

# VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

ABRIL/MAIO/JUN • 2020



abramge • sinamge • sinog

ANO 4 Nº 16

ISSN 2448-0630

## SEGMENTO ODONTOLÓGICO

PLANOS ODONTOLÓGICOS AINDA TÊM MUITO A CRESCER, MAS É PRECISO ESTAR NO CAMINHO CERTO

## GESTÃO DE CRÔNICOS

PREVENÇÃO E MONITORAMENTO DESPERTAM A ATENÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DAS OPERADORAS

## PÁGINAS AZUIS

DIRETOR DA OPAS FALA SOBRE AS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA, TELEMEDICINA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E FAKE NEWS

# OVERUSE

EXAMES DESNECESSÁRIOS GERAM RISCO À SAÚDE  
E ENCARECEM O SISTEMA



# Medicina de precisão

é possível.

*Hoje, o conhecimento médico, a tecnologia e a ciência de dados oferecem  
uma enorme promessa:  
o tratamento certo para o paciente certo, na hora certa.  
Juntos, podemos tornar isso realidade para os pacientes no Brasil.*

Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A  
Av Engenheiro Billings, 1729, Jaguaré, SP, Brasil  
[www.roche.com.br/pt/farmaceutica/medicina-personalizada](http://www.roche.com.br/pt/farmaceutica/medicina-personalizada)  
M-BR-00000477



# OLHAR APROFUNDADO SOBRE TEMAS DENSOS? TEMOS!

Os principais desafios do setor de saúde no Brasil passam por questões estruturais e complexas. Uma delas é o *overuse*, tema da reportagem de capa desta edição, escolhido com o intuito de retratar como o mercado vem enfrentando suas causas e efeitos [1]. Em síntese, nota-se uma tendência crescente de abordagem baseada em evidências científicas, apoiada em medicina de valor e centrada no paciente. Como deve ser, o uso desnecessário de recursos na saúde vem se tornando cada vez menos alvo de polêmicas e passa a integrar pautas não só de ambientes de gestão como das interações na ponta da assistência médico-hospitalar.

Outra reportagem de fôlego busca traçar um panorama do segmento de odontologia suplementar e o que se pode esperar do crescimento desse mercado. As oportunidades de segmentação, de ampliação do acesso à saúde bucal, de aumento de planos individuais e familiares e qual a nova configuração das operadoras a partir de marcantes aquisições foram alguns dos assuntos que exploramos em conversas com entrevistados de visão muito abrangente e aprofundada.

A gestão de pacientes crônicos é tema de uma terceira matéria. Mostramos, na prática, alguns dos resultados dessa estratégia e como os programas se tornam cada vez mais relevantes em um momento em que todos os olhos e ouvidos se voltam para a atenção primária à saúde. Em Acesso, o destaque deste número é o Centro Clínico Gaúcho, uma das maiores operadoras do Rio Grande do Sul, que da região metropolitana de Porto Alegre está se expandindo para todo o Estado e, ainda, para a cidade catarinense de Florianópolis [2].

Nas Páginas Azuis, entrevistamos Jarbas Barbosa, ex-presidente da Anvisa e que hoje ocupa papel relevante na hierarquia da OPAS/OMS [3]. Falamos sobre a epidemia de covid-19 e a agenda de colaboração da organização com o Ministério da Saúde brasileiro para possibilitar programas robustos o suficiente no enfrentamento de grandes desafios.

A aguardada reforma tributária e seu potencial de fortalecer a economia e os negócios no país estão no nosso Raio X. Vislumbramos, na seção Check up, os avanços esperados com a iminente regulamentação da telemedicina [4]. Vem conosco!

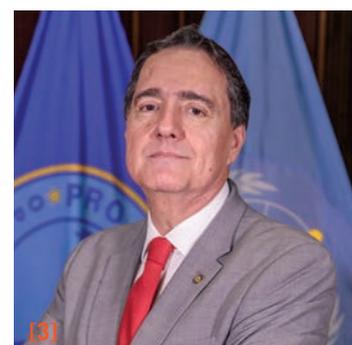
Boa leitura.



ISTOCK



DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO



ISTOCK

06



## PÁGINAS AZUIS

Jarbas Barbosa, diretor-adjunto da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), comenta sobre o apoio ao fortalecimento das respostas a doenças transmissíveis e não transmissíveis, como o coronavírus (COVID-19).

CAPA 16

## OVERUSE

Monitoramento do uso excessivo de recursos é essencial para combater encaminhamentos para exames e procedimentos desnecessários, além de abandonar o modelo de remuneração calcado no volume de serviços prestados.

## 22 CUIDADOS CRÔNICOS

Desafios e preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da OPAS, as doenças crônicas não transmissíveis estão entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços.

## 26 MERCADO ODONTOLÓGICO

Cenário que contempla diversos players, a expansão do mercado odontológico foi de 7,2%, em 2019, e tende a seguir o mesmo comportamento em 2020. Mas qual é o caminho a seguir?

### SEÇÕES

- 11 Notas
- 12 Imagem
- 14 Raio-x
- 30 Check-up
- 32 Acesso
- 34 Diagnóstico



CAPA: ISTOCK



abramge • sinamge • sinog

### COMITÊ EXECUTIVO

Reinaldo Camargo Scheibe PRESIDENTE DA ABRAMGE  
 Geraldo Almeida Lima PRESIDENTE DO SINOG  
 Cadri Massuda PRESIDENTE DO SINAMGE  
 Carlito Marques SECRETÁRIO-GERAL DA ABRAMGE  
 Lício Cintra DIRETOR DO SINAMGE

### DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO

Gustavo Sierra ASSESSOR DE IMPRENSA ABRAMGE  
 Keiko Otsuka Mauro GERENTE DE MARKETING  
 E EVENTOS ABRAMGE  
 Luis Fernando Russiano ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO,  
 MARKETING E EVENTOS SINOG

### PROJETO EDITORIAL E GRÁFICO

**xcom** XCOM  
 contato@xcom.net.br

### PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Daniel Bruin (DIRETOR DE PROJETOS)  
 Eduardo de Natale (COORDENAÇÃO)  
 Camila Souza (REPORTAGEM)  
 Paula Higa (DIREÇÃO DE ARTE)

### PUBLICIDADE

E-mail: comercial@visaosaude.com.br

### IMPRESSÃO

Ipsis Gráfica e Editora

A revista **Visão Saúde** é uma publicação das entidades que representam os planos de saúde.

A reprodução total ou parcial do conteúdo, sem prévia autorização, é expressamente proibida. Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião da **Visão Saúde** ou do **Sistema Abramge**.

**ABRAMGE** Associação Brasileira de Planos de saúde

**SINAMGE** Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo

**SINOG** Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

**REVISTA VISÃO SAÚDE** Rua Treze de Maio, 1540 São Paulo - SP  
 CEP 01327-002 TEL.: (11) 3289-7511

**SITE** www.abramge.com.br | www.sinog.com.br | www.visaosaude.com.br

**E-MAIL** redacao@visaosaude.com.br | comercial@visaosaude.com.br



## TEMOS O LUGAR CERTO PARA O SEU EVENTO

Aproveite toda estrutura e comodidade da sede do Sistema Abramge/Sinamge/Sinog e UCA e agende o seu evento.

Espaço moderno e com os recursos necessários para fazer do seu evento e/ou treinamento um sucesso.

- ✓ Auditório com capacidade para 100 pessoas
- ✓ Salas de aula com recursos audiovisuais
- ✓ Espaço para coquetel
- ✓ Infraestrutura completa

Consulte condições  
(11) 3289-7511  
[WWW.ABRAMGE-UCA.COM.BR/LOCACAO](http://WWW.ABRAMGE-UCA.COM.BR/LOCACAO)



# COOPERAR PARA EVOLUIR

## A visão de um brasileiro na OPAS sobre os desafios do nosso sistema

**L**igado à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desde 2007, de forma paralela a outras atividades, o pernambucano Jarbas Barbosa assumiu há um ano e meio o cargo de diretor-adjunto com dedicação integral, responsável por supervisionar os programas de cooperação técnica oferecidos aos 35 Estados membros. A OPAS é o escritório regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu antecessor era do México e ficou na posição por cinco anos. Nesta entrevista, concedida direto da sede da organização, em Washington (EUA), o médico sanitário compartilha sua visão sobre alguns dos desafios do Brasil na saúde – e o faz com ênfase no referencial de suas responsabilidades atuais.

Barbosa é um dos mais recentes ex-presidentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), papel desempenhado de 2015 a 2018. Antes, foi secretário de Vigilância em Saúde e, a seguir, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Nos anos 80, participou da reforma sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua formação acadêmica – Universidade Federal de Pernambuco, Fiocruz, Unicamp – e os 40 anos de carreira são marcados pela dedicação à saúde pública.

FOTO: DIVULGAÇÃO

### **Qual é a pauta atual da OPAS com o Brasil?**

A OPAS tem com o Brasil uma cooperação técnica muito intensa e diversificada, que cobre desde o apoio ao fortalecimento das respostas a doenças transmissíveis e não transmissíveis, processos de aquisição de vacinas, aprimoramento da atenção primária. É uma pauta bastante ampla, definida conforme as prioridades do Ministério da Saúde. Fazemos, por exemplo, avaliações externas de determinados programas para recomendar melhorias, treinamentos de profissionais, contratação de especialistas para consultorias específicas com determinados enfoques, visitas técnicas de brasileiros a iniciativas no exterior. É uma grande variedade de instrumentos para prestar essa cooperação. O Brasil tem uma enorme capacidade: uma rede acadêmica e de gestão fortes, um sistema descentralizado com experiência em várias áreas. É um desafio para nós responder à altura de um país com tanta fortaleza na sua área de saúde em relação ao que podemos aportar de maneira adicional. Temos, na América Latina, países com fragilidades muito maiores.

### **Qual a sua avaliação sobre as medidas que o Brasil tem tomado em relação ao coronavírus?**

A OPAS faz o apoio e a cooperação técnica a todos os países da região, inclusive o Brasil, para que tenham uma boa preparação e resposta a qualquer emergência de saúde pública: sistema de vigilância, laboratório de referência, serviços de saúde, comunicação de risco etc. Dentro da América Latina, o Brasil é um dos países que têm uma condição melhor, ao lado de México, Chile, Argentina e outros. Mas, em qualquer sistema de vigilância, sempre há desafios a serem enfrentados, novas medidas a serem adotadas para respostas rápidas. Os serviços de saúde públicos e privados devem estar bem alertas a todas as recomendações técnicas e saber o que fazer caso cheguem viajantes que preencham os critérios divulgados pela OMS. Friso bem serviços de saúde privados porque, muitas vezes, um viajante internacional se dirige a um serviço privado, não a um serviço público. Além disso, a OPAS enviou a todos os laboratórios de referência, inclusive os três do Brasil,

o kit para confirmar ou descartar os casos suspeitos no próprio país. Também mantemos comunicação diária com os Ministérios da Saúde, passamos informações sobre o que está acontecendo em relação ao Covid-19 (nome dado à doença), número de casos novos, situação epidemiológica, novas informações técnicas e científicas sobre o manejo clínico dos casos, preparação dos serviços de saúde, normas de biossegurança etc. Prestamos todas essas informações.

