

Se na primeira avaliação forem identificados fatores de riscos, necessidades de orientação ou doenças já instaladas, o beneficiário será encaminhado para outra linha de cuidado, através de programa de gerenciamento de saúde conforme avaliação de complexidade de cada caso. Nessa vertente, será utilizado além da metodologia de visitas domiciliares e telemonitoramento por agente de saúde, acompanhamento de equipe multiprofissional alocada na filial da operadora, que consistirá em: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, conforme a necessidade de cada paciente.

As duas linhas de cuidado (paciente estável e paciente instável), serão coordenadas por um médico e um enfermeiro que poderão ser divididos por área geográfica ou por complexidade de pacientes, o importante é que não ocorra rotatividade desses dois profissionais, fidelizando o cliente à metodologia de gerenciamento de saúde.

No decorrer do acompanhamento, caso ocorra alguma intercorrência relacionada à saúde do paciente em que o médico e o enfermeiro concluam que há necessidade de avaliação e/ou tratamento especializado em nível secundário ou terciário de atenção em saúde, como avaliação e parecer de médicos especialistas, laboratórios de análises clínicas e patologia, exames de diagnóstico por imagem ou hospitais, o mesmo deverá ser encaminhado de forma direcionada e coordenada para o serviço referenciado, conforme a rede assistencial contratada para apoio do novo modelo de atenção à

saúde da operadora. Portanto o paciente não poderá procurar por livre demanda o serviço que quiser, mas sim somente onde a equipe que o acompanha direcionar.

Após avaliação e/ou tratamento de saúde pelo serviço referenciado, o beneficiário deverá ser encaminhado novamente à equipe que o acompanha, com um documento de contra referência contendo o registro e a descrição da intervenção realizada, com o objetivo de continuidade do gerenciamento de saúde.

4.5.3 – Recursos

Para a implantação do novo modelo assistencial, faz-se necessário a estruturação de um serviço de saúde, ampliando uma filial da cooperativa já existente, minimizando custos, otimizando profissionais já contratados e atuando na assistência aos beneficiários.

4.5.3.1 – Recursos materiais

Na presente pesquisa, não foi possível a utilização de valores monetários absolutos devido à exposição que geraria para a empresa, portanto, utilizou-se cálculo de representatividade do valor monetário de cada item comparado com o custo assistencial total médio anual da operadora, ou seja, o montante que a operadora gasta anualmente com os atendimentos de serviços em saúde para seus clientes, em porcentagem. Essa forma de calcular permitiu, na Tabela 10, identificar que a proporção para o investimento em estrutura física da unidade de saúde necessária para a mudança do modelo assistencial, equivale a 0,332% do custo assistencial total da carteira de clientes.

Na Tabela 10 consideraram-se os custos com Materiais em geral (por exemplo: materiais de escritório, materiais de saúde para consumo diário); Equipamentos de saúde (por exemplo: equipamentos de aferição de sinais vitais, equipamentos de infusão de medicamentos); Equipamentos de escritório (por exemplo: computadores, impressoras); Mobiliário (por exemplo: mesas, cadeiras, armários); Infraestrutura (por

exemplo: aquisição de containers, hidráulica, elétrica). Sendo que o maior custo será com infraestrutura (0,141%).

Tabela 10 - Recursos materiais necessários para a proposta de mudança no modelo assistencial, em uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná.

Item	Representatividade comparada com o custo assistencial total/ano
Materiais em geral	0,008%
Equipamentos de saúde	0,099%
Equipamentos de escritório	0,028%
Mobiliário	0,056%
Infraestrutura	0,141%
Total investimentos	0,332%

Fonte: próprio autor (2019).

4.5.3.2 – Recursos humanos

A Tabela 11 apresentou o quadro inicial de profissionais e suas cargas horárias mensais estimadas, que será necessário para o funcionamento da unidade de saúde de apoio ao atendimento, considerando que uma equipe de saúde da família deve conter pelo menos um médico, um enfermeiro e um agente de saúde, estima-se que é possível gerenciar com essa quantidade de profissionais cerca de 3.000 beneficiários.

