

VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

ABR/MAI/JUN • 2021

UM SÓ SISTEMA

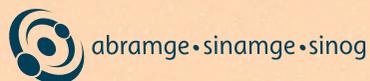
É POSSÍVEL PENSAR EM MAIOR INTEGRAÇÃO ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

NECESSÁRIA E URGENTE

O QUE É PRECISO PARA DEMOCRATIZAR O ACESSO À SAÚDE BUCAL

CHECK UP

DIRETORA DA ANVISA EXPLICA O PROCESSO DE LIBERAÇÃO DAS VACINAS



ANO 6 Nº 20
ISSN 2448-0630



COORDENAÇÃO DO CUIDADO

PRESENTE E FUTURO: AVANÇAM NO BRASIL OS NOVOS MODELOS PARA COMBATER A FRAGMENTAÇÃO NA SAÚDE. OPERADORAS E ESPECIALISTAS COMENTAM A IMPORTÂNCIA DO TEMA NA PRÁTICA

O NOVO ROL DA ANS AMPLIA O ACESSO AO TRATAMENTO DA DOR PARA PACIENTE COM CÂNCER.

75
GRÜNENTHAL
1946 | 2021

ROL DE PROCEDIMENTOS
E EVENTOS EM SAÚDE
2021

ANEXO II

DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO
PARA COBERTURA DE
PROCEDIMENTOS NA SAÚDE
SUPLEMENTAR

(RN 465/2021)



INFORMAÇÕES NOVO ROL ANS

54. MEDICAMENTOS PARA O CONTROLE DE EFEITOS ADVERSOS E ADJUVANTES RELACIONADOS A TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS

54.4 - TERAPIA PARA DOR RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS

1. Cobertura obrigatória de analgésicos, opiáceos e derivados, de acordo com prescrição médica, para pacientes oncológicos com dor relacionada à patologia ou a seu tratamento.

O propósito da Grünenthal é buscar medicamentos e soluções eficazes, e melhorar vidas.

Inovação é nossa paixão, focamos todas as nossas atividades e esforços para atingirmos a nossa visão de **UM MUNDO SEM DOR.**

SAC da Grünenthal
0800 205 2050
sac.br@grunenthal.com
latam.grunenthal.com



Grünenthal **Juntos por um mundo sem dor**

Material destinado a prescritores e dispensadores de medicamentos.
M-N/A-BR-04-21-0024 - Aprovado em Abril/21. Válido por 1 ano.

DISCUSSÕES CONVERGENTES APESAR DA PANDEMIA E COM AS LIÇÕES DELA

No mundo VUCA em que vivemos – sigla para as palavras volátil, incerto, complexo e ambíguo, em inglês – discussões fundamentais para o presente e o futuro da saúde no país continuam a ser feitas, apesar da pandemia de Covid-19 e com as lições trazidas por ela. Nesta edição, apresentamos conteúdos diversos que convergem para dois eixos: a coordenação do cuidado e a maior integração entre público e privado.

A reportagem de capa, ao mesmo tempo em que introduz conceitos envolvendo a coordenação do cuidado, traz um apanhado de ações e visões de quem trilha essa busca na prática e já somou bagagem para dividir com aqueles que estão dando os primeiros passos, principalmente na saúde suplementar [1]. Na matéria de Acesso, compartilhamos um case que ilustra o cuidado integrado sob a nova perspectiva da telessaúde, impulsionada sem dúvidas pela necessidade de isolamento social [2].

Também em pauta por conta de demandas geradas pela pandemia, a integração entre público e privado merece uma reflexão aprofundada, não restrita a decisões pontuais e que aponte para perspectivas de avanços, em que os maiores beneficiados são os cidadãos brasileiros... Afinal, a saúde é uma só. Este é o tema central de mais um texto desta edição.

Outro enorme desafio que destacamos, nesta revista, é a democratização da assistência odontológica de qualidade em nosso país. Os números mais recentes sobre as condições de saúde bucal dos brasileiros evidenciam o quanto precisamos evoluir enquanto país. O poder público tem procurado avançar e as operadoras de planos odontológicos estão preparadas para contribuir com sua experiência e capilaridade, otimizando a estrutura instalada na grande maioria dos municípios [3].

No Por Dentro, você poderá conhecer uma iniciativa de grandes proporções para ampliar a conscientização sobre a importância da saúde bucal: Julho Neon – Salve o sorriso brasileiro. O movimento é liderado pela SINOG, que tem uma nova identidade: Associação Brasileira de Planos Odontológicos. Também apresentamos essa novidade aqui na revista.

Ainda sobre as incertezas, a entrevista das Páginas Azuis é com a atuária e consultora Raquel Marimon, que comenta os desafios de projetar cenários financeiros na saúde suplementar e explica por que a atuação do atuário nunca foi tão necessária quanto agora.

Para nos contar como tem sido o processo de aprovação das vacinas em nosso país, ouvimos a diretora da Anvisa, Cristiane Jourdan, que nos ajudou a construir o Check Up [4]. Já o Raio X aponta os principais componentes da equação que envolve o cálculo do reajuste dos planos de saúde. Para isso, contamos com as explicações do Luiz Feitoza, do Arquitetos da Saúde.

Boa leitura!



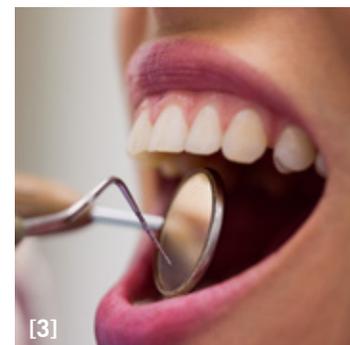
[1]

FREEPIK



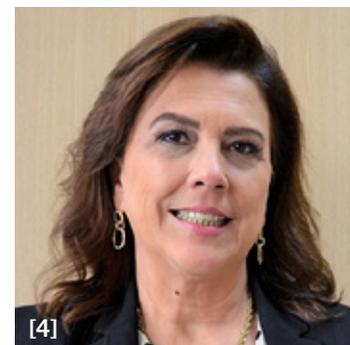
[2]

ARQUIVO PESSOAL



[3]

FREEPIK



[4]

DIVULGAÇÃO

6 PÁGINAS AZUIS

A diretora de saúde no Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) Raquel Marimon explica parte da importância papel do atuário na dinâmica do plano de saúde e os complexos desafios positivos do setor



18

CAPA

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Atentos ao presente e ao futuro do sistema de saúde suplementar, gestores de planos de saúde e especialistas são unânimes ao afirmar a urgência de diminuir a fragmentação do atendimento e os desperdícios

24 ACESSO À SAÚDE BUCAL

É preciso ampliar a presença da saúde bucal: até 90 milhões de brasileiros recebem assistência odontológica pela Estratégia de Saúde da Família e mais de 27 milhões de beneficiários têm acesso via plano de saúde

30 INTEGRAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA

Como parte da Estratégia de Saúde Digital 2020-2028, está em andamento no âmbito do SUS um projeto para estabelecer as bases para a criação e funcionamento da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS)

SEÇÕES

12 Notas
16 Raio X
34 Por Dentro
36 Check-up
38 Acesso
40 Diagnóstico



CAPA: FREEPIK



abramge • sinamge • sinog

COMITÊ EXECUTIVO

Renato Casarotti PRESIDENTE DA ABRAMGE
Roberto Seme Cury PRESIDENTE DA SINOG
Cadri Massuda PRESIDENTE DO SINAMGE
Carlito Marques SECRETÁRIO-GERAL DA ABRAMGE
Marcos Novais SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

EXPEDIENTE

Carina Martins ASSESSORA DA SUPERINTENDÊNCIA
Frederico Borges SUPERINTENDENTE DE RELAÇÕES
INSTITUCIONAIS E GOVERNAMENTAIS
Gustavo Sierra GERENTE DE COMUNICAÇÃO ABRAMGE
Keiko Otsuka Mauro GERENTE DE MARKETING
E EVENTOS ABRAMGE
Luís Fernando Russiano GERENTE DE COMUNICAÇÃO,
MARKETING E EVENTOS SINOG

PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Camila Souza REDAÇÃO
Marcio Penna EDIÇÃO DE ARTE

PUBLICIDADE

E-mail: comercial@visaosaude.com.br

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
Associação Brasileira de Planos Odontológicos

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



Mais
que acesso
a medicamentos,
**vivemos a jornada
do paciente para valer,
colocando-o no centro
de todas as nossas
decisões.**

Somos pioneiros em biossimilares no Brasil porque queremos oferecer aos pacientes o melhor tratamento contra cânceres e doenças autoimunes, além de ampliar o acesso da população a medicamentos complexos e de alto custo.



Projetar cenários financeiros na tempestade de incertezas

Raquel Marimon explica o papel do atuário, o profissional que vivencia esse desafio na saúde suplementar

Apandemia trouxe desafios adicionais para um mercado já bastante dinâmico, com cada vez menos previsibilidade. Consultora para operadoras de planos de saúde há mais de 20 anos, a atuária Raquel Marimon comenta nesta entrevista sobre o papel do profissional atuário e por que ele vem ganhando cada vez mais visibilidade.

Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com pós-graduação em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas, Raquel passou pela Universidade de Harvard no programa Líder Latam, onde estudou as mudanças nos Estados Unidos com a Lei Obama Care. Também esteve na Universidade de Oxford para compreender a essência e os impactos econômicos da prevenção e da atenção primária, assim como é aplicada pelo NHS, sistema britânico de saúde.

Atualmente diretora executiva da Funcional Health Tech, sendo responsável pela frente de Consultoria, diretora de saúde no Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) e membro do Latin American Comittee da Society of Actuaries (SOA), a executiva divide com os leitores suas percepções sobre a gestão de riscos para as operadoras de saúde, novos modelos de remuneração, regulamentação e o momento da sociedade enquanto evolução da relação de consumo do plano de saúde privado.

FOTO: DIVULGAÇÃO

Como vê a função do atuário na dinâmica do plano de saúde em que cada vez mais é importante ser assertivo?

Pensando no universo de operadoras de saúde, o atuário tem um pilar forte de formação em matérias exatas, quantitativas, estatística, matemática aplicada, que tem a finalidade específica de trabalhar com modelos preditivos. O segundo pilar que o atuário traz no conjunto da formação dele tem relação com o escopo regulatório. Não necessariamente o atuário vai sair da faculdade dominando a regulamentação, mas ele vê vários desses assuntos na faculdade, porque no mundo todo o atuário tradicionalmente atua em setores regulados. O terceiro pilar, que boa parte das universidades propicia, é a visão econômica, de gestão de negócios, sobre o que gera resultados e valor. Então, ele já vem com esses três pilares mais estruturados quando começa atuar na operação. Isso por si já é um diferencial, porque o trabalho analítico do atuário agrega valor à tomada de decisão. Vivemos num mundo em que as decisões são baseadas em dados e o atuário é muito bom em escolher que dados deve analisar para cada situação, justamente por conta desse conjunto de conhecimentos. Entretanto, nem todas as operadoras de saúde colocam o atuário nessa posição de destaque. Muitas veem no atuário um técnico, um calculista. Outras já identificam o potencial desses profissionais por sua formação multidisciplinar, ainda mais quando se soma a habilidades de comunicação. Um dos momentos em que o atuário costuma ser solicitado é na precificação dos planos de saúde, porque ele tem um conhecimento muito específico para isso. É um recurso muito estratégico para a operadora. No entanto, se ele for apenas um calculista, não estiver olhando para o mercado e para o contexto, formará preços que não são factíveis na realidade daquela operadora. Outra frente de atuação do atuário é a de provisões, ou seja, o cálculo do quanto de recursos financeiros a operadora precisa guardar para custear despesas que serão apresentadas a ela a posteriori. É uma função bem estratégica, pois pode impactar diretamente o resultado financeiro da companhia. É matemática, mas uma matemática avançada, em que pequenos ajustes podem trazer resultados completamente diferentes. Profissionais atuários bem-preparados e experientes certamente agregarão valor à operadora de saúde.

O atuário é valorizado no Brasil hoje?

Quando a gente pensa em como as operadoras de saúde surgiram, como se desenvolveram e o que fez com que ganhassem cada vez mais espaço no mercado, originalmente a ciência do negócio estava na gestão financeira, por conta do contexto econômico do país nos anos 70 e 80. Neste sentido, o papel do atuário era menos importante. A partir da estabilidade da economia, em 1994, passa a ser mais relevante porque fica mais claro como deveria ser o processo de precificação do plano de saúde, por exemplo, que antes estava mesclado a outras questões financeiras. Mas, a essa altura, a cultura já estava instalada, com profissionais especializados em gestão financeira, que é um trabalho importante, mas que deixa de lado aspectos importantes que um atuário poderia perceber. Vejo que, nos últimos cinco anos, o papel do atuário vem ganhando mais visibilidade, principalmente em razão das garantias financeiras exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tanto as provisões, que afetam os resultados, quanto a parte de cálculo de capital.

Essa última exigência que citou é uma novidade?

Sim. O patrimônio líquido de uma operadora é definido pelo órgão regulador e não é um número exato. Até o ano passado, era um cálculo simplório. De 2020 para cá, quando foi apresentada a regra do capital baseado em risco, passa a ser uma fórmula de maior complexidade matemática e com outras variáveis. Então, o atuário se torna um profissional importante no acompanhamento dessa exigência, porque ele consegue mais rapidamente enxergar esses efeitos de longo prazo no resultado da companhia. Ainda estamos num momento transitório, de adaptação até 2023, quando será obrigatório o capital baseado em risco, mas o acompanhamento já é necessário desde agora porque essas serão as novas regras do mercado.

Quais as perspectivas dos maiores riscos do setor?

Por conta da pandemia, temos um cenário muito volátil. Não dá para saber hoje quais serão as sequelas da covid-19 daqui a cinco ou seis anos, nem prever a taxa de incidência dessa doença e quais serão os custos de eventuais tratamentos, pois vivemos um momento de profusão do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Vejo isso como um risco no contexto das operadoras de planos de

saúde e um grande desafio para os atuários de tentar encontrar essas respostas econômicas para projetar os cenários diante de tantas incertezas. Existe uma discussão muito forte sobre cuidado integral da saúde, conectar os diversos atores do segmento para oferecer um cuidado coordenado. A prática da medicina está sendo repensada, muito impulsionada pelas operadoras de planos de saúde. Ao mesmo tempo, vemos um movimento de trazer essa discussão para modelos de remuneração, de compartilhar mais riscos com os prestadores de serviços de saúde.

Como seria o compartilhamento de riscos com os prestadores?

Hoje ainda prevalece em 90% das despesas assistenciais das operadoras o modelo *fee for service*, em que se paga um determinado valor para cada serviço prestado por um grupo de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais. Nesse modelo, a operadora tem 100% do risco. Se as pessoas ficam mais doentes ou menos doentes, é a operadora que vai pagar mais aos prestadores ou menos. Quando falamos em novos modelos de remuneração, a ideia é compartilhar parte desse risco com os prestadores de serviço. Mas muitas vezes os prestadores ainda não estão preparados para conversar sobre essa nova lógica; não conhecem o risco nessa dimensão populacional. O prestador precisará repensar a forma de olhar para o seu negócio, porque ele pode passar a ser remunerado por manter a pessoa saudável. Vale ressaltar que existe um debate de escopo também que precisa ser conduzido. Essa intenção das operadoras de compartilhar os riscos assistenciais com os prestadores, que muitas vezes não estão preparados para isso, se confronta com a tendência de verticalização das operadoras. Se ela não

encontra o parceiro ideal para compartilhar riscos, pode optar sim por verticalizar para ter um único interesse, que é promover a saúde das pessoas para que elas tenham um custo ajustado à manutenção do plano. Ainda pensando em riscos, temos um outro que vive nos rondando que é a inflação médica. Todo ano vemos os custos dos planos de saúde aumentarem mais do que a inflação geral. Isso é uma realidade no mundo todo. Claro que no início da pandemia, as pessoas deixaram de sair e de usar os serviços de saúde esperando um momento dois. Agora temos um pico de pandemia maior que em 2020, simultaneamente a uma explosão no número de exames preventivos e procedimentos eletivos. O risco imediato é não darmos conta em termos de estrutura de oferta de serviços em saúde, porque os recursos são finitos.

Quais os maiores desafios positivos que enxerga a curto, médio e longo prazos?

O principal desafio positivo tanto para o profissional atuário quanto para o mercado de saúde suplementar hoje está muito calcado na gestão de risco, que é algo novo trazido como exigência regulatória desde 2019. Outro desafio muito positivo é a atuação do atuário na discussão de novos modelos de remuneração. No lado das operadoras, eles já têm um papel importante e já participam dessa discussão de forma muito ativa. Vejo um universo de oportunidades no lado do prestador, que não tem essa cultura de calcular risco, de olhar estrategicamente de que maneira pretende se posicionar nesse mercado. Esse caminho significa tirar o atuário da sua zona de conforto e levá-lo para atuar por outra óptica, considerar outros aspectos que até então não faziam parte do seu dia a dia.

“Hoje ainda prevalece em 90% das despesas assistenciais das operadoras o modelo *fee for service*, em que se paga um determinado valor para cada serviço prestado por um grupo de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais. Nesse modelo, a operadora tem 100% do risco. Se as pessoas ficam mais doentes ou menos doentes, é a operadora que vai pagar mais aos prestadores ou menos. Quando falamos em novos modelos de remuneração, a ideia é compartilhar parte desse risco com os prestadores de serviço”

“Quando a gente olha para uma operadora que está 100% nesse modelo *fee for service* e que tem 100% da rede credenciada, de fato ela teve redução na despesa assistencial, na sinistralidade. Mas há operadoras que têm hospital próprio, que precisaram investir para ter novos leitos, contratar de última hora a peso de ouro profissionais, adquirir EPIs [equipamentos de proteção individual] também a peso de ouro por causa de um mercado internacional que elevou os preços. Tudo isso custa.”

Quanto aos reajustes de planos de saúde, qual a sua visão a respeito das propostas de suspensão que vez ou outra surgem na mídia e no Congresso?