### **Há críticas de que outras doenças transmissíveis com impacto muito maior no Brasil não recebem a mesma atenção da opinião pública, como dengue, zika, chikungunya e algumas que têm até vacina como sarampo e febre amarela. Como a OPAS vê essa dicotomia?**

Estamos vivendo uma importante emergência de saúde pública internacional. É importante não ter nenhuma das duas atitudes. Primeiro, o pânico, como se fosse algo com o que o mundo não conseguirá lidar. Tem muita gente transmitindo vídeos falsos, com pessoas caindo no metrô na China, o que é absolutamente falso. Por outro lado, é importante não minimizar o que estamos vivendo. É um vírus novo, sobre o qual estamos acumulando conhecimento ainda, mas que significa uma ameaça real de gerar uma epidemia em vários países com sobrecarga do sistema de saúde, causando casos graves que irão lotar hospitais, UTIs e levarão pessoas à morte. As autoridades do Ministério da Saúde estão fazendo o que é correto: implantando todas as medidas capazes de preparar o Brasil para a eventualidade de todo o país receber casos importados e, se acontecer, agir da maneira correta para evitar que transformem em um surto dentro do país. Para isso, é preciso fazer um esforço grande. Não vejo qual é a vantagem de fazer esse tipo de comparação nesse momento. Todas as doenças são importantes: as transmissíveis e as não transmissíveis. Os Ministérios da Saúde hoje lidam com cenários complexos, que devem ser respondidos de maneira ampla. Tem que dar resposta para os casos de diabetes não detectados oportunamente, para os casos de dengue, tem que vacinar a população, mas tem que responder também a esse novo vírus, que é uma ameaça.

## **A circulação de fake news já é um grande desafio aos sistemas de saúde. Como a OPAS/OMS tem visto isso e o que tem feito a respeito?**

O que a OMS fez em relação ao Covid-19 foram acordos com o Google e outras plataformas para que, quando as pessoas pesquisem sobre essa nova doença, as primeiras informações sejam os links oficiais da Organização Mundial da Saúde. Creio que essa é uma medida importante que pode servir para outros temas de saúde, como vacinas, por exemplo. É muito importante também que os Ministérios da Saúde mantenham informações disponíveis. É plenamente compreensível que haja uma certa ansiedade da população para saber o que está acontecendo, qual é o risco para a família e a comunidade dela. Para contrapor as notícias inverídicas, a melhor maneira é garantir que haja o acesso às verdadeiras. Divulgar informação segura, confiável, baseada em evidência científica, é a melhor maneira de se evitar a crença nas *fake news*.

---

## **Não vejo qual é a vantagem de fazer esse tipo de comparação nesse momento. Todas as doenças são importantes: as transmissíveis e as não transmissíveis.**

---

### **Quais as principais referências entre os sistemas de saúde do mundo e que seriam aplicáveis ao Brasil?**

Cada país tem uma maneira de organizar os seus sistemas de saúde. Tem aqueles totalmente estatais, os baseados em asseguarmento e outros mistos. Não fazemos nenhum tipo de avaliação de reputação de cada um. Os países são nossos Estados-membros na Organização. O que fazemos é prestar cooperação técnica para que eles fortaleçam seus sistemas de saúde e consigam responder bem às necessidades que se apresentam em cada país. Recomendamos o empenho em construir o acesso universal à saúde e cada país encontra seu caminho de maneira soberana. Não fazemos qualquer tipo de prescrição. Recomendamos que barreiras de acesso sejam removidas. Cada país

tem que buscar a melhor maneira de superá-las de forma que o acesso aos serviços de saúde seja garantido como um direito exercido pelas pessoas. A maneira como isso é feito em cada país tem uma diferença muito grande. O princípio geral de que saúde é um direito e que precisa ser implantado na prática é com o que trabalhamos.

### **A atenção primária tem um papel preponderante nesta questão do acesso?**

Sim, tem um papel fundamental. A atenção primária à saúde é a estratégia adequada para se alcançar cobertura e o acesso universais à saúde. A atenção primária é compreendida não só como o primeiro nível de atendimento, mas, dentro de uma visão ampla, como um conjunto de iniciativas capaz de responder às necessidades da comunidade a que se dirige, em termos de prevenção, promoção, de forma interligada a redes de atenção, ou seja, com resolutividade e, ao não conseguir resolver um problema mais complexo, sendo a porta de entrada para facilitar o acesso aos níveis de média e alta complexidade. É essa a atenção primária de que precisamos hoje no mundo inteiro e na América Latina igualmente.

### **Qual é o papel da telemedicina e da tecnologia em geral na ampliação do acesso à saúde?**

A telemedicina é uma ferramenta importante, junto a outros recursos do que chamamos hoje de saúde digital. São tecnologias que podem representar uma ampliação do acesso. Podem ter um papel importante para equipes de saúde que trabalham em áreas remotas para obter opiniões de especialistas em tempo hábil, por exemplo. São possibilidades de utilização que cada país está avaliando como melhor integrar. A regulamentação das plataformas está sendo objeto de debate.

**Neste sentido de ampliação do acesso e também de assertividade e eficiência dos serviços de saúde, o que poderia comentar sobre o potencial da integração de dados?**

Tem crescido, no mundo inteiro, a utilização dos chamados big data, tanto os grandes bancos de dados estruturados como os não estruturados, como redes sociais, para várias aplicações de saúde pública. Essa é uma área que está em constante evolução e há o interesse do setor de buscar cada vez mais a utilização desses grandes bancos de dados, tanto no fornecimento de informações que possam ser utilizadas pelos gestores de saúde como para que se empreguem de maneira mais eficaz os recursos disponíveis.

**Muito se fala da evolução de custos que acompanha o avanço da própria medicina. Qual é a recomendação mais geral da OMS/OPAS sobre a avaliação e a incorporação de tecnologias?**

Os países devem procurar ter um gasto adequado. Há estudos que mostram que, para subsidiar sistemas universais de saúde, os países devem investir, no mínimo, 6% do Produto Interno Bruto como gasto público em saúde. Temos problemas graves de subfinanciamento em praticamente todos os sistemas de saúde da América Latina. Também é preciso garantir as melhores práticas no sentido de arranjos assistenciais capazes de dar mais eficiência ao gasto. Cada país tem buscado, dentro da sua realidade – de acordo com o contexto local jurídico, legal, político – fazer arranjos porque essa é uma necessidade. Quando olhamos o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, a possibilidade de emergências de saúde pública como essa que estamos vivendo agora e que irão continuar ocorrendo no futuro, novos medicamentos e equipamentos de custo elevadíssimo, é uma equação toda que exige uma abordagem ampla por parte dos sistemas de saúde, busca de financiamento adequado e de alternativas para maior eficiência do gasto, como a interligação de redes e compartilhamento de serviços. Todos os sistemas de saúde hoje estão preocupados em buscar esse tipo de resultado. ■



# FAKE NEWS MATAM

## Coronavírus tem potencializado “infodemia”

A agência oficial Irna informou recentemente que 27 pessoas morreram no Irã após consumir bebida alcoólica adulterada por acreditarem em *fake news* de que ela prevenia contra o coronavírus. A disseminação de notícias falsas tem ganhado tamanha proporção em todo o mundo que especialistas em saúde pública já falam em uma “infodemia”. O covid-19 é a primeira epidemia da era da hiperconectividade. Somente no fim de semana em que ocorreu a confirmação do primeiro caso no Brasil, o grupo especializado em *fake news* do Ministério da Saúde recebeu 4 mil mensagens sobre o tema. Na verificação, foi constatado que 85% eram falsas.

A exemplo da política, a saúde tornou-se um terreno fértil para a propagação de *fake news*. Reportagem de Juliana Gragnani, na BBC Brasil, publicada em setembro de 2019, revela que tanto as redes sociais e os sites que hospedam notícias falsas quanto os produtores desses conteúdos mentirosos lucram com milhões de visualizações de anúncios inseridos nas páginas e vídeos. Até o momento, não há fiscalização que impeça o crescimento desse tipo de negócio. Os títulos sensacionalistas e frases do tipo “o governo e a indústria não querem que você saiba disso” têm se mostrado muito eficientes em fisgar os leitores e engajá-los para que compartilhem as mentiras.

Para tentar esclarecer a população e aumentar a relevância das notícias verdadeiras, o Ministério da Saúde criou, no ano passado, um espaço exclusivo para receber informações virais, que são apuradas pelas áreas técnicas e respondidas oficialmente se são verdade ou mentira. O número do Whats App – poderosa ferramenta de disseminação e por onde ocorre esse contato com o órgão oficial – é (61) 99289-4640.

A mídia tradicional também tem se dedicado a combater as *fake news* com plataformas específicas, como Estadão Verifica; Fato ou Fake do Grupo Globo; Holofote pelo Correio Braziliense; e UOL Confere. Há também agências independentes de checagem de fatos (o chamado *fact checking*). Agência Lupa, Aos Fatos, Boatos.org, E-farsas e Truco/Agência Pública são as mais conhecidas em nosso país.

## PLANOS DE SAÚDE LÁ EMBAIXO NA LISTA DOS RECLAMADOS

17ª posição atesta qualidade face ao volume de serviços prestados

É comum que pesquisas de opinião realizadas por institutos como Datafolha, Ibope e mesmo o IBGE apontem que os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde são sempre muito bem avaliados por seus beneficiários, com índices que superam 80%.

O levantamento anual do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor (Sindec) corrobora essa avaliação positiva do setor. O órgão é ligado ao Ministério da Justiça, que consolida registros de mais de 600 Procons de todo o Brasil.

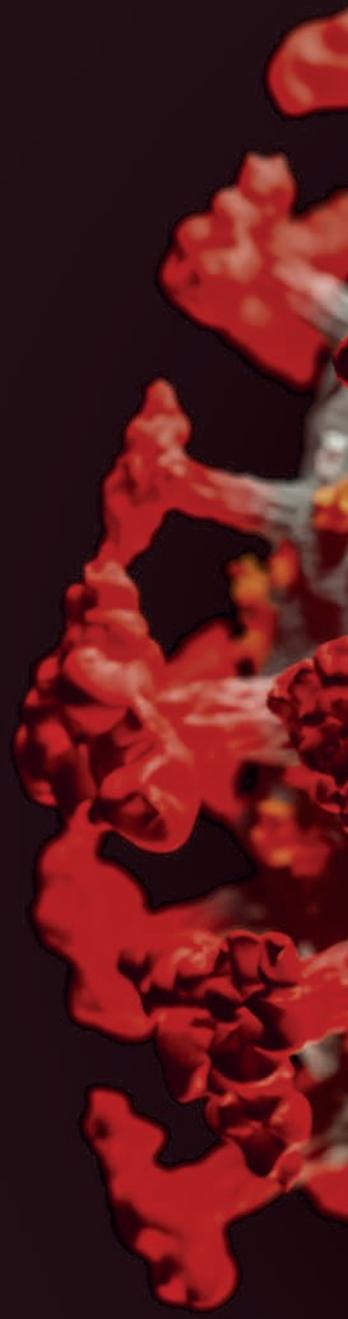
Em 2019, os planos de saúde foram apontados como o 17º setor de consumo mais reclamado (*gráfico abaixo*), com 1,3% das reclamações registradas. No mesmo período, estima-se que as operadoras de planos de saúde tenham realizado 1,5 bilhão de atendimentos no cuidado à saúde de seus beneficiários. O histórico também mostra que essa posição vem caindo ano a ano. ■