Como o acesso é um dos pilares da APS, sugere-se que a unidade funcione em horário estendido nos dias úteis e por meio período nos sábados, facilitando dessa forma o acesso e reduzindo as procuras desnecessárias aos serviços de urgência e emergência.

Tabela 11 - Recursos humanos necessários para a proposta de mudança no modelo assistencial, em uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná.

Profissional	Quantidade	Total horas/mês/profissional
Médico de família e comunidade	2	80
Enfermeiro	2	200
Auxiliar administrativo	2	220
Técnico de enfermagem	2	200
Agente de saúde	4	200
Nutricionista*	1	150
Fisioterapeuta*	1	150
Psicólogo*	1	150

Coordenador	1	220
Auxiliar de serviços gerais*	1	220

Fonte: próprio autor (2019).

*Profissionais que já estão contratados pela operadora.

4.5.3.3 – Custos fixos

Na Tabela 12, foi possível demonstrar a proporção do custo fixo mensal estimado que será necessário para manter o funcionamento pleno da unidade de saúde proposta, representando 0,088% do custo assistencial médio anual total da carteira de clientes da operadora, considerando os custos com os recursos humanos citados na tabela anterior, assim como as despesas com serviços essenciais em geral (por exemplo: água, energia, telefonia, internet) e com serviços terceirizados (por exemplo: coleta e processamento de resíduos em saúde, esterilização de materiais). Onde o maior custo será com recursos humanos.

Tabela 12 - Custos fixos previstos para a proposta de mudança no modelo assistencial, em uma operadora de planos de saúde do interior do Paraná.

Item	Representatividade do custo fixo mensal com o custo assistencial total/ano
Serviços mensais em geral	0,004%
Contratos com terceirizados	0,001%
Recursos humanos	0,084%
Total custos fixos	0,088%

Fonte: próprio autor (2019).

4.5.4– Cronograma de ações para implantação

Por meio da Tabela 13, a presente pesquisa sugere à operadora estudada um cronograma de ações necessárias visando a mudança do modelo assistencial conforme percorrido durante os tópicos anteriores.

Ressalta-se que as ações deverão ser controladas e mantidas continuamente, revisando e renovando permanentemente cada item, pois o processo saúde-doença é dinâmico e a saúde suplementar é influenciada por vários outros cenários como política, economia e regulação.

Tabela 13 – Cronograma de implantação do novo modelo de atenção à saúde.

Ações	Período
Levantamento demográfico da população	07/2019 a 12/2019
Territorialização da carteira de beneficiários	07/2019 a 12/2019
Definição do perfil epidemiológico e de saúde da população	07/2019 a 12/2019
Plano de comunicação aos envolvidos (clientes, profissionais, população em geral)	01/2020 a 03/2020
Estruturação das filiais	06/2019 a 01/2020
Treinamento das equipes de saúde e administrativa	06/2019 a 03/2020
Início da metodologia para clientes já existentes	01/2020
Início da venda do novo produto	06/2020
Reavaliação da metodologia assistencial	12/2020

Fonte: próprio autor (2019).

4.5.5 – Resultados esperados com o novo modelo assistencial

Identificou-se que o custo assistencial que a operadora desembolsa para fornecer os serviços de saúde para a população atendida, apresentou um crescimento médio de 22% ao ano. Caso o modelo de atenção à saúde continue o mesmo, baseado somente nos níveis de atenção mais custosos e pouco resolutivos, representará em menos de 10 anos a insustentabilidade da operadora, pois suas receitas não cobrirão mais as despesas com a carteira de clientes.

No estudo de Faraco, Pádua e Gomes (2016), foram expostos os resultados alcançados com a implantação da Atenção Primária à Saúde em uma operadora de planos de saúde da modalidade cooperativa médica, onde constatou-se redução de 34% nos custos assistenciais da população assistida nessa metodologia, cuja carteira de clientes possuía 3.000 (três mil) indivíduos e a análise foi realizada no período de janeiro de 2011 a setembro de 2014, portanto em 3 anos e 8 meses do modelo implantado.