Acompanhamos bem de perto primeiro o projeto de lei 1542, que propôs a suspensão de reajustes dos planos de saúde no primeiro semestre do ano passado e depois o movimento do próprio mercado de não aplicar reajuste em determinados casos, no contexto da pandemia. Em seguida, veio a suspensão dos reajustes publicada pela ANS. Vejo essa medida como uma interferência em contratos particulares sem considerar o seu teor. Tudo o que se decide de forma genérica e abrupta, para vigorar dentro de poucos dias, não representa uma sociedade que conclama por regulamentação. Muito pelo contrário: a sociedade é atropelada por decisões intempestivas. Entendemos que o momento é atípico e exige tratamentos em regime de exceção, mas existem questões operacionais a serem consideradas que podem ser complexas, dependendo da medida. Sob o ponto de vista financeiro, a ANS vinha acompanhando os números do setor, sabia que havia sobras – como de fato o fechamento das operações contábeis e financeiras de 2020 comprova. Agora, essa sobra de caixa é na média. Costumo dizer que a média é a cabeça no congelador, os pés no forno e a temperatura está ótima, mas o sujeito não está vivo. Então, na média as operadoras estavam tendo sobra de caixa, podiam suportar naquele momento uma suspensão de reajuste. A questão é: todas as operadoras estavam vivendo essa realidade? Não, não era para todas. Não houve uma regra que olhasse de forma mais individualizada. Não houve espaço para que se apresentasse um pleito de discussão. Claro que, quando a gente olha para uma operadora que está 100% nesse modelo *fee for service* e que tem 100%

da rede credenciada, de fato ela teve redução na despesa assistencial, na sinistralidade. Mas há operadoras que têm hospital próprio, que precisaram investir para ter novos leitos, contratar de última hora a peso de ouro profissionais, adquirir EPIs [*equipamentos de proteção individual*] também a peso de ouro por causa de um mercado internacional que elevou os preços. Tudo isso custa. Ela teve que colocar esse dinheiro na frente e, muitas vezes, ficou com taxa de ocupação de 55% a 60%, ou seja, investiu em um recurso que, em boa parte do tempo não foi necessário utilizar. Isso custa e não tem quem pague. Então, você penaliza essas operadoras com uma suspensão de reajuste. Toda decisão unilateral, intempestiva, dificilmente é inteligente.

E quanto a este cenário em 2021?

Estamos enfrentando a seguinte situação: o método de calcular reajuste dos planos individuais é um método retrospectivo, que olha só para o que já aconteceu; não olha para o hoje. Dessa forma, o dado que será olhado é o de sinistros de 2020 para comparar com o de 2019. Matematicamente falando, a necessidade de reajuste seria negativa. Mas, acompanhando tudo o que está acontecendo nesses meses de 2021 que já passamos, faz sentido olharmos para essa realidade retrospectiva do passado e dizer que o reajuste dos planos de saúde – que deve ser suficiente para arcar com a despesa residual daqui para a frente – tem que ser menor do que era antes? Para mim, não faz sentido nenhum. Outro aspecto é que a regra usada pela ANS para calcular o reajuste dos planos individuais acaba mudando todo ano, não de forma explícita nem participativa por parte da sociedade, o que se torna difícil em termos de transparência.

O que poderia comentar sobre as propostas para o controle dos reajustes dos planos coletivos?

O fato de o reajuste dos planos individuais ser único, sem respeitar as particularidades de cada operadora, fez com que muitas delas se desinteressassem por oferecer essa modalidade. No começo da regulamentação, praticamente todas as operadoras tinham planos individuais. Hoje, não são nem 30%. Se trouxermos esse mesmo contexto para os planos coletivos, vai acontecer a mesma coisa. Estamos falando do setor privado. Não há mal nenhum em uma operadora investir em um negócio com o objetivo de lucro. Essa é a premissa na qual se baseia a sociedade capitalista. Nesse contexto, não terá quem fique no mercado. Essa é a ameaça que paira no segmento caso venha a acontecer a determinação do reajuste pelo órgão regulatório. Controlado ele já é. Todo reajuste de plano coletivo precisa ser informado à ANS, que tem conhecimento, tem o indicador por contrato de acordo com as bases ali acordadas. Esse acompanhamento a ANS já tem meios de fazer; ela colhe essas informações do segmento. Outro aspecto é que a Agência não tem braços também para determinar o reajuste de cada contrato. Existem 2 mil atuários hoje no Brasil que fazem isso e assumem essa responsabilidade técnica. Passar essa atividade ao órgão regulador é um excesso de gerenciamento que não cabe nos dias atuais.

O que precisa ser feito para gerar mais acesso aos planos individuais?

Vejo dois pontos cruciais. O primeiro é reabrir a discussão de critérios de reajuste desses planos. O ideal é que ele fosse por operadora ou por agrupamentos de operadoras. Precisaria haver um critério que mantivesse a busca por eficiência econômica, mas, ao mesmo tempo, trouxesse um pouco mais de proporcionalidade até regional. Pode haver uma operadora que atua numa cidade específica onde o único hospital daquela localidade elevou muito as suas taxas e não aceitou negociação. A operadora é refém daquela operação comercial; precisa aceitar aquele reajuste alto e não terá esse reconhecimento no reajuste do plano de saúde. É uma conta muito injusta para a operadora. Outra proposta é haver uma revisão técnica individualizada caso a operadora venha a estar em uma situação de desequilíbrio atuarial. Algumas operadoras veem isso como uma solução. Existe também um debate importante no mercado sobre se não faria mais sentido ter um plano

um pouco mais enxuto, porque o plano de saúde hoje vem com um rol mínimo que não tem nada de mínimo. É máximo, é tudo. Seria uma subsegmentação dos planos de saúde. Esse é um terceiro caminho possível.

Na perspectiva atuarial, como enxerga a formatação de novos produtos?

Hoje você tem um plano ambulatorial, que vai cobrir absolutamente tudo o que você precisar fora do hospital. Tem o plano hospitalar, que cobre tudo o que você precisar em uma internação hospitalar. Existem, ainda, o obstétrico, que pode estar junto ao hospitalar ou não, e o odontológico, que tem o seu próprio rol mínimo. A proposta de subsegmentação seria a possibilidade de oferecer coberturas menores e exigiria mudança da lei. Não é algo que o órgão regulador teria competência para alterar. É um caminho que pode ser discutido, desde que haja maturidade. Antes, só quando você necessitava de algum determinado atendimento, descobria que seu plano não tinha. Não era uma relação de consumo clara, porque os usuários não entendiam amplamente os contratos. A definição do rol mínimo de cobertura único para todas as operadoras trouxe comparabilidade entre os produtos com relação à cobertura, que é a parte mais sensível e em que o consumidor tem o menor domínio. Acredito que essa tenha sido uma grande conquista social. Nesse debate, a minha recomendação seria para uma subsegmentação pré-definida, com modelos e coberturas definidos em lei. Não cada operadora definir o que vai ou não cobrir; esse modelo seria voltar para a década de 80, andar para trás.

Qual a sua visão quanto aos possíveis subsídios cruzados, em que os contratos com poucas vidas estariam subsidiando reajustes baixos para grandes contratos? Isso de fato acontece?

Não acontece. Os planos coletivos de pequeno porte para cada operadora têm um cálculo do percentual de reajuste do conjunto de operadoras de pequeno porte. É um modelo bem interessante. Então, não se cruzam informações de contratos de grande porte com contratos de pequeno porte na hora de calcular reajuste, sob hipótese nenhuma. É proibido pela regulamentação. Não acontece isso na prática, não está previsto no arcabouço regulatório. Quem interpretou uma ou outra colocação dessa forma o fez equivocadamente.



RECUPERAÇÃO ECONÔMICA SÓ EM 2022

Fortemente atingidos durante a pandemia, executivos brasileiros de 15 setores, entre os quais o de saúde, permanecem cautelosos quanto à recuperação econômica. De acordo com estudo recente da consultoria EY, apenas 17% deles (contra 46% em nível global) esperam ver as receitas voltando aos níveis anteriores à pandemia ainda em 2021. Pouco mais da metade (52%) acredita que isso só será possível a partir de 2022.

Quando perguntados sobre os investimentos necessários para ajudar na recuperação, o foco no digital e na tecnologia foi apontado como o motor da estratégia de crescimento. O estudo mostra que os esforços empenhados na transformação digital durante a pandemia tiveram um desempenho melhor do que a concorrência para 32% dos executivos, mas 35% deles consideram que o desempenho foi abaixo do esperado.

Na comparação com o cenário pré-pandemia, a parcela de executivos que tinham como prioridade fusões e aquisições regrediu de 66% para 43%. Nesse grupo, para 69% das empresas brasileiras, a tendência é que haja uma propensão a compras visando o mercado interno. Foram ouvidos pela EY mais de 2,4 mil executivos, 80% deles C-level, de novembro de 2020 e fevereiro de 2021, em 52 países.

IDOSOS TÊM ACENTUADA REDUÇÃO DE RENDA DURANTE A PANDEMIA

Um estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que ouviu 9.173 pessoas com 60 anos ou mais, entre abril e maio de 2020, revelou que 50,5% dos idosos trabalhavam antes da pandemia, dos quais 42,1% sem vínculo empregatício. Durante o período analisado, que correspondeu aos primeiros meses da pandemia de Covid-19, houve diminuição da renda em 47,1% dos domicílios,

sendo que 23,6% relataram forte redução e, até mesmo, ausência de renda. Entre aqueles que trabalhavam sem carteira assinada, a diminuição de renda ocorreu em 79,8% dos lares e a ausência de renda, em 55,3%.