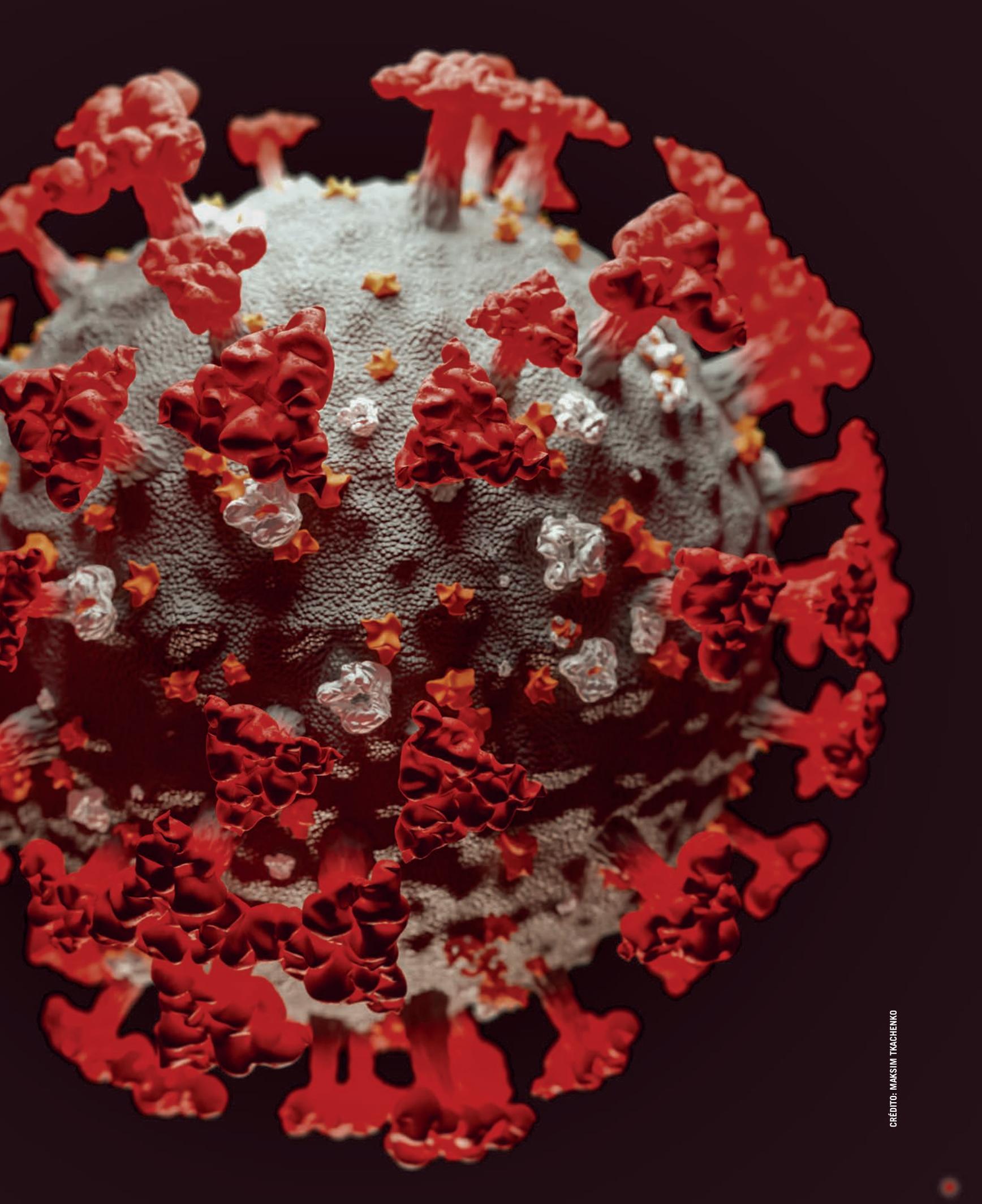


\*Colocação no ranking dos setores mais reclamados do SINDEC

# PANDEMIA DO COVID-19

Diante das medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, divulgadas pelo Ministério da Saúde, em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus, a ANS editou em 12/03/2020 a Resolução Normativa Nº 453 que altera o rol de procedimentos e eventos em saúde no âmbito da Saúde Suplementar, para regulamentar a cobertura obrigatória e a utilização de testes de diagnósticos quando o paciente se enquadrar na definição de caso suspeito ou provável de doença pelo Covid-19 definido pelo Ministério da Saúde.

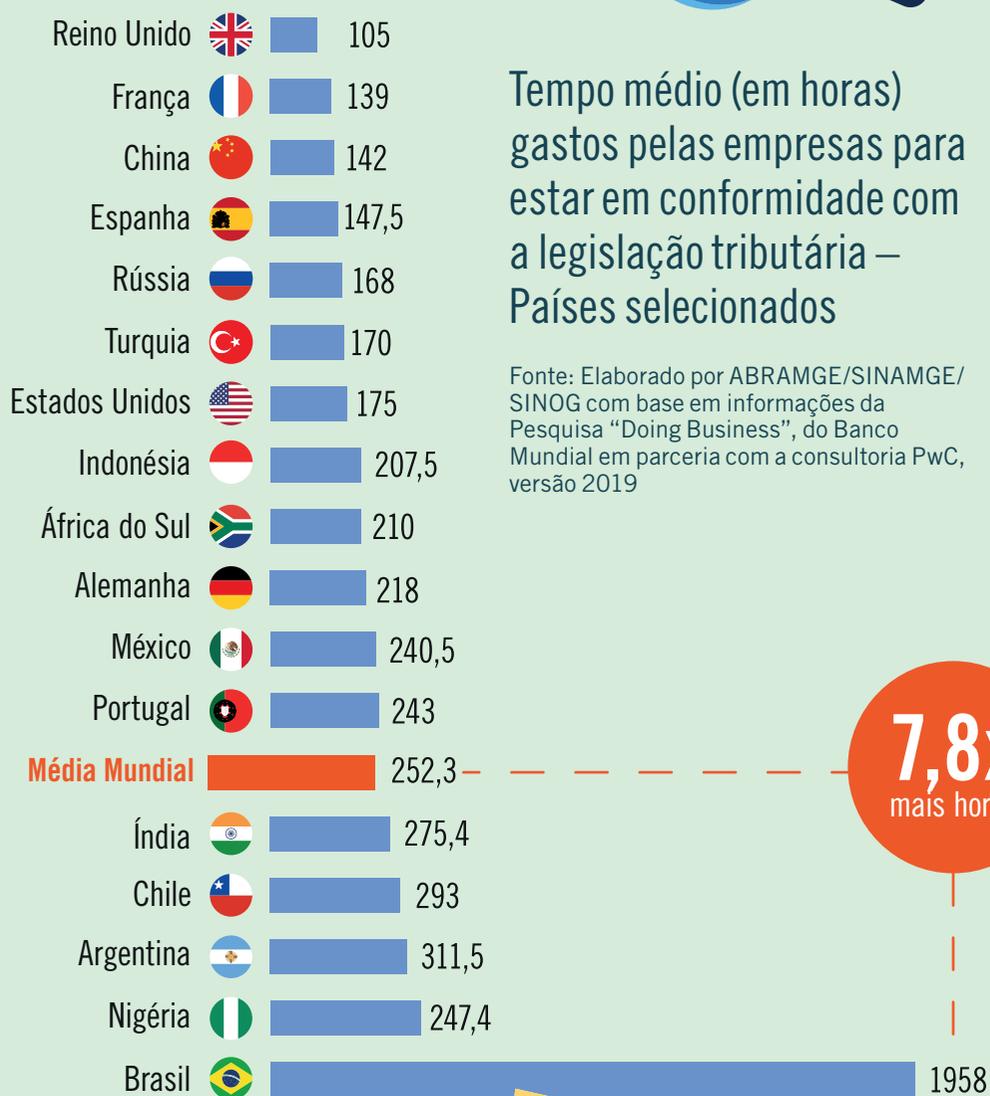




# OS IMPOSTOS E SEU PESO NOS PLANOS DE SAÚDE

A carga tributária brasileira é historicamente elevada. A complexidade do sistema tributário resulta da interação de 94 tipos de impostos, contribuições ou taxas praticados nas esferas municipais, estaduais e federal. Além disso, as regras de cada aplicação variam de acordo com o porte e o setor de atuação da empresa, o que torna o sistema ainda mais burocrático e ineficiente.

A pesquisa “Doing Business”, realizada pelo Banco Mundial em parceria com a PricewaterhouseCoopers (PwC), evidencia esse prejuízo ao calcular o tempo médio (em horas) gasto por empresas para atuar em conformidade com o regime tributário. Nesse ranking, o Brasil ocupa a última colocação dentre mais de 100 países, somando 1.958 horas/ano. A discrepância é tão grande que a marca brasileira é 7,8 vezes maior do que a média de todos os países participantes da pesquisa, que corresponde a 252,3 horas/ano (confira no gráfico ao lado).



Tempo médio (em horas) gastos pelas empresas para estar em conformidade com a legislação tributária – Países selecionados

Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações da Pesquisa “Doing Business”, do Banco Mundial em parceria com a consultoria PwC, versão 2019



Nos planos de saúde, a situação não é diferente. Com base em estudo do Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação (IBPT), desde 2013 o Sistema Abramge/Sinamge/Sinog mensura a carga tributária do setor a partir de informações disponibilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No período, a carga tributária sobre planos de saúde variou entre 25,5% e 26,1% do valor total da mensalidade. Em 2013, o total pago em tributos era equivalente a R\$



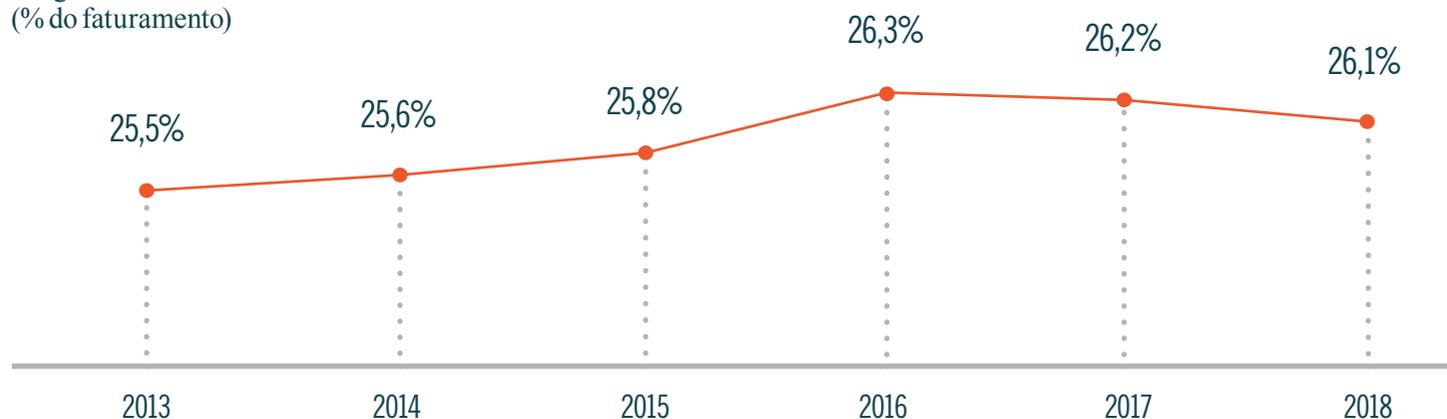
27,8 bilhões e em 2018 alcançou a expressiva marca de R\$ 51 bilhões.