Já no estudo realizado por Silva, Moretto e Miranda (2016), realizado em uma operadora de planos de saúde da modalidade cooperativa médica, foram analisados os resultados alcançados com a população que aderiu à metodologia APS em comparação com a população que não aderiu. Dessa forma, constatou-se que a carteira de clientes inserida na APS sofreu redução de 34,2% na frequência de internações hospitalares

per capita em relação à carteira geral no ano de 2014. Quando verificada a redução de custos assistenciais geral, foi possível reduzir 52,6% na carteira APS em comparação com o restante da carteira. Quanto à frequência de exames per capita, os clientes inclusos na APS reduziram em 47,6% seu consumo quando comparados com os demais que estavam na metodologia tradicional do plano.

Na pesquisa realizada por Sampaio, Castilho e Soares (2016), onde analisaram uma amostra de 935 beneficiários 6 meses antes e 6 meses depois de terem aderido à metodologia APS em uma operadora de planos de saúde da modalidade cooperativa médica, constataram redução de 34 para 20% na proporção de utilização de consultas em pronto socorro em relação ao total de consultas no período. Portanto concluem que o pilar acesso que gera o vínculo a um médico de referência modificam a demanda pelo atendimento em saúde, contribuindo para a redução de procura desnecessária por serviços de urgência e emergência, gerando impacto positivo na coordenação do cuidado.

Dessa forma, caso os gestores da operadora estudada decidirem aderir ao modelo proposto, estima-se que, além de se tornar sustentável em seus resultados financeiros, a operadora ainda fornecerá assistência de saúde de qualidade, promovendo o envelhecimento saudável e ativo da população assistida.

As ações voltadas para a promoção de saúde exigem investimentos na educação da população para o autocuidado, de forma que o indivíduo se torna responsável pelos seus hábitos, contribuindo para a redução dos riscos de adoecimento, como praticar exercícios físicos com frequência adequada, manter alimentação saudável, não fumar ou ingerir bebidas alcólicas, ingerir líquidos saudáveis, entre outros.

Já as ações de prevenção de doenças interferem no processo saúde-doença de forma precoce, inserindo na população junto ao autocuidado, além da educação para prevenir o adoecimento, atividades de detecção de sinais e sintomas clínicos antes mesmo da doença se instalar ou se tornar crônica.

A economia nos custos assistenciais é afirmada aqui, desde que a operadora incorpore os quatro pilares da atenção primária (longitudinalidade, integralidade, acesso e coordenação do cuidado) e utilize o fluxograma de percurso assistencial apresentado,

pois dessa forma será possível manter o cliente assistido holisticamente em todas as suas necessidades, em caráter preventivo, na maioria das vezes, sem a necessidade de um tratamento médico para uma patologia instalada.

No modelo apresentado deverá se investir não somente em estrutura, mas principalmente em educação continuada da equipe assistencial envolvida, para que a metodologia seja defendida e incorporada na população, aculturando a todos que tiverem contato com o novo sistema de saúde que estarão inseridos. Estima-se que essa mudança cultural atingirá sua totalidade somente a longo prazo, porém é o único caminho a ser percorrido para atingir a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a sustentabilidade dessa operadora.

5 CONCLUSÃO

Realizou-se pesquisa bibliográfica acerca dos assuntos pertinentes à pesquisa, para embasamento teórico, levantamento de dados epidemiológicos e de utilização dos clientes atendidos pela operadora de planos de saúde.

A partir daí foi formatado um perfil da carteira de clientes da operadora e buscou-se metodologias existentes de atenção à saúde no país, dessa forma, a presente pesquisa atingiu os objetivos elencados inicialmente, pois após análise do perfil epidemiológico e de utilização, foi possível construir e apresentar proposta para mudança do modelo assistencial atual da mesma.

A operadora de planos de saúde estudada, está localizada em um município do interior do Paraná e pertence à modalidade cooperativa médica. Algumas deficiências foram identificadas durante a pesquisa, como dificuldade na coleta de informações detalhadas e baseadas em fatores de risco para doenças, que o sistema de gestão atual não traz em seu banco de dados, assim como dados demográficos e sanitários, portanto sugere-se revisão da metodologia de alimentação de dados e geração de informação para que os gestores possam se embasar melhor para tomada de decisão.