Conforme informações da Agência Bori, que divulgou o estudo, os pesquisadores usaram dados da Pesquisa de Comportamentos (ConVid), inquérito de saúde realizado pela

Fiocruz, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). No que diz respeito às condições de saúde, mais de 58% dos idosos indicaram ter pelo menos uma doença crônica não transmissível, como diabetes, hipertensão, doença respiratória crônica, do coração e câncer. Se considerado o tabagismo, esse índice sobe para 64,1%.

abbvie

Nossa ciência tem um propósito. Nossos pacientes.

Na AbbVie, nossa missão é causar um impacto notável na vida das pessoas. Nosso objetivo é transformar os padrões de cuidados para pessoas que vivem com câncer por meio do avanço da pesquisa e desenvolvimento em Oncologia.

Reforçamos nosso compromisso no Brasil por meio do investimento em estudos clínicos em Oncologia no país, educação médica continuada e apoio aos principais grupos de pacientes.

Ampliar o acesso dos pacientes aos cuidados também faz parte de nosso compromisso, recentemente nosso tratamento para LLC (leucemia linfocítica crônica) e LMA (leucemia mieloide aguda) foi incorporado ao rol de procedimentos de cobertura mínima obrigatória dos planos de saúde.

Nosso portfólio em Oncologia



2

medicamentos
aprovados em
diversos países



+20

diferentes tipos
de câncer



+20

tratamentos
em estudo



+300

estudos
clínicos ativos
em todo mundo



PORTAL DA ANS MIGRA PARA O GOV.BR

Desde 31 de março, o site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aderiu à plataforma gov.br em atendimento ao Decreto nº 9756, de 11 de abril de 2019, que tem o objetivo de unificar os canais digitais dos órgãos da Administração Pública Federal. Segundo o órgão regulador, a mudança é um dos eixos do Projeto ANS Digital e faz parte de um conjunto de medidas relacionadas à segurança da informação e proteção de dados pessoais, reduzindo, consideravelmente, a possibilidade de ataques e processos automatizados de extração de informação.

Os conteúdos e ambientes da versão anterior foram mantidos, com nova roupagem e organização. De acordo com a Agência, os dois portais continuarão no ar simultaneamente até que todo o conteúdo seja migrado. Novas informações agora são atualizadas apenas no gov.br, mas os conteúdos antigos estarão à disposição para consulta durante o período de adaptação.

EMPREGO PRIVADO RESPONDE POR 78% DO TOTAL DA SAÚDE NO PAÍS

Dos 4,4 milhões de empregados na cadeia da saúde em janeiro deste ano, 3,4 milhões (78%) estão no setor privado com carteira assinada, de acordo com o *Relatório de Emprego na Cadeia Produtiva da Saúde*, publicado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O setor tem crescido acima da média do país constantemente (3% vs 2,6% de outubro a dezembro). No Nordeste, o crescimento dos empregos privados foi de 5,2%, contra 3,1% na média brasileira.

Outra tendência, segundo o relatório, é o aumento do emprego público em saúde, que tem se intensificado desde o início da pandemia, embora haja registro de redução em alguns períodos nos âmbitos federal e estadual. No Sudeste, região que concentra metade dos empregos em saúde

de no país, o aumento foi puxado pelo setor público, que registrou avanço de 3,5%.

O relatório pode ser acessado pelo link http://bit.ly/Emprego_IESS.



tratofeitocomasaude.com.br

f /tratofeitocomasaude

ig /tratofeitocomasaude

SAC 0800 600 70 80



AÇÕES QUE PROMOVEM A SAÚDE JOGAM A FAVOR DA SOCIEDADE. TRATO FEITO?

A Campanha Trato Feito com a Saúde é um movimento em favor da saúde do homem 50+. Uma iniciativa para se conscientizar e educar sobre os desafios do trato urinário nesta faixa etária. Acesse o site da campanha e entre em campo junto com a gente. São ações como essa que transformam o cuidado com a saúde e promovem a qualidade de vida em toda a sociedade.



TRATO
FEITO
COM
A SAÚDE



astellas

SbU
SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

DE QUE MANEIRA SÃO COMPOSTOS OS REAJUSTES DOS PLANOS

A Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH), um dos principais eixos para a definição de cada índice, é calculada por diferentes fatores

O reajuste anual é a atualização da mensalidade para manter a prestação do serviço médico-hospitalar ou odontológico contratado. Atualmente, o percentual de reajuste é estabelecido de acordo com as características contratuais daquele tipo de plano (veja mais no quadro ao lado), guiado por dois eixos: variação da faixa etária do beneficiário, quando há essa previsão em contrato, e principalmente a variação de despesas (VCMH + sinistralidade).

“Diferentemente do seguro de carro, de vida e residencial, o plano de saúde é o único que não tem um teto para o que o beneficiário irá receber. Não existe limitação contratual de número de consultas médicas, exames e cirurgias, por exemplo; muito pelo contrário, o próprio marco regulatório estabelece que não há limite para quase todos os eventos do rol estabelecido por lei”, explica Luiz Feitoza, diretor e cofundador da consultoria técnica Arquitetos da Saúde.

Além disso, o plano de saúde tem como base o princípio do mutualismo, em que os beneficiários que precisaram mais de assistência naquele período são financiados pelos que precisaram menos. A partir desses conceitos, é possível entender melhor como se dá o cálculo do reajuste anual.

A **Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH)**, um dos principais eixos para a

definição do índice, é calculada por três fatores:

1) a demanda efetiva por atendimento naquele período, também chamada de frequência de utilização de serviços ou sinistralidade;

2) o custo dos eventos que foram cobertos, incluindo materiais e medicamentos, diárias, taxas hospitalares, aumento de honorários dos profissionais e qualquer reajuste repassado à rede de prestação de serviços; e

3) a complexidade da assistência, que está relacionada à incorporação de novas tecnologias a partir do desenvolvimento científico, à atualização bianual do rol de procedimentos e a mudanças no atendimento causadas por fenômenos sociais esperados, como o envelhecimento da população, e também os imprevistos, a exemplo da Covid-19 e suas implicações.

“Importante notar que a VCMH é uma recomposição: você olha para trás para afe-

rir a variação de despesas do último ano e aplica o reajuste no próximo período, buscando o equilíbrio necessário para manter a prestação do serviço”, esclarece Feitoza. Por isso, é incorreto chamar a VCMH de inflação médica, segundo o diretor da Arquitetos da Saúde. “O IPCA, um dos índices de inflação mais utilizados, refere-se somente a preço. A variação dos custos de saúde é influenciada por diversos fenômenos além da variação do preço. Portanto, é diferente de inflação causada apenas pela prática de preços no mercado”, ressalta.

Nos tipos de contrato coletivos empresariais, em que há livre negociação entre as operadoras e as empresas ou administradoras, a VCMH da carteira total da operadora ou subgrupo, como por exemplo os contratos de PME (pequenas e médias empresas), é apresentada como referência para o diálogo e o acordo sobre o índice final a ser aplicado

“O IPCA, um dos índices de inflação mais utilizados, refere-se somente a preço. A variação dos custos de saúde é influenciada por diversos fenômenos além da variação do preço. Portanto, é diferente de inflação causada apenas pela prática de preços no mercado.”

LUIZ FEITOZA, diretor da consultoria técnica Arquitetos da Saúde

no próximo período, que é sempre o índice composto da VCMH sobre a sinistralidade.

Enquanto a VCMH recompõe o custo assistencial conforme a oscilação geral das despesas, o reajuste por sinistralidade corrige o desequilíbrio técnico de cada contrato especificamente. A sinistralidade é a razão entre sinistro e prêmio (despesas médicas pagas e receitas recebidas), em que é estabelecido nos contratos coletivos qual limite da receita pode ser comprometido com despesas médicas pagas sem acionar esse mecanismo. Por exemplo, um limite técnico contratual de 70% significa que, para cada R\$ 1,00 pago, um contrato coletivo poderá gastar R\$ 0,70. Essa razão é analisada no total das receitas e despesas num período quase sempre de 12 meses.

“Embora uma maior ou menor sinistralidade de um contrato empresarial deva ser considerada na negociação entre as partes a respeito do reajuste, não será o único critério, pois a VCMH constará dessa recomposição. A VCMH influencia a sinistralidade, mas não a de um contrato específico, e sim a variação geral referente à carteira total da operadora ou a um subgrupo, como já comentamos”, descreve Feitoza.

Já a variação do preço por mudança de faixa etária ocorre de acordo com o aumento da idade do beneficiário e pode ou não existir em qualquer tipo de contrato. As faixas etárias para correção variam conforme a idade vigente do beneficiário a partir da contratação do plano e os percentuais de variação precisam estar expressos no contrato. O intervalo das faixas é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de modo a limitar a diferenças máximas de valores entre os beneficiários de maior e menor idade, evitando desequilíbrios. A aplicação desse índice, quando ocorre, não é considerada

reajuste, e sim variação. É independente da VCMH e da sinistralidade.