A título de comparação, a despesa total paga pelo governo federal para garantir a assistência à saúde alcançou R\$ 81,7 bilhões em 2018, ou seja, somente o tributo sobre planos de saúde é suficiente para custear 62% do orçamento federal destinado à assistência.

## Carga tributária sobre planos de saúde - em % do faturamento (diretos e indiretos)



Carga tributária  
(% do faturamento)



## REFORMA TRIBUTÁRIA URGENTE



Aperfeiçoar o sistema tributário brasileiro é tido como um desafio a ser enfrentado pelo país já há décadas. Diante do mais recente cenário da economia do país, o Congresso Nacional voltou a discutir a reforma tributária. O Sistema Abramge/Sinamge/Sinog considera urgente a simplificação do sistema em razão de seu enorme potencial de alavancagem do desenvolvimento do Brasil e reitera seu apoio a uma reforma tributária que se volte também a aumentar a segurança jurídica dos contribuintes, de forma a facilitar o processo de cobrança e eliminar distorções, a exemplo da incidência

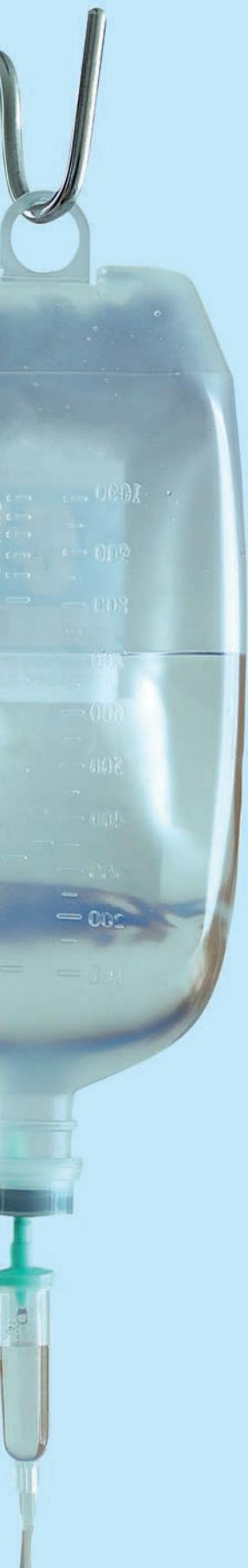
cumulativa de impostos e da concorrência fiscal entre Estados e municípios.

Sobre a tributação do sistema de saúde, considera fundamental que não ocorram impactos negativos nesses serviços dada a sua importância para a população e, ainda, que as mudanças não impliquem em aumentos no custo. ■



# MAIS NEM SEMPRE É MELHOR





## *Indicações inadequadas podem submeter pacientes a riscos desnecessários e onerar o sistema de saúde*

Ainda não há dados consistentes sobre o chamado overuse no Brasil, mas o setor está cada vez mais dedicado a combatê-lo. Estima-se que o percentual de testes, tratamentos ou procedimentos realizados desnecessariamente seja similar ao de outros países como o Canadá: 30%. Segundo Henrique Neves, vice-presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), esta é uma avaliação difícil, pois nem sempre a evidência dos benefícios aos pacientes é completa e muitas vezes os danos não são documentados.

Sobre a evolução dos custos na Saúde Suplementar há mais informações. Estudo da Anahp mostra que, entre 2013 e 2018, o crescimento foi de 12% ao ano em média. Metade refere-se à inflação médica e a outra ao aumento da frequência de uso do plano de saúde, que passou de 22,8 para 29,6 eventos por beneficiário anualmente. O salto de 30% em meia década, de acordo com o mesmo estudo, deve-se principalmente a exames e terapias, seguidos por outros atendimentos ambulatoriais. Em consultas e internações a variação foi marginal.

Embora a maior utilização seja insuficiente, por si só, para demonstrar o overuse, ganham força iniciativas que enfrentam algumas de suas causas. A Joint Commission International (JCI) há dois anos exige como requisito para a acreditação que os hospitais avaliem e monitorem o uso excessivo de recursos. “Isso porque pode ser

prejudicial do ponto de vista clínico”, explica Heleno Costa Junior, superintendente do Consórcio Brasileiro de Acreditação, associado no país da JCI. “Recomendamos a adoção de diretrizes baseadas em evidências científicas, fluxogramas de tratamento a serem seguidos para diminuir a variabilidade da conduta”, completa.

A preocupação com os eventuais danos aos pacientes originou nos Estados Unidos, em 2012, o movimento Choosing Wisely. Como o próprio nome diz, a ideia é que médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, pacientes e todos os participantes da cadeia façam as escolhas mais sábias. “Por trás de uma indicação desnecessária é comum haver uma conspiração da boa intenção”, comenta um dos coordenadores no Brasil, Guilherme Barcellos. O paciente se sente mais bem cuidado diante de um maior número de intervenções. Os profissionais de saúde, por sua vez, ora atuam defensivamente para não serem taxados de omissos, ora acreditam que determinada indicação pode realmente ser benéfica. O problema ocorre quando essa percepção é subjetiva, carregada de vieses, e não se baseia em ensaios clínicos ou outras evidências de alto grau.

Para os participantes do Choosing Wisely, a solução é a autocrítica de quem está na ponta do atendimento. “Eu realmente preciso deste exame, terapia ou procedimento? Quais são as desvantagens? Há opções mais simples, mais seguras? O que acontece se eu não fizer

MORE IS  
**NOT**  
ALWAYS  
BETTER



The same is true for medical tests and treatments. Talk with your health care provider about what you need, and what you don't. To learn more, visit [www.choosingwiselycanada.org](http://www.choosingwiselycanada.org)

Choosing  
Wisely  
Canada

*Campanha do Choosing Wisely Canada incentiva as pessoas a conversarem com os profissionais de saúde a respeito do que elas precisam e também sobre o que não precisam*

nada?” O movimento convida as sociedades médicas e de representantes de outros profissionais de saúde a discutir essas questões à luz de evidências. Em seguida, a proposta é listar as principais recomendações sobre o que deixar de fazer ou o que deve ser feito com menos frequência. Depois vem a reverberação do conteúdo e o incentivo contínuo à reflexão, ao diálogo. No Brasil desde 2015, o movimento já gerou cerca de 90 recomendações em diferentes especialidades médicas e também com os fisioterapeutas. “Um trabalho de formiguinha, de desconstrução de crenças”, define Barcellos, “mas que é genuíno e transformador”. Segundo ele, para dar certo é preciso convencer o médico ou o profissional de saúde de que o paciente não precisa daquela intervenção. “Se a redução de custos acontecer – e é bem-vinda – que seja uma consequência indireta desses esforços”, pontua.

O Instituto Brasileiro de Valor em Saúde (IBRAVS), criado em 2018, tem como um de seus principais objetivos disseminar o conceito de value based healthcare de forma organizada, sem permitir que seja deturpado. Uma metodologia formal

de avaliação chancelará projetos que estão efetivamente entregando valor em saúde. Cesar Abicalaffé, presidente do IBRAVS, conta que deve haver um chamamento público até o fim do ano com posterior premiação.

## ALÉM DO FEE FOR SERVICE

Abandonar o modelo de remuneração calcado no volume de serviços prestados – e que não avalia a sua qualidade – é um desejo cada vez mais forte no setor. Abicalaffe aponta que o fee for service é um grande indutor de intervenções de alta complexidade e superá-lo pode ajudar a viabilizar uma lógica centrada no paciente e no que é necessário para ele – nem mais nem menos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem promovendo um amplo debate sobre a implantação de modelos de remuneração de prestadores baseados em valor, mas não de maneira isolada. A mudança deve ser acompanhada de outras medidas de caráter sistêmico com ênfase em prevenção de riscos e doenças, cuidado integrado

e fortalecimento da atenção primária, compondo um conjunto de práticas inovadoras na assistência e na gestão (veja mais no box da pág. 20).

O tema está na pauta da agência reguladora. A política de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoprev) passa por uma reorganização para induzir essas mudanças e incentivar a medição de resultados em saúde que gerem valor para os beneficiários. Melhorar a saúde populacional e garantir a sustentabilidade do setor a partir da redução de desperdícios são as intenções da ANS.

E mudar não é fácil. Luiz Henrique de Almeida Mota, diretor executivo da Unidade Vergueiro do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, lembra que a ideia de construir uma estrutura 100% baseada em valor e no desfecho clínico foi aplaudida e rapidamente encampada pelas operadoras de saúde. Mas, na hora de realmente implantar o novo modelo assistencial e de remuneração, os empecilhos de ordem prática surpreenderam. “Percebemos que todos os processos do setor eram baseados no fee for service, o que impediu que avançássemos mais rapidamente”, relata. Foi preciso desenhar tudo do zero, em uma grande cocriação complexa e trabalhosa.

Foram quase três anos de amadurecimento para chegar ao estágio atual, que é de demanda já maior do que a oferta e crescente interesse dos profissionais pela metodologia disruptiva. “É preciso uma relação muito honesta e transparente entre as partes; temos um painel de indicadores de gestão e assistenciais que as

operadoras acompanham”, revela. A instituição foi pioneira e pretende abolir o fee for service de sua maior unidade, a da Paulista, mas não sabe exatamente quando isso acontecerá.

A maioria dos hospitais associados à Anahp faz transações com operadoras fora do fee for service. São experiências pontuais que têm ganhado corpo. “Novos modelos de remuneração vêm sendo introduzidos, como diárias globais, pacotes e capitation, que, com a curva de aprendizado necessária, continuarão a ter uma participação crescente”, projeta Henrique Neves.

## CUSTO CLÍNICO, NÃO MONETÁRIO

O mercado parece estar convencido de que olhar somente para a diminuição de despesas na tentativa de mitigar o overuse pode ser desastroso. “Para evitar indicações desnecessárias, o profissional precisa estar seguro do melhor custo-benefício de uma decisão para o paciente; só que este custo não é o monetário, mas sim o risco clínico daquela intervenção e tudo o que a envolve naquele momento, as expectativas de quem está sendo tratado e o contexto em que a pessoa será reinserida a seguir”, ensina Guilherme Barcellos, do Choosing Wisely.

É consenso também que esse tipo de reflexão deva ser trabalhado na formação dos profissionais. Na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, o conceito Choosing Wisely começou a ser implantado em 2016. Cada coordenador de curso reúne alunos e professores para formar um núcleo e

criar uma lista com 15 recomendações do que fazer menos ou não fazer. A relação é, então, avaliada por todos os professores e recebe notas. As cinco melhores resultam na lista Choosing Wisely do curso.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica (Abramed), os exames mais solicitados na Saúde Suplementar no País são ressonância magnética, tomografia computadorizada, papanicolau, densitometria óssea e ecodopplercardiograma. Ao contrário do que se propaga, o Painel Abramed 2019 – O DNA do Diagnóstico mostra que apenas 4% dos laudos de exames de imagem e análises clínicas não foram acessados e/ou retirados pelos pacientes no ano anterior.