A análise da carteira de clientes expôs um perfil predominantemente idoso, que representa custo assistencial significativo e preocupante, além de evidenciar a utilização dos serviços especializados de forma descontrolada devido à ausência de assistência em nível primário de atenção à saúde, além de doenças crônicas com custo elevado para a operadora.

Foi evidenciado na pesquisa que a operadora estudada não possui ações permanentes em coordenação do cuidado dos beneficiários atendidos, por isso se propôs uma mudança no modelo assistencial da operadora. Essa mudança dependerá de muitos fatores, dentre eles: investimento, contratação de pessoal, treinamento dos profissionais, mas principalmente reconhecimento dos profissionais e da população atendida de que esse nível de assistência é ideal para manter seu estado de saúde, pois culturalmente não é essa metodologia que têm se seguido.

O modelo assistencial inovador sugerido para a operadora estudada foi um misto das duas metodologias encontradas: APS- Atenção Primária à Saúde e ESF- Estratégia Saúde da Família. Por meio de fluxograma demonstrou-se o percurso assistencial do

beneficiário atual e no novo modelo, onde afirmou-se que será possível reduzir os custos assistenciais com a metodologia sugerida, pois permitirá reduzir o desperdício de recursos, promover a resolutividade da maioria dos problemas de saúde sem precisar de uma atenção mais especializada, direcionar os recursos para os casos em que realmente serão necessários, além de monitorar e tratar fatores de risco para prevenir doenças, promover a saúde e manter o indivíduo ativo e saudável.

Dessa forma, se fez necessário propor cronograma inicial de implantação da nova metodologia e de ações que deverão ser controladas e mantidas continuamente, revisando e renovando permanentemente cada item, pois o processo saúde-doença é dinâmico e a saúde suplementar é influenciada por vários outros cenários como política, economia e regulação. Elencou-se também os recursos materiais e humanos que serão necessários na implantação da nova metodologia, porém no decorrer das ações poderá ser preciso readequar essa previsão, conforme a realidade imposta do momento.

O modelo assistencial sugerido no estudo, permitirá à operadora reduzir seus custos assistenciais a longo prazo contribuindo com a sustentabilidade da mesma e promovendo a qualidade assistencial, pois inserirá cultura preventiva na rede de atenção à saúde e nos beneficiários, contrariando a predominância curativa das ações praticadas atualmente. Ressalta-se que a presente pesquisa será disponibilizada para a operadora de planos de saúde estudada, para que seus gestores possam analisar e verificar a viabilidade de implantação da metodologia sugerida e dessa forma poderão decidir quanto à adesão.

6- REFERÊNCIAS

ALVES, Danielle Conte; UGA, Maria Alicia Dominguez; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 153-161, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200153&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2019.

ARAUJO, Ângelo Augusto da Silva; SILVA, José Rodrigo Santos. Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2763-2770, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802763&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2019.

BARBOSA FILHO, Fernando de Holanda. A crise econômica de 2014/2017. **Estud. av.** São Paulo, v. 31, n. 89, p. 51-60, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000100051&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BARBOSA, Mayara Lima; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1101-1108, Dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.956, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF; 3 jun. de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656.htm>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF; 28 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 94, de 23 de março de 2005. **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=OTE5>>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf> Acesso em: 12 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2008 – Saúde Suplementar: Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Brasília: 2009. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-ANS-2008.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº 10, de 08 de dezembro de 2010. **Diretoria de Gestão – DIGES**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/diges/2010/int0010_08_12_2010.html>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 265, de 19 de agosto de 2011. **Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc5Ng==>>. Acesso em: 04 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa nº11, de 20 de dezembro de 2011. **Diretoria de Gestão – DIGES**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/diges/2011/int0011_20_12_2011.html>. Acesso em: 29 de setembro de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Instrução Normativa Conjunta nº7, de 07 de julho de 2012. **Diretoria de Normas e Habilitações de Operadoras – DIOPE e Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjMxMA==>>. Acesso em: 28 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis**

(DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 29 set. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação.** Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor.** Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Ano 1; nº 2 – Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436. de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: 2018. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/Perfil-da-morbimortalidade-masculina-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** Brasília, 137 p.: il, 2011. Disponível em: <<http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2052>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. **Revista Brasileira Cardiologia.** 2014; 27(1):35-42. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro.** IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. São Paulo: 2013. Disponível em: <https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/939_envelhementopop2013.pdf>. Acesso em: 11 out. 2018.