Vale lembrar que, por conta da pandemia de Covid-19, voluntariamente as operadoras suspenderam a aplicação do reajuste de todos os planos com até 29 vidas cobertas, no período entre 1º de maio e 31 de julho do ano passado. Posteriormente,

a ANS determinou a suspensão também de setembro a dezembro de 2020. A recomposição do reajuste suspenso foi diluída em 12 vezes, diretamente na parcela mensal ao longo de 2021. Nessa cobrança, devem constar separadamente o valor da mensalidade e o valor dessa recomposição específica.

REAJUSTE ANUAL POR TIPO DE PLANO

INDIVIDUAL OU FAMILIAR

Característica do contrato:

Celebrado após a vigência da Lei n.º 9.656, de 1998 (após 2 de janeiro de 1999). Deve, obrigatoriamente, ser elaborado e comercializado de acordo com as regras estabelecidas pela ANS.

Regra:

A ANS determina o percentual máximo de reajuste anual.

COLETIVO EMPRESARIAL COM ATÉ 30 BENEFICIÁRIOS

Característica do contrato:

O contratante é uma empresa que oferece o plano como benefício aos seus empregados ou ainda nos casos de empresários individuais.

Regra:

Todos os contratos coletivos com menos de 30 beneficiários de uma mesma operadora deverão ser agrupados para fins de cálculo e aplicação do reajuste. O objetivo é a diluição do risco e um maior equilíbrio no índice calculado em razão do maior número de beneficiários.

COLETIVO EMPRESARIAL COM MAIS DE 30 BENEFICIÁRIOS

Característica do contrato:

O contratante é uma empresa que oferece o plano como benefício aos seus empregados.

Regra:

O percentual é estipulado por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora.

COLETIVO POR ADESÃO

Característica do contrato:

As pessoas jurídicas contratantes são entidades de caráter profissional, classista ou setorial, sendo possível contar com a participação de uma administradora de benefícios.

Regra:

O percentual é estipulado por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a administradora de benefícios contratada.

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO

Regra:

O percentual de reajuste anual deve estar claramente exposto nos contratos e sua aplicação deve ser feita no mês de aniversário do contrato.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO: PRESENTE E FUTURO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Operadoras de diferentes portes e localidades avançam na discussão e prática de novos modelos para combater a fragmentação

A coordenação do cuidado vem ganhando mais força, fé e foco do sistema de saúde suplementar brasileiro, nos últimos anos, para que verdadeiramente aconteça e não seja somente um clichê. Gestores de planos de saúde e especialistas no setor são unânimes ao reconhecer a necessidade e urgência de combater a fragmentação do atendimento e os consequentes desperdícios.







“A vacina para o cuidado fragmentado chegou tarde, mas veio em várias mãos; juntos, com certeza conseguiremos reverter a lógica equivocada dos últimos anos”

VANESSA ASSALIM
Diretora Médica do Grupo
NotreDame Intermédica



“Nosso objetivo é o cuidado real das pessoas, saindo da sequência automática de agenda, especialista, guia de exame e retorno quando tem sintomas”

DULCIMAR DE CONTO
CEO da Nossa Saúde

O consultor em saúde pública Eugênio Vilaça Mendes explica que o setor suplementar se originou no século passado, quando o atendimento era episódico, voltado a condições agudas, causadas principalmente por doenças infecciosas. Com o passar das décadas, mudou o perfil epidemiológico da população, prevalecendo hoje as condições crônicas, mas a cultura de livre escolha sobre como e quando usar o plano já estava estabelecida.

A partir do acesso direto a especialistas e do hábito de procurar o serviço apenas quando algum problema de saúde ocorre, “a doença da descoordenação aparece com frequência”, constata Vilaça. Mas essa estrutura começa a mudar pelo aprendizado conjunto dos atores do mercado a respeito de como implantar a gestão integrada da saúde. “A vacina para o cuidado fragmentado chegou tarde, mas veio em várias mãos; juntos, com certeza conseguiremos reverter a lógica equivocada dos últimos anos”, diz Vanessa Moraes Assalim, diretora médica da Atenção Primária do Grupo NotreDame Intermédica (GNDI).

Na Nossa Saúde, do Paraná, o tema acendeu 52.659 lâmpadas, entre verdes, amarelas, vermelhas e roxas, que são o total de beneficiários da operadora de acordo com a sua classificação de risco. Quando a empresa decidiu visitar cada prontuário, iniciando o trabalho que a reposicionaria como gestora de saúde integrada, descobriu nada menos que 43% de lâmpadas cinzas ou apagadas. Eram pessoas que não iam ao médico havia pelo menos um ano e sobre as quais pouco se sabia.

“Nosso objetivo é o cuidado real das pessoas, saindo da sequência automática de agenda, especialista, guia de exame e retorno quando tem sintomas”, explica Dulcimar De Conto, CEO da Nossa Saúde. “Cuidado é a antecipação do problema; não perder a pessoa de vista; saber dela o tempo inteiro, monitorar”, ensina, desdobrando a analogia com as lâmpadas acesas.

Na trajetória que teve início há 16 anos, com a definição do propósito de inspirar o amor pela vida, a implantação de microssistemas inter-

nos, a experimentação de modelos e a criação de núcleos de atenção integral, a cultura foi se transformando e os resultados já são claros. Um exemplo é a medicina integrativa que, ao complementar a convencional com terapias e práticas que buscam o bem-estar e a ativação de recursos de autorregulação dos pacientes, diminuiu de 41% a 56% as idas ao pronto-atendimento causadas por sintomas de ansiedade. Sob a coordenação da advogada pós graduada em Medicina Integrativa, Daniela Artico, o trabalho foi apresentado e premiado, em 2020, no III Simpósio Internacional de Medicina Integrativa e no II Simpósio de Oncologia Integrativa, organizado pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

CULTIVANDO UMA NOVA MENTALIDADE

Mas, como poderia dizer alguém do Ninho da Coruja, chácara proprietária de onde saem os alimentos orgânicos servidos aos pacientes internados no Centro Hospitalar Nossa Saúde, no cultivo nem tudo são flores e há um tempo para o amadurecimento. “Convencer os médicos a fazerem a contra-referência é um desafio. Não temos 100% de adesão da atenção secundária ainda”, revela a CEO Dulcimar, sem perder o otimismo.

A Amil, que tem mais de 5 milhões de beneficiários, lançou no fim do ano passado o programa “Conexão Médicos”. A ideia é estimular, por meio do reconhecimento da performance dos prestadores médicos, a melhoria contínua dos desfechos clínicos, da experiência dos pacientes e da promoção do custo-efetividade.

Fernando Pedro, diretor de Gestão de Valor em Saúde da Amil, não tem dúvidas de que a coordenação do cuidado – como experiência completa, integrada e acolhedora – precisa ser expandida, tanto na iniciativa privada como na pública, para evitar desperdícios e garantir o cuidado certo. “Essa integração ajudará o sistema de saúde a funcionar melhor para todos”, registra.

São acompanhados cerca de 300 mil beneficiários que necessitam de suporte permanente de saúde, como os crônicos, por exemplo.

ATENÇÃO PRIMÁRIA É PRIORIDADE NÚMERO ZERO

Um dos principais autores no país de publicações sobre as redes de atenção à saúde, Eugênio Vilaça Mendes avalia como uma carência estrutural da saúde suplementar no Brasil não utilizar a força da atenção primária. “Acabam sendo múltiplos pontos de assistência que não falam entre si; silos que não se comunicam”, classifica. Para o consultor, o contato precisa ser contínuo, proativo, coordenado e integrado. “Temos que integrar o sistema em redes; quem cumpre o papel de coordenação é a atenção primária”, elucida Vilaça.

Na opinião do autor, a saúde suplementar deveria passar a conhecer muito bem a sua população para conseguir sair da gestão da oferta para a gestão da saúde. “A coordenação exige o desenvolvimento de mecanismos que são muito complexos”, lembra. Um deles é a pirâmide de riscos, também conhecida como modelo da Kaiser Permanente, operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o criou. Essa estratificação logo que um beneficiário chega ao sistema tem sido utilizada em países como Reino Unido, Austrália, Canadá, Dinamarca e, recentemente, no Brasil.

A estratégia aplicada logo no início do relacionamento entre operadora e beneficiário permite que sejam trabalhados de maneira mais eficiente os primeiros níveis de atenção, que englobam as ações de promoção da saúde, a medicina de estilo de vida ou saúde

comunitária e, já entrando na clínica, a própria atenção primária. “Não faz sentido focar somente nos níveis de atenção especializada, que têm impacto de no máximo 20% na redução de morbidade e mortalidade”, aponta Vilaça.

Elaborado recentemente pela FGVSaúde e financiado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), um relatório técnico sobre atenção primária e saúde suplementar evidencia que a sua implementação depende de uma mudança na gestão das operadoras, envolvendo desde a liderança – que precisa estar segura e acreditar no projeto de médio prazo, como um modelo racional, que orienta a assistência e organiza a gestão como um todo – até o beneficiário, que precisa ser orientado e convencido da eficácia desse método.