Para Priscilla Franklim Martins, diretora-executiva da Abramed, alguns veem uma superutilização de exames como grande vilã, mas não consideram que gastos com exames bem indicados economizam bilhões de reais ao evitar tratamentos inócuos, mal indicados e as sequelas de um diagnóstico tardio. Por outro lado, argumenta, a subutilização de recursos que permitem diagnósticos mais precisos – chamada de *underuse* – é pouco estudada.



“A prevenção e detecção precoce de doenças são formas de desoneração da cadeia ao possibilitar que o paciente seja tratado antes de chegar ao estágio mais custoso dos tratamentos. Não olhar para o diagnóstico como prevenção também é desperdício”, sentencia.

Isso não quer dizer que a Associação nega a ocorrência do overuse. Pelo contrário. Em linha com recomendações Choosing Wisely Brasil da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial (SBPC/ML), preconiza evitar exames laboratoriais pré-operatórios de rotina sem indicação clínica para cirurgias de baixo risco, não solicitar múltiplos exames na avaliação inicial de pacientes com suspeita de doença tireoidiana e sim o exame do hormônio tireoestimulante (TSH), entre outros exemplos.

Ainda conforme informações da Abramed, o total de exames realizados no País em 2018 foi de 1,8 bilhão: 48% na Saúde Suplementar e o restante no sistema público,

que atende 75% da população brasileira. “Enquanto na Saúde privada a realidade é de recursos de alta tecnologia disponíveis muitas vezes sem os devidos critérios, no SUS (Sistema Único de Saúde) prevalece a desorganização: desperdício de medicamentos que perdem a validade, cirurgias desnecessárias e permanência exagerada”, esclarece Heleno Costa Junior, do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

Apesar de os sistemas de informação em geral ainda serem fragmentados e voltados para faturamento, não para os resultados clínicos, Cesar Abicalaffe, do IBRAVS, acredita que tanto as instituições privadas quanto a área pública investirão fortemente nessa transformação. “Essas questões sempre foram uma fonte de conflitos entre os atores do setor, mas o interesse em comum no value based healthcare alinha as expectativas”, avalia. “Não tem mais volta; agora é trabalhar para as iniciativas ganharem escala”, conclui o presidente do Instituto. ■

## DA PORTA DE ENTRADA AO PÓS-ALTA: UMA CADEIA EM TRANSFORMAÇÃO



Um dos indutores do overuse pode ser a forma como o paciente entra no sistema, que deve ser pela atenção primária, segundo a ANS. Na visão da Agência, a gestão da saúde de forma integrada pode reduzir internações desnecessárias e a duplicação de procedimentos, contribuindo para a melhora da condição de saúde da população e a sustentabilidade do setor. E mais: o órgão regulador espera que as operadoras atuem como gestoras do cuidado de seus beneficiários.

Ricardo Salem, diretor médico da Care Plus, relata que o primeiro desafio é reconhecer se o overuse é decorrente de um possível processo inadequado ou de uma demanda não sanada do paciente que o faz continuar em busca da solução. O segundo é entender como atuar para mitigar as irregularidades e, ao mesmo tempo, ajudar os pacientes a receberem um cuidado mais coordenado e assertivo.

A operadora tem dois programas nesta direção: o de Atenção Primária, com médico generalista e acompanhamento contínuo, e o de Telemedicina, que disponibiliza atendimento à distância, 24h por dia. A gestão de pacientes crônicos também representa uma forte tendência no mercado (veja mais na pág. 22).

A Pesquisa de Benefícios Aon 2018-2019, que analisou o comportamento de 640 empresas no Brasil, revela que o percentual das que fazem a gestão de saúde de seus colaboradores aumentou 22% em dois anos: de 23% em 2016-2017 para 28% agora. Rafaella Matioli, diretora de Consultoria de Saúde e Benefícios da Aon Brasil, tem a expectativa de que o indicador se mantenha em alta. “São ações que requerem investimentos, mas vêm se tornando

cada vez mais relevantes no mercado”, observa a executiva. “O sucesso de algumas empresas torna-se uma referência para as demais; essa é uma boa prática que apresenta resultados e traz a sustentabilidade de que o benefício precisa”.



**Rafaella Matioli**

Diretora da Aon  
Brasil

Na avaliação de Edna Bedani, diretora da Associação Brasileira de Recursos Humanos em São Paulo (ABRH-SP), infelizmente essas ações ainda estão aquém da necessidade. “A gestão de saúde é uma atividade complexa e especializada. A maioria das empresas não tem ‘braço’ para realizá-la com competência”, diz. No entanto, diz ela, boa parte dos empregadores está sensibilizada e cada um customiza soluções de acordo com seus recursos internos.

## MEXENDO NO BOLSO

Um dos caminhos mais buscados é a coparticipação. Dados da ANS indicam que 54% dos beneficiários hoje possuem planos de saúde com algum tipo de fator moderador: coparticipação, franquia ou ambos. A Agência afirma que está estudando a necessidade de eventuais alterações na regulamentação.

Os números da Pesquisa Aon dão conta de que 71% das empresas ouvidas adotam coparticipação. Rafaella Matioli não tem dúvidas de que a prática veio para ficar e deve evoluir para conceitos como o de “coparticipação diferenciada”, considerando os desfechos clínicos, e o de “coparticipação inteligente”, com isenção para gestantes e pacientes crônicos, por exemplo.

Ainda segundo a Aon, a grande maioria das empresas aplica este fator moderador a consultas e exames

simples, de até R\$ 200 a R\$ 300, e o percentual mais praticado é o de 20%. Contudo, começa a haver aumento do uso do recurso sobre exames complexos e algumas terapias. Iran Gonçalves Jr, responsável pelo pronto-socorro de cardiologia no Hospital São Paulo e professor da Escola Paulista de Medicina, a coparticipação pode levar a uma inibição errônea de um exame necessário ao paciente.

O especialista considera a boa relação médico-paciente a melhor maneira de intervir nos custos de saúde. Quando o médico conhece e acompanha o paciente e este, por sua vez, confia no profissional e se engaja no cuidado da sua saúde, os exames são utilizados com a finalidade correta de complemento à investigação clínica para mensurar um dado. Além disso, as prescrições de tratamento também são mais adequadas. “A individualização do paciente não pode ser perdida no meio da tecnologia”, ressalta Gonçalves. “Afastar o médico do paciente é um erro”.

O vice-presidente da Anahp, Henrique Neves, acrescenta que a expectativa é que a integração das informações clínicas e genéticas dos pacientes aumentem as possibilidades de prevenção, bem como resultem em procedimentos mais assertivos, que reduzirão os custos da saúde. “O modelo centrado no paciente amplia a lógica de tratar a doença, para gerenciar a qualidade de vida das pessoas”, finaliza o superintendente do CBA, Heleno Costa Junior. ■

**“A gestão de saúde é uma atividade complexa e especializada. A maioria das empresas não tem ‘braço’ para realizá-la com competência”**

**Edna Bedani**, diretora da Associação Brasileira de Recursos Humanos em São Paulo (ABRH-SP)



# O DESAFIO DOS CUIDADOS CRÔNICOS

MEDIDAS PREVENTIVAS E DE MONITORAMENTO GANHAM RELEVÂNCIA EM UM CENÁRIO DE ALTOS CUSTOS X OPORTUNIDADES DE OTIMIZAÇÃO

Uma das metas de desenvolvimento sustentável estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é reduzir em um terço, até 2030, as mortes prematuras por doenças não transmissíveis. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), as doenças crônicas matam 36 milhões de pessoas por ano, 63% do total de mortes em todo o mundo. A estratégia das organizações tem sido mostrar para os gestores que as medidas de prevenção são custo-efetivas. O relatório “Saving lives, spending less” aponta que, a cada US\$ 1 investido na ampliação de ações para tratar as doenças não transmissíveis em países de baixa e baixa-média renda, haverá um retorno à sociedade de pelo menos US\$ 7 em aumento de empregos, produtividade e longevidade.

Nas contas da OMS, com investimento de US\$ 1,27 por habitante/ano nesses países, até 2030 é possível gerar US\$ 350 bilhões de economia na saúde e aumento de produtividade, além de salvar 8,2 milhões de vidas. A OPAS corrobora, evidenciando que, se reduzirmos em 10% a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e acidente vascular cerebral – enfermidades que estão entre as mais fatais – as perdas econômicas cairão ao menos US\$ 25 bilhões por ano, valor três vezes mais que o necessário para investir em medidas de prevenção e controle. No entanto, hoje o financiamento global para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis é severamente limitado, na avaliação da OMS: menos de 2% do total gasto em saúde.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis estão entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços, representando cerca de 70% dos gastos com saúde no país. Dados do Sistema de Informações de Mortalidade apontam que as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus foram responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos. De acordo com o monitoramento Global Burden of Disease, 86,7% dos anos vividos com incapacidades são decorrentes de doenças crônicas no Brasil, assim como 71% dos anos perdidos são por incapacidades ou mortes precoces.

As empresas que oferecem planos de saúde aos seus colaboradores estão cada vez mais de olho nesses números. Levantamento da Mercer Marsh Benefícios noticiado pelo jornal O Globo descreve um aumento médio de 19% do gasto por funcionário com promoção de saúde, entre 2017 e 2019, nas 601 companhias pesquisadas. Destas, 64% mantinham programas de saúde e bem-estar e planejavam ampliar esse investimento até 2021. Na parcela das que ainda não desenvolvem esse tipo de ação, 78% têm planos de adotá-la nos próximos 12 meses.

No ano passado, o Sesi (Serviço Social da Indústria) realizou quatro encontros em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para fomentar o diálogo sobre a compreensão do sistema de saúde pelos diferentes atores e para aumentar a confiança e colaboração entre eles. A

agenda deve ter continuidade em 2020 (veja mais sobre o olhar da ANS na pág. 25). A pauta tem como base a relevância do plano de saúde no setor industrial brasileiro, que oferece o benefício a 11 milhões de trabalhadores e familiares.

O gerente executivo de saúde do Sesi, Emmanuel Lacerda, conta que a preocupação com os pacientes crônicos é importante pelo seu impacto em termos de custos. Além de o plano de saúde representar em média 13% da folha de pagamentos das empresas, 3% dos usuários gastam 30% dos recursos: seriam os crônicos com maior complexidade. Quando considerados todos os crônicos, a parcela iria de 70% a 80%. “O plano de saúde é muito desafiador hoje em termos de sustentabilidade”, pontua. “Como mais de dois terços dos planos são empresariais no país, não tenho dúvidas de que o sistema de saúde suplementar precisará ser reinventado”, afirma Lacerda.

O caminho que está sendo percorrido pelas operadoras é evoluir de um conceito de benefício para o de instrumento de gestão em saúde. O foco está se deslocando da busca por fechar ralos existentes no sistema – onde os custos escapam sem entregar valor – para o não adocimento, a atenção primária e o cuidado coordenado, capazes de reduzir despesas diretas de operação e diversos custos indiretos, como diminuição do absenteísmo e de incapacitações precoces, por exemplo.

“Tudo isso ainda é muito novo do ponto de vista das empresas, mas elas estão cada vez mais convencidas de que é preciso uma integração entre as diversas iniciativas e indicadores dentro de cada companhia, para haver a gestão corporativa da saúde dos funcionários”, avalia o gerente do Sesi. De acordo com Lacerda, as empresas esperam que as operadoras e seguradoras tenham um papel mais relevante principalmente na gestão da informação; que tragam dados e ajudem a resolver questões de saúde.