CUBAS, Marcia Regina et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 471-485, abr - jun 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0471.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CLEMENTE, Lucas Manoel Marques. **Práticas administrativas para a sustentabilidade financeira de operadoras de planos de saúde médico-hospitalares: um estudo de múltiplos casos.** 2016. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-03052016-110715/pt-br.php>>. Acesso em: 25 set. 2018.

CORRÊA, Rodrigo Alexandre. **Análise de aspectos que influenciam o desempenho de operadoras de planos de saúde privados.** 2016. 71f. Dissertação (Mestrado em Administração) -. Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura – FUMEC, Belo Horizonte, 2016. Disponível em:

<<http://www.fumec.br/revistas/pdma/article/viewFile/4778/2570>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2017.

CRUZ, Danielle Teles da; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

CURCI, Kátia Audi et al. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: um breve histórico. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 230-240, abr.-jun. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_prevencao_riscos_suplementar.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2018.

_____. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?obitocorr/cnv/obitocorr.def>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

DUARTE, André Luís de Castro Moura et al. Evolução na utilização e nos gastos de uma operadora de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2753-2762, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802753&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2018.

FARACO, F.S.; PÁDUA, M.B.L.; GOMES, A.L. Critérios para padronização do modelo de Atenção Integral à Saúde. **Unimed Ciência**, São Paulo, v. 1., out. 2016, p. 31-35. Disponível em:

<http://www.unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/unimed_brasil/unimed_ciencia_out_2016/#31/z>. Acesso em: 19 abr. 2019.

FUNDAÇÃO ESCOLA NACIONAL DE SEGUROS – FUNENSEG. **Fundamentos, regulação e desafios da Saúde Suplementar no Brasil**. 1ª edição: 2015– Rio de Janeiro/RJ – Brasil.

HEIMANN, Luiza Stermann et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2018.

LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS, João Boaventura Branco de. Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 447-458, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2017.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. Envelhecimento. saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 135-151, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/36490/24947>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

MASSIMO, Erika de Azevedo Leitão; SOUZA, Hercília Najara Ferreira de; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300679&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out.2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-Americana da Saúde. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, 512 p.: il, 2012. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 12 out.2018.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2018.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2018.

REIS, Mary Lopes; PUSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. Estratégia de Saúde da Família no Sistema de Saúde Suplementar: convergências e contradições. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1308-1313, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2018.

RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/750M.PDF>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SÁ, Marcelo Coelho de et al. Os riscos do mercado de saúde suplementar: uma revisão bibliográfica do impacto da transição demográfica e epidemiológica nas operadoras de planos de saúde no Brasil. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA DA ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DOM BOSCO, 2013, Rezende. **Anais eletrônicos de Gestão e Tecnologia para a Competitividade**. Rezende: Faculdade Dom Bosco, 2013. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/4318522.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

SILVA, Patrícia Souza; MORETTO, Renata Loureiro; MIRANDA, Fernanda Souza. Personal: Modelo de Atenção Primária da Unimed Vitória. **Unimed Ciência**, São Paulo, v. 1, p. 39-41, out. 2016. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/portalunimed/flipbook/unimed_brasil/unimed_ciencia_out_2016/#39/z>. Acesso em: 19 abr. 2019.

VERAS, Renato Peixoto et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2018.

ZIROLDO, Rodrigo Romera; GIMENES, Rafaela Okano; CASTELO JUNIOR, Clóvis. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **Mundo Saúde**, São Paulo v. 37, n. 2, p.216-221, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/importancia_saude_suplementar_demanda_prestacao.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.