De acordo com o IESS, o levantamento identificou gargalos e desafios para um avanço mais célere nesse caminho, entre os quais a escassez de profissionais de atenção primária, a insuficiência de rede de prestadores dessa especialidade, certo ceticismo quanto à sua sustentabilidade econômica e até mesmo visão equivocada das pessoas de que se trataria de plano de segunda linha, objetivando apenas limitações de acesso e custo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora conte com menos investimentos e recursos de gestão, historicamente já incorporou práticas de coordenação e atenção primária por ter sido construído para



Eugênio Vilaça Mendes

uma população muito maior e para responder aos governos municipal, estadual e federal. “A importância da coordenação do cuidado ainda não é uma reflexão majoritária na saúde suplementar; há uma visão estreita de não fazer promoção e prevenção porque, a qualquer momento, a pessoa pode sair do plano”, acrescenta o consultor Eugênio Vilaça Mendes.

“São desafios reais que precisam ser enfrentados com as devidas políticas”, salienta José Cechin, superintendente do IESS. “É por meio do engajamento dos beneficiários e profissionais com a saúde integral que se traz melhor bem-estar ao paciente e mais eficiência para todo o sistema. O tempo se encarregará de dissipar ceticismos. Com o tempo será possível formar profissionais dessa modalidade em quantidade suficiente. Com o tempo, a infraestrutura será expandida”, reflete.



“A coordenação do cuidado – como experiência completa, integrada e acolhedora – precisa ser expandida, tanto na iniciativa privada como na pública, para evitar desperdícios e garantir o cuidado certo”

FERNANDO PEDRO
Diretor Executivo de Gestão
de Valor em Saúde da Amil



“O caminho promissor é a implantação da navegação do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde”

**NÍCOLAS DRUMOND
DE CARVALHO**
Gerente de Atenção Primária
e Cuidados Complementares da
Fundação São Francisco Xavier

A Amil usa ferramentas de análise de dados para conhecer desde os hábitos de saúde do beneficiário até o perfil de uso do plano, identificando tendências ou necessidades de cuidado específicas. De acordo com a operadora, aqueles engajados na coordenação do cuidado internam 30% menos. Dos que recebem atendimento da equipe multidisciplinar da atenção primária, 89% não precisam ir a especialistas.

Na Fundação São Francisco Xavier (FSFX), a coordenação do cuidado está sendo realizada prioritariamente aos pacientes crônicos, que demandam acompanhamento mais de perto da equipe devido aos riscos de complicação e agravamento da doença, segundo Nicolas Drumond de Carvalho, gerente de Atenção Primária e Cuidados Complementares. A organização atende 210 mil beneficiários em Minas Gerais, São Paulo, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Estão em curso na FSFX iniciativas de acolhimento, ampliação do acesso às equipes por meio da telessaúde e estudo epidemiológico da carteira para uma busca ativa da população com alto risco assistencial. Também teve início, neste ano, um ciclo de capacitações que englobam linhas de cuidado tais como saúde mental, hipertensão, diabetes, cardiovascular, renal, obesidade, saúde da mulher e saúde da criança. “O caminho promissor é a implantação da navegação do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde”, acredita Carvalho.

Vanessa Assalim, do Grupo NotreDame Intermédica, relata que a educação permanente das equipes está acontecendo dentro dessa temática da coordenação do cuidado, assim como o alinhamento de estratégias, para a implantação mais adequada dos modelos coordenados. “O beneficiário é direcionado em sua jornada dentro de nosso sistema, cuidando de sua saúde e sua percepção, o apoiando em mudanças que o levem a melhor qualidade de vida e consequente redução de agravos”, explica. O GNDI tem mais de 6 milhões de beneficiários.

EXTENSÃO DO DESAFIO

Um estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), publicado em 2021, mostra que a coordenação do cuidado pode ser uma das chaves estratégicas para aprimorar o sistema de saúde suplementar, definido como uma cadeia complexa e plural.

O IESS projeta que as operadoras de planos de saúde devem gastar R\$ 383,5 bilhões com assistência de seus beneficiários em 2030, um avanço de 157,3% em relação ao registrado em 2017. “Algo se perdeu na formatação da estrutura de assistência, que passou a priorizar o tratamento da doença ao invés de tratar o indivíduo e promover a saúde em sua amplitude”, observa José Cechin, superintendente do Instituto. “Passou da hora de repensar questões como o modelo de atenção à saúde e de remuneração de prestadores de serviço, a falta de transparência e o desperdício gerado por erros, fraudes e eventos adversos, além da inclusão de novos produtos na saúde suplementar”, defende.

A nova geração parece já trazer essa mentalidade. Em São Paulo, nasceu a Alice, no ano passado. A empresa que tem nome de menina já foi concebida como gestora de saúde, e não como plano de saúde tradicional. É *digital first* e orgulha-se da integração de dados entre consultórios, hospitais e laboratórios parceiros, independentemente de onde esteja qualquer um de seus 1.600 membros, como preferem chamar os beneficiários. Apoiada no conceito de *value-based health-care*, prioriza indicadores de qualidade, inclusive disponibilizados individualmente via aplicativo.

O diretor médico Mário Ferretti conta que, para gerir a saúde de todos os membros, não somente daqueles que ficam doentes, a Alice conta com a Wanda, apelido do sistema de coordenação de cuidado que faz a navegação do paciente usando inteligência artificial e tem como bússola o olhar da enfermeira, desta vez a pessoa/profissional real. O acompanhamento é longitudinal. A Alice e a Wanda seguem os pacientes com questionários periódicos e mo-

mentos de contato sobre suas condições clínicas e a qualidade de vida.

Para Cechin, do IESS, pensando no sistema como um todo, é necessária uma agenda efetiva para a melhoria da assistência à saúde, engajando os pacientes, as empresas contratantes de planos de saúde, as operadoras, os prestadores de serviços de saúde e o governo. Como exemplo de medidas, cita trazer o indivíduo para o centro da atenção, reduzir o grau de judicialização, desenhar indicadores de resultados e promover sua divulgação.

Perguntado a respeito de que maneira a coordenação do cuidado pode avançar na prática, José Cechin sugere que as ideias podem começar entrando no dia a dia das equipes. “Pode-se explorar uma amostra de beneficiários, entender o indivíduo, suas peculiaridades, desafios e determinantes sociais, para então propor soluções”, diz.

Em alguns casos, ressalta o superintendente, é preciso incluir o cuidador ou a família como parte do cuidado desse indivíduo, o que deve ganhar relevância com o aumento da longevidade da população brasileira.

“Conversar e trocar informações entre os profissionais de saúde pelos quais o paciente passou é importante e recomenda-se um prontuário eletrônico único para esse compartilhamento. Com o resultado, pode-se criar protocolos e compartilhar as experiências para que erros e acertos sejam visualizados por outras áreas, gestores e operadoras.”

TAMBÉM É SOBRE TECNOLOGIA

“Difícil é ter um sistema de informática que consiga abraçar tudo isso”, aponta a CEO da Nossa Saúde, Dulcimar De Conto. Por outro lado, é fácil concluir que esse é um desafio para todo o setor e que impacta sensivelmente as “viradas” de modelo. “Quando você não tem a coordenação do cuidado automatizada ou sistematizada, depende exclusivamente do fator humano. Ela ocorre, mas de maneira pontual, por projetos e grupos mais reduzidos”, descreve Gabriel Couto, membro da diretoria

da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e CTO da Memed, plataforma de prescrição digital. “Coordenação no nível micro é importante, mas não resolve”, sentencia o consultor Eugênio Vilaça Mendes.

Com a premência da transformação digital do setor, as healthtechs crescem em ritmo acelerado. Segundo pesquisa da Distrito Dataminer, elas receberam 337% mais investimentos de janeiro a março deste ano em comparação ao primeiro trimestre de 2020. Foram R\$ 533 milhões. “As startups estão gerando uma enorme quantidade de dados e terão de compartilhá-los e integrá-los a outros sistemas”, avalia Couto. O diretor da SBIS conta que o assunto interoperabilidade está quente em muitas capacitações e eventos do mercado.

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) não chega a ser um empecilho. “Justamente por lidar com dados sensíveis, as primeiras empresas que montaram comitês internos para discutir o tema foram as de saúde”, afirma Gabriel Couto, acrescentando que vê uma adoção bem rápida das novas regras por parte do setor. Na continuidade desse processo, o diretor da SBIS acredita que a atuação da Autoridade Nacional de Proteção de Dados será importante para esclarecer determinados pontos, validar ou não os entendimentos já em prática pelas empresas e formalizar o que for pertinente e consensual.

Outra tendência identificada pelo diretor da SBIS é a maior facilidade para a implantação da interoperabilidade digital nas redes onde, no mundo físico, esses grupos já estavam bem constituídos. “É bem diferente de construir uma jornada integrada do zero”, testemunha. No entanto, Gabriel Couto acredita ser possível avançar e amadurecer, chegando a soluções coletivas que não existem prontas e precisam ser elaboradas em conjunto. A sugestão dele é que isso aconteça em ambientes neutros, como as associações, onde os executivos com diferentes mentalidades e modelos de negócio têm oportunidade de dialogar.



“Conversar e trocar informações entre os profissionais de saúde pelos quais o paciente passou é importante e recomenda-se um prontuário eletrônico único para esse compartilhamento.”