Esta já é uma realidade na Promédica, da Bahia. “A medicina preventiva faz parte de boa parte



dos contratos com as empresas, sobretudo as maiores”, relata o coordenador médico da área de assistência domiciliar e medicina preventiva, Wigberto Azevedo. “Fazemos reuniões mensais nos clientes para apresentar indicadores e as ações que temos desenvolvido.”

Criado em 2003, o programa de gestão de crônicos da operadora tem 1,25 mil pacientes ativos entre 30 e 69 anos tratando asma, enfisema, diabetes, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e obesidade. Eles recebem orientações por telefone sobre a forma correta de usar medicações, tiram dúvidas e são incentivados a manter em dia seus exames de rotina e práticas saudáveis de exercício físico e alimentação.

Quando a operadora identifica dificuldades que não estão sendo superadas, pode haver visitas domiciliares e encaminhamento para consultas. Há, ainda, grupos de pacientes que se reúnem presencialmente para trocar experiências e discutir desafios comuns. Profissionais experientes participam desses momentos e também oferecem palestras.

Já o “Promédica vai até você” promove a avaliação de saúde in loco nas empresas, dando luz aos principais fatores de risco naquele grupo e direcionando os beneficiários aos programas específicos, além de viabilizar iniciativas para mitigar os problemas que forem críticos naquele ambiente. Um dos desafios é diminuir a procura direta pelo pronto-socorro ou por especialistas, onde o atendimento acaba sendo fragmentado. Estudo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem revela que 73% das pessoas procuram o serviço de pronto-atendimento nos dias de semana, quando as unidades básicas de saúde estão funcionando e, a priori, deveriam absorver esta demanda. Na saúde suplementar, a mesma cultura precisa ser transformada.

Considerando todos os participantes dos 15 anos de programa da Promédica, as idas à emergência caíram 15% em média. Nas internações, a queda foi de 38%. A redução total de custos dessa população, computando dados somente daqueles com permanência superior a um ano no programa, atingiu 30%.

E já tem mais gente atendida a essa demanda. O modelo da startup Cuidas, que nasceu há quase dois anos em São Paulo, é justamente oferecer a empresas de pequeno e médio porte um serviço por assinatura de contato permanente entre os funcionários e enfermeiros e médicos. Eles fazem atendimentos no local de trabalho e interagem à distância conforme as necessidades que se apresentam. János Valery Gyuricza, head de Medicina na Cuidas, explica que o diferencial é coordenação do cuidado integral: acompanhar essas pessoas ao longo da vida, conhecer cada um, criar vínculos e buscar formas mais assertivas de cuidar delas. “Grandes utilizadores de recursos de saúde podem não ser crônicos, mas pacientes que não estão encontrando as respostas para as suas questões”, pondera o médico de família.

Embora não divida os pacientes em crônicos e não crônicos, a empresa faz busca ativa dos pacientes com cronicidade para monitoramento de exames periódicos e outros cuidados adequados. “Buscamos diminuir eventos agudos, atingir melhores desfechos com menos medicamentos e mais qualidade de vida”, resume János.



JÁNOS GYURICZA  
Head de Medicina  
da Cuidas

## CULTURA DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

No Grupo NotreDame Intermédica (GNDI), 9% dos usuários estão em programas monitorados, que começaram em 1994. O programa de crônicos abrange pacientes com hipertensão, cardiopatia, diabetes, obesidade e problemas de coluna. “São doenças muito prevalentes e com grande oportunidade de controle e impacto positivo”, explica o diretor médico da área de medicina preventiva do GNDI, Walter Moschella Junior. Além disso, 20% estão em programas de promoção da saúde independentemente da doença.

O especialista conta que o paciente crônico e a família se tornam o centro do cuidado e passam a ser acompanhados por meio de um call center ativo e passivo e ligação direta com o médico e a equipe multiprofissional. Um sistema informatizado dá visibilidade a

episódios fora da evolução natural de cada quadro.

“Em caso de aquisição de novas carteiras de usuários, logo no início implantamos o nosso modelo de saúde”, acrescenta Moschella. “Os programas fazem parte da nossa linha de cuidados; estão na operação médica desde a entrada do paciente até o convencimento dele para aderir”, completa. A operadora comemora 58% de redução de internações na comparação com grupo-controle, 94% de adesão ao tratamento e 98% de satisfação dos pacientes participantes.

Por sua vez, o programa da operadora Vitallis foi iniciado em 2016 para os beneficiários de Belo Horizonte e região metropolitana de 18 a 58 anos que possuem hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, insuficiência cardíaca e renal principalmente. São realizados telemonitoramento e busca ativa. Em breve, haverá grupos de orientação e interação entre os pacientes.

“Criar essa relação com o beneficiário – de abertura, escuta, informação e monitoramento – promove a saúde de maneira integral, com resultados mais assertivos para além de consultas individuais”, afirma Thais Fadul, coordenadora da Gestão em Saúde da Vitallis. Entre as conquistas já obtidas, a executiva menciona usuários mais conscientes



e informados sobre sua doença e autocuidado e mais satisfeitos com o suporte recebido.

Nem todas as pessoas apresentam doenças, mas todas têm uma saúde a

**THAIS FADUL**  
COORDENADORA DA GESTÃO  
EM SAÚDE DA VITALIS.

ser cuidada, ainda mais considerando que as doenças crônicas são assintomáticas por longo tempo, período que muitas vezes pode ser crucial para manter baixa a sua complexidade, se tomadas as medidas corretas. “Não existe assistência excelente se não estiver atrelada a um programa de prevenção. Este é um caminho irreversível; quem não estiver em sintonia vai ficar para trás”, considera Wigberto Azevedo, da Promédica. ■

## O OLHAR DA ANS

Atualmente, das 743 operadoras médico-hospitalares do país, 53% têm programas de promoção de saúde (Promoprev) cadastrados na ANS: são iniciativas de gerenciamento de crônicos, aquelas voltadas a população-alvo específica ou ao envelhecimento ativo. Em uma década, esses programas saltaram de 65 para 1.868. Só nos últimos cinco anos, o número de beneficiários incluídos cresceu cerca de 50%, chegando a 2,3 milhões.

Uma parte deles está voltada à saúde bucal, mental, da mulher, do homem, da criança, do adolescente e da pessoa com deficiência, mas a maioria (72%) enfoca a saúde do adulto e idoso. Segundo a ANS, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e câncer, são os problemas que mais recebem atenção nos programas do Promoprev cadastrados pelas operadoras.

São ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida, vinculação dos pacientes a equipes de referência, cuidado das doenças já instaladas por equipe multidisciplinar, incluindo estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso e de empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento das suas doenças e dos seus riscos. A agência reguladora oferece incentivos a essas operadoras, como a liberação de

10% da sua margem de solvência. Além disso, os beneficiários que participam dos programas podem ser premiados com brindes, descontos em serviços ou até o não pagamento de coparticipação para procedimentos de saúde relacionados às iniciativas. Os incluídos em ações de envelhecimento ativo podem ser bonificados com desconto na mensalidade do plano.

A ANS está em fase de aprimoramento desses instrumentos para que o foco dos programas seja baseado no resultado em saúde dos beneficiários. A agência está levantando as evidências e resultados obtidos em cada operadora. Os resultados do ponto de vista macro publicados na edição mais recente do Mapa Assistencial destacam significativo aumento de um exame utilizado para diagnóstico e acompanhamento do diabetes: a hemoglobina glicada passou de 0,17 exames/ano em 2014 para 0,29 em 2018, com incremento anual próximo de 13%.

Outro avanço foi no Holter 24 horas, um dos exames de informação obrigatória pelas operadoras relacionados ao diagnóstico e acompanhamento de doenças do aparelho circulatório – segunda maior causa de internação no país. De 2014 a 2018, houve aumento médio de 6% ao ano no número de exames desse tipo realizados por mil beneficiários.

# QUANTO E COMO CRESCERÁ O MERCADO?

CONFIRA AS TENDÊNCIAS APONTADAS POR QUEM ACOMPANHA, SOB DIFERENTES ÂNGULOS, ESTE CENÁRIO COMPLEXO

Grandes players da odontologia suplementar, pequenas operadoras exclusivamente odontológicas e consultores da área são unânimes na avaliação de que o mercado continuará crescendo. Em 2019, a expansão foi de 7,2%, mantendo a elevação exponencial verificada em todos os 20 anos de dados disponíveis a partir da regulação do setor. A Visão Saúde buscou, então, pistas de qual será o tamanho-limite deste mercado no Brasil.

Robert Wieselberg, diretor de Produtos da Amil Dental, compara o número de beneficiários dos planos odontológicos ao dos médico-hospitalares – 26 milhões contra 47 milhões: “É possível ter mais 21 milhões de pessoas com a gente.” Por outro lado, reconhece que são mercados muito diferentes. “As dinâmicas de uso são completamente distintas. Todo mês alguém da família utiliza o plano médico para algum atendimento, o que reforça a percepção de ser um recurso indispensável. Já no dental, quando não há necessidade de um tratamento específico, a pessoa vai uma vez por ano”, pontua o executivo.

Outra questão trazida por quem está olhando esses comportamentos é a percepção de risco: enquanto uma alta despesa médica particular pode comprometer financeiramente o paciente de forma irreparável, na emergência bucal sempre haverá a opção de extrair os dentes a um custo muito baixo. É o que acontecia à maior parte da população até duas décadas atrás e ainda ocorre entre aqueles com menor poder aquisitivo.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou, em 2013, que 11% dos brasileiros com 18 anos ou mais perderam todos os dentes; entre os que estão acima dos 60 anos, o índice era de 41,5%. Este último percentual estava muito próximo ao de pessoas que não tinham esgotamento sanitário onde moravam, 39,1%, trazido no mesmo levantamento.

Esses dados estavam associados ao acesso à odontologia. A PNS revelou que 55,6% dos brasileiros não se consultavam anualmente com dentista, fatia que subia para 65,6% e 62,5% no Norte e no Nordeste, respectivamente. A boa notícia é que, de acordo com um recorte do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) feito justamente a partir dessa época (2014 a 2018), houve aumento de 23% nas consultas iniciais e de 52,3% nos procedimentos considerados preventivos. O salto nas atividades educativas individuais foi de 49,4% e na aplicação tópica de flúor por hemi-arcada, 40,7%.



## DENTES DE PIANO

Assim como é consenso que o número de usuários dos planos odontológicos está longe de um platô, está claro que o interesse do brasileiro pela estética vem alavancando a especialidade. Clareamento, ortodontia e implantes têm levado cada vez mais pessoas aos consultórios em busca de um sorriso atraente. Nessas oportunidades, os dentistas cuidam primeiro da saúde bucal em si, indicando todos os procedimentos necessários e novos hábitos pertinentes a cada caso.

“O brasileiro não considera que cuidar dos dentes faz parte da sua saúde. Além disso, uma parte da população tem dificuldade para comprar escova e pasta; prioriza o arroz e o feijão”, afirma Antonio Luiz de Oliveira, proprietário da Integral Serviços Odontológicos, operadora com 14 mil vidas em Ribeirão Preto (SP). “Mas a odontologia teve um desenvolvimento extraordinário, uma parcela cada vez maior tem esse acesso e vivemos uma febre da estética, da cosmética, todos querendo dentes de piano”, continua.