JOSÉ CECHIN
Superintendente do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS)



“Quando você não tem a coordenação do cuidado automatizada ou sistematizada, depende exclusivamente do fator humano”

GABRIEL COUTO
Diretor da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)

O DESAFIO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL

Apesar de ser o país com o maior número de dentistas e ter capacidade instalada em 99% dos municípios, Brasil ainda tem alto índice de pessoas com perda de dentes e outras doenças

A atual situação da saúde bucal no Brasil cria uma expectativa do que precisa ser feito, tanto pelo poder público como pela iniciativa privada. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, que traz os dados mais recentes disponíveis sobre a saúde bucal no país, aponta que nem metade (49,1%) dos brasileiros com 18 anos ou mais realizaram consultas odontológicas nos 12 meses anteriores ao levantamento. Dos 78,2 milhões que receberam atendimento – ante um total de 159,1 milhões de pessoas – menos de 20% acessaram as unidades básicas de saúde, do sistema público. A grande maioria (75%) foi atendida em consultório particular, clínica privada ou hospital privado.





A perda de dentes afeta um número expressivo de brasileiros: 8,9% das pessoas com 18 anos ou mais não têm mais nenhum deles e 21,3% já perderam 13 dentes ou mais. Os dados evidenciam também como o brasileiro está tendo piora na sua saúde bucal conforme envelhece: uma em cada três pessoas com mais de 60 anos já perderam todos os dentes e 72% usam algum tipo de prótese dentária

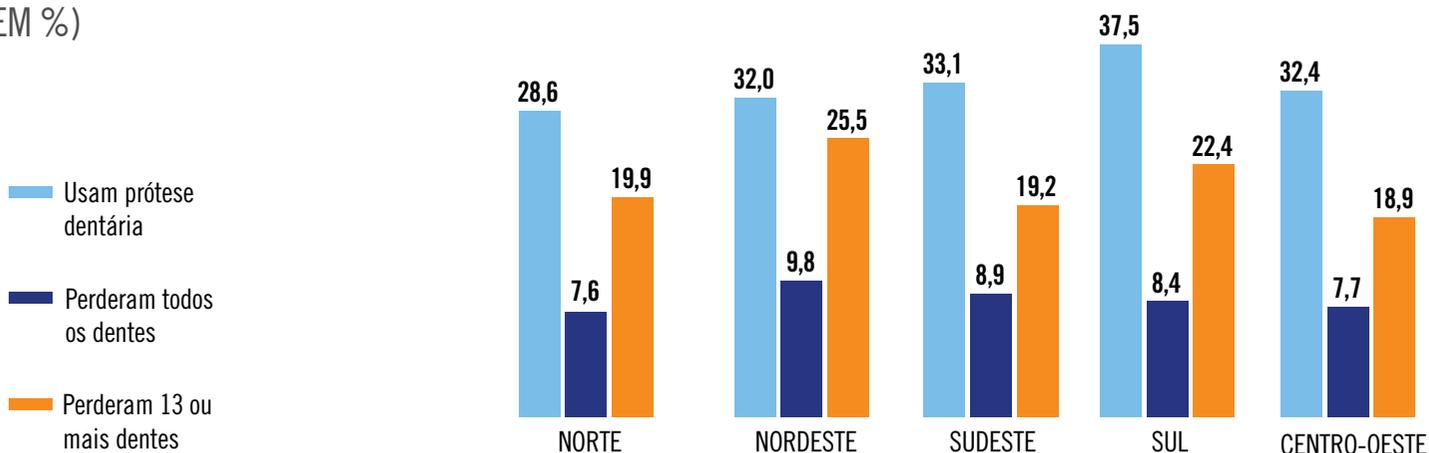
De acordo com a pesquisa, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em convênio com o Ministério da Saúde, a perda de dentes afeta um número expressivo de brasileiros: 8,9% das pessoas com 18 anos ou mais não têm mais nenhum deles e 21,3% já perderam 13 dentes ou mais. Os dados evidenciam também como o brasileiro está tendo piora na sua saúde bucal conforme envelhece: uma em cada três pessoas com mais de 60 anos já perderam todos os dentes e 72% usam algum tipo de prótese dentária.

“É verdade que o primeiro indicador (8,9%) melhorou na comparação com a mesma pesquisa em 2013, quando era de 11%. Entretanto, ainda é demasiadamente elevado e evidencia a dificuldade de acesso ao tratamento dentário no país, que, paradoxalmente, concentra o maior número de profissionais dentistas do mundo, possui uma Odontologia reconhecida internacionalmente e tem infraestrutura com elevada capacidade de atendimento”, destaca Roberto Cury, presidente da SINOG – Associação Brasileira de Planos Odontológicos.

“Temos um dever constitucional do Estado de promover o acesso à saúde bucal da população como um todo, de maneira universal, integral, fazendo isso da forma mais equânime possível, mas a gente vê que ainda é um desafio essa questão do acesso”, afirma Caroline Martins, coordenadora-geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde desde agosto de 2020. Ela conta que o retrato ficará ainda mais nítido no próximo ano, com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida também como SB Brasil, cuja etapa de coleta de dados em campo precisou ser adiada por causa da pandemia de Covid. A última edição é de 2010.

O professor titular de Periodontia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e diretor do Instituto de Odontologia da PUC-Rio, Ricardo Fisher, explica que as doenças periodontais atingem cerca de 50% das pessoas e 10% a 15% delas nas formas mais severas, causando perda óssea, de mobilidade e dos dentes de forma precoce, além de retração e sensibilidade muito grandes. Tabagismo e diabetes são os principais fatores de risco. A promoção da

PROPORÇÃO DE PESSOAS COM MAIS DE 18 ANOS QUE TIVERAM PERDA DE DENTES E USAM PRÓTESE (EM %)



Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações do IBGE/MS.

saúde bucal, com visitas periódicas ao dentista, evita o desenvolvimento dessas doenças e resulta em maior qualidade de vida.

DESIGUALDADES

A PNS 2019 permite um olhar para as diferenças regionais, embora muito provavelmente a dificuldade de acesso ao tratamento prejudique a comparação de indicadores. A perda de dentes é mais recorrente no Nordeste, onde foi estimado que 25,5% das pessoas com mais de 18 anos já perderam ao menos 13 dentes e 9,8% perderam todos os dentes. A taxa de perda total de dentes também é elevada no Sudeste e no Sul, de 8,9% e 8,4% respectivamente, e menor na região Norte (7,6%). O Centro-Oeste apresentou baixos índices de perda de dentes: 18,9% quando considerados 13 ou mais dentes e 7,7% quando considerada a perda de todos os dentes.

Chama a atenção também o fato de que o Nordeste concentra elevados índices de perda de dentes, ao mesmo tempo em que possui a segunda menor taxa de uso de prótese dentária no país – 32% das pessoas com 18 anos ou mais versus 37,5% no Sul, por exemplo –, o que reforça a preocupação com a falta de acesso à saúde bucal nesta região populosa do país.

Analizando os indicadores de cuidado com a higiene bucal, a região com a maior proporção de pessoas que escovam os dentes ao menos duas vezes ao dia é o Sudeste, com 95,1%. Apesar deste alto número, a proporção de pessoas que trocam a escova a cada três meses é relativamente baixa no Sudeste, 48,1%. Este número é menor do que o observado nas regiões Norte (59,3%), Sul (55,0%), Centro-Oeste (51,0%) e Nordeste (49,8%).

Os resultados da pesquisa indicam, ainda, uma alta correlação entre nível de instrução e os indicadores de cuidado dentário. É importante notar que, mesmo entre as pessoas com níveis mais baixos de escolaridade, uma melhora no grau de instrução aumenta consi-

deravelmente a proporção de indivíduos que realizam a higiene bucal de forma adequada. Por exemplo, 61% das pessoas com ensino fundamental completo ou médio incompleto usam escova, pasta e fio dental para limpeza dos dentes, enquanto entre indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto esta proporção é de apenas 38,5%.

EM BUSCA DA DEMOCRATIZAÇÃO

De acordo com Caroline Martins, a principal meta da Coordenação-Geral de Saúde Bucal é ampliar a presença da saúde bucal na atenção primária provida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, da base de 120 milhões de brasileiros cobertos pela Estratégia de Saúde da Família, 80 a 90 milhões também recebem assistência odontológica. “Estamos chegando muito perto da marca de 30 mil equipes com a saúde bucal incluída na atenção primária. Nossa meta é continuar ampliando esse acesso, porque sabemos que esse é o nível de atenção mais capilarizado e que boa parte dos problemas podem ser resolvidos nesses atendimentos”, esclarece.

Quanto à atenção especializada, existem no país 1.170 centros que ofertam minimamente cinco especialidades odontológicas, além dos laboratórios de próteses. “Dependemos totalmente deles para conseguir fazer, de fato, um cuidado integral e completo, incluindo recuperação e reabilitação”, conta Caroline. Está nos planos da Coordenadoria fazer uma revisão formal desses serviços, junto aos gestores estaduais e municipais, para identificar pontos de melhoria, desempenho das equipes e necessidades de acréscimo no que é oferecido.