Gilberto Bosco, consultor de prática em legislação e sistemas de saúde suplementar, observa que, muitas vezes, a odontologia suplementar é uma porta de entrada para os pacientes nas clínicas e

consultórios, que oferecem serviços além do rol de cobertura obrigatória a valores bem mais baixos para quem tem o plano.

De olho nesta tendência, algumas operadoras têm procurado fidelizar os usuários com este perfil. Na Amil Dental, os produtos do portfólio com maior taxa de desenvolvimento são os da linha estética, lançados em 2016.

Além do barateamento dessas tecnologias e da mudança cultural no padrão estético que vem se desenhando entre homens e mulheres, independentemente da idade, a capacidade de compra pesa na criação dessa demanda. “Uma retomada mais consistente do crescimento econômico pode trazer avanço para nós da odontologia de grupo”, observa Alexandre Martinelli, sócio-diretor da ARM Odontologia, de São Paulo.

## PARA ONDE VAMOS

Atualmente, apenas 13% dos brasileiros possuem plano odontológico. “Há um profundo desconhecimento da categoria planos odontológicos e como ela representa uma solução consistente de acesso num mercado de alta demanda, constata Alfieri Casalecchi, investidor do setor dental e advisory ligado a fundos de investimento. Diante deste cenário, Raquel Marimon, CEO da Prospera Consultoria, não tem a expectativa de que o número de usuários alcance o dos planos médico-hospitalares. Para ela, o “ponto ótimo” é de 70%, 15 pontos

percentuais a mais do que se tem hoje. Na visão da consultora, essa diferença ainda grande é que explica o fato de os planos odontológicos continuarem crescendo em usuários enquanto os de saúde permanecem estagnados ou até passam por pequenos recuos.



“Elas enxergaram na odonto uma maneira de agregar valor na negociação de venda do plano médico”

**RAQUEL MARIMON**  
CEO da Prospera Consultoria

Raquel Marimon analisa que as grandes operadoras médico-odontológicas têm como clientes grandes empregadores, e este movimento impulsiona o crescimento da odontologia suplementar, que é maior nos planos empresariais (72%). Alexandre Martinelli, da ARM, também avalia que o incremento ocorreu quase que exclusivamente nas seguradoras e nas operadoras que implantaram o plano dental junto ao médico. “Elas enxergaram na odonto uma maneira de agregar valor na negociação de venda do plano médico”, diz.

De acordo com Roberto Passos, superintendente adjunto do Hapvida+odonto, uma das maiores do setor, a operadora tem trabalhado muito a base de clientes para ofertar ainda mais soluções completas de saúde e odontologia. “Esse nicho ainda é muito amplo. Se compararmos com a penetrabilidade dos planos médicos, conseguimos ter a dimensão desse mercado inexplorado”, salienta.

A OdontoPrev, líder em planos odontológicos no país, cresce 12% ao ano desde 2011 e acredita que a carteira tem alto potencial de desenvolvimento. “Nossa estratégia passa por acelerar os canais bancários parceiros e destacar o protagonismo corporativo, com 5,1 milhões de beneficiários”, ressalta Camila Von Muller, superintendente de Estratégia Digital e Marketing. A empresa cita também ser a primeira no segmento massificado com 2,1 milhões de pessoas.

Alfieri Casalecchi também é otimista quanto ao tamanho do mercado: projeta aumento de até 50% nos próximos 5 anos, aproximando-se dos 40 milhões de usuários, desde que haja pequenos ajustes na regulamentação dos planos para incentivar a aquisição de planos individuais e naqueles vendidos para micro e pequenas empresas (PMEs). “No corporativo”, diz, “as decisões são ditadas pelos orçamentos e os recursos para benefícios estão cada vez mais escassos”.



“As operadoras que vão vencer serão as voltadas para o mercado massificado. Não haverá mais crescimento de dois dígitos como foi de 2002 a 2012 puxado pelas empresas e geração de empregos... esqueçam”, estima o investidor.

O diretor de Produtos da Amil Dental concorda que a expansão será impulsionada pelos PMEs e individuais. “Já vem sendo assim e vai continuar. Nos planos por adesão e nas grandes empresas, é bastante estável”, comenta Robert Wieselberg.

Por sua vez, Théra de Marchi, sócia de Pinheiro Neto Advogados, considera que o mercado tem espaço para crescimento, mas é improvável que seja igualado ao dos planos médicos. “Muitos empregadores acabaram incorporando os planos odontológicos em troca de negociações em relação aos planos médico-hospitalares. Este espaço já chegou ao fim”, opina.

Alexandre Martinelli lembra que a compra online abriu possibilidade técnica comercial de inserir o produto de odonto no segmento de pessoas físicas. Antonio Luiz de Oliveira coloca que o nicho das operadoras de pequeno porte são os planos individuais e que o crescimento na casa de 7% é “extraordinário” dada a crise econômica.

Para Gilberto Bosco, o medo de ir ao dentista vem diminuindo a cada geração, o que aumenta o interesse pelo serviço. “Antigamente, as pessoas só procuravam o atendimento

quando já estavam com muita dor. Isso criou um trauma geracional que afastou muita gente dos consultórios.”

O consultor acredita também que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deveria fomentar a atuação das operadoras em regiões não atendidas hoje, criando um mecanismo de incentivo econômico adicional, numa visão de bem-estar social. Bosco aponta que as operadoras também poderiam ter esse olhar na ampliação do acesso, inclusive utilizando a modalidade de plano odontológico em regime misto de pré e pós-pagamento, prevista da Resolução Normativa 59 da ANS.

## O PESADELO DO *CHURN*

O churn rate, que mensura a perda e a rotatividade de clientes e de receita nas carteiras, continua tirando o sono dos executivos do setor e exigindo estratégias de fôlego. Alfieri Casalecchi entende que, “se a regulamentação permitisse um plano individual com tempo de contrato mínimo de 24 ou 36 meses e multa relevante de saída antes do prazo, haveria mais equilíbrio para operadoras e beneficiários pagando uma conta menor. Melhor para todos!”.

Outra alternativa, esta mencionada por Gilberto Bosco, seria conceder desconto por tempo de permanência no plano. O consultor descreve que algumas operadoras têm procurado adicionar benefícios, como seguro de acidentes pessoais e rede de parceiros com descontos, para aumentar a sensação de valor do plano odontológico. Além disso, a partir dessa visão mais utilitária do usuário, passaram a atuar cada vez mais por nichos de mercado.

A segmentação de produtos de acordo com as necessidades dos pacientes e com preço correto é uma prioridade na Amil Dental, assim como a melhoria do processo de venda para que o corretor explique o plano de maneira correta e evite qualquer adversidade posterior do beneficiário. Robert Wieselberg relata que, no onboarding, a operadora manda um conjunto de informações para o paciente saber como usar o plano e quais os próximos passos. “Depois, fazemos um esforço gigantesco para melhorar a jornada quando ele tem dúvida ou uma emergência, por exemplo.”

---

“Antigamente, as pessoas só procuravam o atendimento quando já estavam com muita dor. Isso criou um trauma geracional que afastou muita gente dos consultórios.”

**Gilberto Bosco**, consultor de prática em legislação e sistemas de saúde suplementar

---

O cuidado se estende aos demais participantes da cadeia: ao corretor, que precisa ser estimulado a oferecer o produto e ficar satisfeito com o processo e o pós-venda, envolvendo treinamento, premiação e ferramentas digitais; e ao dentista, para que esteja satisfeito com o plano, possa atender com qualidade, pouca burocracia e a sua remuneração no valor e no tempo adequado.

A Hapvida+odonto também destaca a boa experiência na contratação para reduzir o churn. “Procuramos meios de pagamentos mais seguros e fluidos para os nossos beneficiários, principalmente de planos individuais. Isso tem mostrado excelentes resultados, possibilitando nosso crescimento”, enfatiza Roberto Passos.



# NOVA REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA TRARÁ AVANÇOS

*Procedimentos como teleconsulta e telecirurgia sequer estavam previstos na norma de 2002*



Nos próximos meses, o Conselho Federal de Medicina (CFM) deverá finalmente atualizar a sua Resolução sobre a telemedicina, que define a prática no Brasil. A norma em vigor hoje é de 2002 e não regulamenta as principais modalidades de teleatendimento. Dos tópicos listados abaixo, apenas o primeiro (segurança) está previsto atualmente e, mesmo assim, deverá sofrer acréscimos. Os demais são inéditos na legislação e sua definição trará grandes avanços para o funcionamento dos serviços com ética e transparência, assim como para ampliar o alcance da assistência médica no país.

Desde o início de 2019, o CFM está recolhendo, por meio de consultas públicas, contribuições da sociedade para aperfeiçoar o texto da Resolução de 18 anos atrás. Antes disso, uma primeira versão da norma chegou a ser publicada e depois revogada, por contestações de outras entidades médicas que não teriam sido ouvidas durante a sua elaboração. Mais de 1,5 mil participações foram recebidas e estão em análise para a composição do novo texto. De acordo com o CFM, um grupo

de trabalho foi criado especificamente para acompanhar esse processo, sob as perspectivas éticas, técnicas e legais.

## O que esperar das definições sobre a telemedicina no país:

### Segurança

**1** Ao obedecer às normas do CFM quanto à guarda e manuseio de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional, os serviços deverão também garantir a integridade e veracidade das informações. Além disso, os dados e imagens deverão trafegar na internet com infraestrutura, gerenciamento de riscos e requisitos obrigatórios para assegurar o registro digital apropriado e seguro.

### Teleconsulta

**2** Poderá ser realizada após o estabelecimento de uma relação presencial entre médico e paciente. Nos atendimentos por longo tempo ou de pacientes com doenças crônicas, deverá ser recomendada consulta presencial em intervalos não superiores a 120 dias. Consultas somente virtuais serão permitidas para áreas geograficamente remotas.

### **Relatório e prescrição**

3 A nova Resolução deverá estabelecer o encaminhamento ao paciente de cópia do relatório do teleatendimento, assinado pelo médico responsável, com garantia de autoria digital. Se da teleconsulta decorrer prescrição médica, esta deverá conter, obrigatoriamente, identificação do médico (incluindo nome, CRM e endereço), identificação do paciente, registro de data e hora e assinatura digital do médico.

### **Telediagnóstico**

4 Deverá ser definido como a transmissão de gráficos, imagens e dados para emissão de laudo ou parecer por médico com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) na área relacionada ao procedimento.

### **Telecirurgia**

5 Será estabelecida como a realização de procedimento cirúrgico remoto, mediado por tecnologias interativas seguras, com médico executor e equipamento robótico em espaços físicos distintos. O procedimento deverá ser realizado em locais com infraestrutura adequada. Além do cirurgião remoto, um cirurgião local deverá acompanhar o procedimento para realizar, se necessário, a manipulação instrumental.

### **Teletriagem**

6 Poderá ser realizada à distância por um médico para a avaliação dos sintomas e posterior direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência.

### **Telemonitoramento**

7 Será permitida a orientação e supervisão médica para monitoramento à distância de parâmetros de saúde ou doença, por meio de aquisição direta de imagens, sinais e dados de equipamentos ou dispositivos agregados ou implantáveis no paciente.

### **Teleorientação**

8 Poderá ser realizado o preenchimento à distância, pelo médico, de declaração de saúde para a contratação ou adesão a plano privado de assistência à saúde.

### **Teleconsultoria**

9 Deverá ser definida como o ato de consultoria mediada por tecnologias entre médicos e gestores, profissionais e trabalhadores da área da saúde, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.

### **Autorização do paciente para a transmissão de dados**

10 Será exigido que o paciente ou seu representante legal autorize a transmissão das suas imagens e dados por meio de consentimento informado, livre e esclarecido, por escrito e assinado, ou de gravação da leitura do texto. ■

## CRESCIMENTO CENTRADO NO PACIENTE

*Nova gestão do CCG já alcançou maior satisfação dos clientes e redução da sinistralidade*

O Centro Clínico Gaúcho (CCG), uma das maiores operadoras do Rio Grande do Sul, está atingindo um patamar de crescimento inédito. Após a aquisição de parte da empresa pela gestora de private equity do Itaú, a Kinea, em maio de 2019, teve início uma nova gestão. O diretor executivo de operações, Mauro Borges, conta que seis meses pareceram seis anos tão rápido foi o ritmo de avanços e transformações.

“Aceleramos vários projetos que já estavam em andamento e desenvolvemos a gestão com base na satisfação do paciente e em medicina de valor”, relata Borges. Com o beneficiário no centro de todas as medidas, os principais investimentos ocorreram em tecnologia, realinhamento de alguns processos e readequação e expansão das unidades de atendimento.

Segundo o executivo, o CCG revisitou os processos de trabalho em toda a cadeia e o próprio modelo assistencial. Uma das principais



*Unidade recém-inaugurada na zona sul de Porto Alegre é piloto do novo padrão arquitetônico e de resolutividade*

novidades é o serviço de assistência médica à distância disponível sete dias por semana em qualquer horário. O canal CCG24h atende os pacientes e oferece a orientação mais adequada, antes de sair de casa e procurar uma emergência, por exemplo.

Outra frente que tem recebido bastante atenção da operadora é o relacionamento com os prestadores de serviço. Foram feitas adequações para que os pacientes sejam atendidos pelos médicos de preferência e tenham sua jornada cada vez mais facilitada. A internalização da oncologia foi outra medida marcante no intuito de garantir o cuidado integral.

Para assegurar a autenticidade das informações e manter a sinistralidade controlada, está sendo utilizado o software Dr. Marvin, que aplica inteligência artificial no auxílio à auditoria de contas médicas. A operadora afirma já ter conseguido reduzir significativamente as cobranças duplicadas e fraudes.

“Fizemos ajustes na remuneração da rede e adotamos o conceito atual de compartilhamento de riscos”, acrescenta Mauro Borges. “Dividimos o custo buscando a qualidade do atendimento e a satisfação do cliente”, reforça.



DIVULGAÇÃO

Na busca pela sustentabilidade dos planos empresariais, mais uma vez entra em cena a tecnologia. O programa Inteligência CCG faz o monitoramento da sinistralidade nas carteiras com transparência para as empresas sobre como está sendo a utilização. A expectativa é de que essas informações estratégicas viabilizem ações de saúde cada vez mais assertivas e as futuras renegociações.

Os primeiros resultados da nova forma de atuar já vieram e são significativos. O NPS (Net Promoter Score) – metodologia utilizada para medir o grau de lealdade dos clientes a uma empresa – praticamente dobrou em apenas dois meses. Passou de 32 em outubro de 2019 para 63 em dezembro do mesmo ano, valor considerado bem alto para a área da saúde.

A redução do sinistro geral também está sendo comemorada. Antes das mudanças, era de 80% em média e, em janeiro de 2020, caiu para 67%. “A nova gestão reforçou o trabalho que já era muito bem feito ao longo de 28 anos da operadora e fez isso de maneira sinérgica”, salienta o diretor de operações. “Conseguimos estabelecer um padrão de atuação dinâmico, com decisões importantes sendo tomadas entre os responsáveis de forma muito rápida.”

## PLANO DE EXPANSÃO

Com a mesma mentalidade centrada no paciente e responsabilidade em relação aos custos, o CCG tem buscado caminhos também para expandir seus serviços de maneira incremental e lógica. “Estamos revitalizando todas as nossas 21 unidades, mudando inclusive o padrão arquitetônico, mas principalmente construindo um modelo baseado na resolutividade”, diz Borges.

Além da priorização da qualidade assistencial, o desafio do time de gestão é passar das atuais 200 mil vidas para 300 mil até o fim de 2021, um aumento de 50% em dois anos. Hoje o Centro Clínico Gaúcho atua principalmente em Porto Alegre, região metropolitana (Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Montenegro, São Leopoldo e Viamão) e Taquari.

No plano de crescimento, estão incluídas as cidades de Novo

Hamburgo, Bagé e Santa Maria, entre outras, chegando a todo o Estado, e também Florianópolis, em Santa Catarina. “Estamos em sinergia com as outras operadoras que nos ajudam nessa expansão”, revela o diretor. O CCG também tem metas para o atendimento hospitalar e deve anunciar novidades ainda neste ano.

## ODONTOLOGIA

A cobertura odontológica do CCG abrange 130 mil beneficiários. Desses, 2 mil possuem plano exclusivamente odontológico. Nesta área, as metas também são de expansão. Recentemente, foi contratada uma gerente exclusiva para o desenvolvimento dos modelos de negócio de áreas diferentes e complementares ao plano médico, como odontologia, laboratorial e de saúde ocupacional.

A nova clínica própria de atendimento (foto), aberta na zona sul de Porto Alegre, tem também o atendimento odontológico. Além disso, de acordo com a nova gestão do Centro Clínico Gaúcho, está sendo contratada uma ferramenta de mercado com o objetivo de auxiliar no diagnóstico do segmento e posteriores tomadas de decisão específicas. A expectativa é de que essas medidas permitam crescimento e direcionamento adequado dos atendimentos atuais ou mesmo nas futuras unidades. ■

# OS DESAFIOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

POR ROGÉRIO SCARABEL E MAURÍCIO NUNES\*

Nas últimas três décadas, o mercado de saúde suplementar brasileiro passou por importantes mudanças. Entre as principais, destacam-se o início do marco regulatório com a promulgação da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 e o expressivo aumento de beneficiários nos planos privados de assistência à saúde desde então.

Além das mudanças mencionadas, fatores como a mudança do perfil demográfico brasileiro, as variações epidemiológicas, a tendência de aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o surgimento de novos tratamentos e as novas tecnologias em saúde serão grandes desafios nos próximos anos.

De forma diversa ao que ocorreu em alguns países da Europa, o Brasil vivenciou um rápido processo de envelhecimento populacional com uma abrupta queda da taxa de natalidade. Com essa mudança, setores que são fortemente marcados por relações mutualísticas, em que os riscos das atividades são socializados com os grupos que os compõem, são diretamente afetados.

As variações epidemiológicas são outro fator de alerta para o setor



de saúde suplementar nas próximas décadas. Doenças que há 15 anos não existiam, ou estavam sob controle, a exemplo

do sarampo, em que o último caso havia sido registrado em 2015, no ano de 2018 ressurgiu com surtos em várias unidades da federação e, em 2019, disseminou para quase todos os estados brasileiros.

Nessa mesma linha, o ano de 2019 encerrou com a descoberta de um novo vírus, o Covid-19 ou Coronavírus, declarada em janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e pelo Ministério da Saúde do Brasil, como Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional.

Tanto no caso do sarampo como no do Covid-19, muitos recursos são mobilizados para diagnóstico, tratamento e cura. Essas doenças são um exemplo de como as variações epidemiológicas podem se tornar um desafio.

Outro desafio para os próximos anos é o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Apesar de conhecidas, as DCNT possuem fatores de riscos em comum: pouca atividade física, tabagismo, alimentação não saudável e uso de álcool. Porém, dados do Vigitel

2017 na Saúde Suplementar, apontavam para o excesso de peso em mais de 53% da população, a obesidade já atingia 17,4% e 45,8% não praticavam exercícios de forma suficiente, o que já reforçava a necessidade de investir ainda mais no controle epidemiológico, na coordenação do cuidado, na atenção primária e nas ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças.

O surgimento de novos tratamentos e as novas tecnologias em saúde mostram-se também como desafios à saúde suplementar, em especial, quando se pensa nos impactos financeiros que tais incorporações podem trazer, influenciando diretamente nos preços e nos reajustes dos planos de saúde.

Para que o setor de saúde suplementar seja sustentável nas próximas décadas, bem como, seja possível a ampliação do acesso de novos beneficiários aos planos de saúde, é fundamental um grande debate social com os principais atores que compõem o setor - governos, órgão regulador, Poderes Legislativo e Judiciário, imprensa, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços, indústria fabricante de medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais, órgãos de defesa do consumidor, órgãos de controle (Ministério Público, Tribunal de Contas da União), entre outros, mas, principalmente, com a sociedade. ■

\* ROGÉRIO SCARABEL É DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS E DIRETOR-PRESIDENTE SUBSTITUTO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). MAURÍCIO NUNES É DIRETOR-ADJUNTO DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS DA ANS

# FAÇA DIFERENTE OFEREÇA A MELHOR ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA



# 24<sup>HORAS</sup> DO MERCADO



MOBILIDADE  
E AGILIDADE



DENTISTA  
VAI ATÉ O  
PACIENTE



ACIONAMENTO  
VIA APP E  
TELEFONE



DENTISTAS  
BILÍNGUES



BAIXO CUSTO  
E ALTO VALOR  
PERCEBIDO



COBERTURA  
24h



PEÇA SUA PROPOSTA

- /company/sos-dental
- [sosdental.com.br](http://sosdental.com.br)
- /sos.dental.9
- [comercial@sosdental.com.br](mailto:comercial@sosdental.com.br)
- (21) 3952-6208

ASSISTA NOSSOS VÍDEOS



# UM OLHAR MAIS PROFUNDO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

O Sistema Abramge/Sinamge/Sinog é o maior representante do setor que trabalha para fortalecer os planos médicos e odontológicos no Brasil.

Estamos presentes com escritórios de representação e regionais em sete importantes cidades no país, além da sede em São Paulo.



## Perfil das operadoras associadas

- + de 160 operadoras  
empresas de planos de saúde médicos e odontológicos
- + de 31 milhões de beneficiários  
cobertos pelas operadoras associadas
- + 87% são pequenas e médias  
operadoras que dão capilaridade ao sistema

## Benefícios em ser uma associada

- Assessoria jurídica  
convenções coletivas, contencioso, regulatório, entre outros
- Acesso a materiais exclusivos  
dados econômico-financeiros, OPME, clipping de notícias, etc
- Descontos em treinamentos  
valores diferenciados nos seminários, cursos, workshops e eventos

**Abramge** - Associação Brasileira de Planos de Saúde  
**Sinamge** - Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo  
**Sinog** - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

(11) 3285-7911  
Rua Treze de Maio, 1540 - Bela Vista - São Paulo/SP  
[www.abramge.com.br](http://www.abramge.com.br) | [www.sinamge.com.br](http://www.sinamge.com.br) | [www.sinog.com.br](http://www.sinog.com.br)