Na iniciativa privada, a cobertura de planos exclusivamente odontológicos tem uma trajetória de crescimento constante nos últimos sete anos. Esta taxa atingiu 13,3% da população total em 2020, com a marca de 27,1 milhões de brasileiros. O aumento é de 3,4 pontos percentuais em relação a 2014, quando 9,9% da população



“Estamos chegando muito perto da marca de 30 mil equipes com a saúde bucal incluída na atenção primária. Nossa meta é continuar ampliando esse acesso, porque sabemos que esse é o nível de atenção mais capilarizado e que boa parte dos problemas podem ser resolvidos nesses atendimentos”

CAROLINE MARTINS
coordenadora-geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde

Na iniciativa privada, a cobertura de planos exclusivamente odontológicos tem uma trajetória de crescimento constante nos últimos sete anos. Essa taxa atingiu 13,3% da população total em 2020, com a marca de 27,1 milhões de brasileiros. O aumento é de 3,4 pontos percentuais em relação a 2014, quando apenas 9,9% da população possuía acesso a esse tipo de plano

possuía acesso a este tipo de planos. Historicamente, a o ritmo de ascendência é superior, inclusive, à dos planos médico-hospitalares, apesar destes alcançarem uma cobertura de 27,5%.

“Mesmo com as crises econômicas ao longo do tempo, o segmento continua crescendo, primeiro pela maturidade das operadoras, que trabalham de forma consistente, criando produtos e coberturas que atraem as pessoas. Percebemos também uma maturidade da população, que cada vez mais busca saúde, bem-estar e qualidade de vida”, avalia Cury.

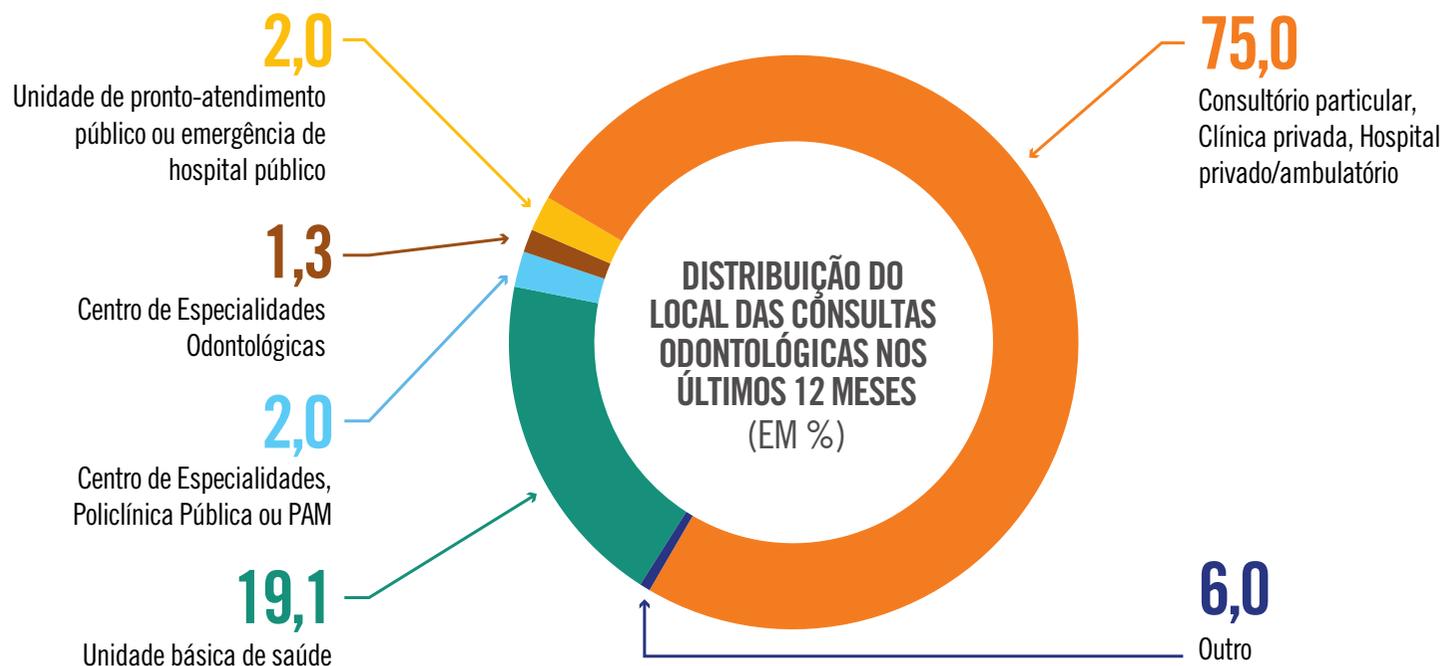
O presidente da Sinog vê um enorme potencial de acesso aos planos odontológicos. “O custo médio é muito atrativo, menos de R\$ 20 por mês, em que a pessoa consegue ter um tratamento de qualidade em todas as especialidades e em todo o Brasil, porque os planos se baseiam no mutualismo”, elucida. De outro modo, grande parte das pessoas não teria acesso aos cuidados adequados de saúde bucal, de forma particular.

“O desafio é a necessidade constante de inovação, tanto de produtos quanto do ponto de vista regulatório, tornando as regras da saúde suplementar mais factíveis para o segmento”, pontua. Um aspecto importante é a valorização da saúde bucal pelo brasileiro (veja mais na pág. 27).

OTIMIZAÇÃO DE ESFORÇOS

Outro caminho para a democratização da assistência odontológica é a maior integração entre o público e o privado. A premissa de oferecer tudo para todos, conforme preconiza a Constituição, acaba esbarrando nas limitações de financiamento e no regramento público para a compra e manutenção de equipamentos e contratação de profissionais.

Já a odontologia de grupo utiliza a estrutura instalada dos dentistas. “Muitas vezes os dentistas estão lá com seus consultórios montados, horários vagos, querendo atender, enquanto a população que precisa fica do outro



Fonte: Elaborado por ABRAMGE/SINAMGE/SINOG com base em informações do IBGE/MS.

lado”, salienta Roberto Cury. “As operadoras poderiam ser uma opção extremamente viável para o poder público. Certamente faríamos isso com muita facilidade e rapidez, ainda mais com as ferramentas digitais para a identificação e agendamentos”, vislumbra.

Carolina Martins, da Coordenadoria, vê entraves normativos e legais e questões que precisam ser aprofundadas, como as próprias evidências do que seria mais eficiente, se a prestação direta pelo Estado ou se o modelo de prestação indireta, além de avanços no campo da contratualização. “Essa questão da prestação dos serviços se dar por um agente privado tem muitos gargalos a serem resolvidos”, observa.

A coordenadora classifica como tímida a integração entre público e privado na saúde

hoje e lembra, por exemplo, que ainda não foi feita nenhuma parceria público-privada na odontologia. Além dos aspectos já mencionados, ela pondera que, antes de implementar qualquer medida desta natureza em escala nacional, muitas vezes é necessário realizar um projeto-piloto.

“Hoje 99% dos municípios têm rede credenciada das operadoras odontológicas: uma capilaridade enorme que poderia ser aproveitada”, destaca Cury. “O segmento está totalmente preparado para fazer esse atendimento com qualidade, mediante regras e prazos rigorosos, como já temos os estabelecidos pela ANS. Se construíssemos um grande entendimento em torno deste caminho, certamente coisas boas viriam”, conclui.



“Mesmo com as crises econômicas ao longo do tempo, o segmento continua crescendo, primeiro pela maturidade das operadoras, que trabalham de forma consistente, criando produtos e coberturas que atraem as pessoas. Percebemos também uma maturidade da população, que cada vez mais busca saúde, bem-estar e qualidade de vida”

ROBERTO CURY
presidente da Sinog

“AMPLIAR O ACESSO PODE MUDAR A CULTURA”

A última SB Brasil, de 2010, revelou que 18% dos jovens de 12 anos nunca tinham ido ao dentista. “Se os familiares não têm o hábito de ir ao dentista, isso não começa tão cedo. E, quanto mais tarde começa, menor é a valorização desse tipo de cuidado”, avalia a coordenadora-geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, Caroline Martins.

Segundo a gestora, existe também desconhecimento sobre o impacto da falta de saúde bucal em diversas condições sistêmicas, sejam crônicas ou temporárias, como é o caso da gestação. “Como estamos falando de cáries e de agravos crônicos, que muitas vezes se manifestam de maneira relativamente silenciosa, não se tem uma visibilidade direta dos prejuízos e riscos. A pessoa só se mobiliza diante de um quadro agudo.”

Ricardo Fisher, professor titular de Periodontia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e diretor do Instituto de Odontologia da PUC-Rio, partilha dessa convicção. “A saúde bucal é tão importante quanto a de qualquer outro órgão. Se encontrar sangue na urina não é

visto como algo normal, por que na boca deveria ser?”, questiona. “Todas as implicações para a saúde, que são sérias e comprovadas, precisam ser mais divulgadas, inclusive pelos médicos e pelos próprios dentistas. Afinal, a saúde vai além de dentes bonitos”, defende.

Para Roberto Cury, presidente da SINOG, seria uma força descomunal para o setor se os médicos falassem mais sobre a importância da saúde bucal, especialmente os pediatras, porque é um cuidado que tem que começar no início da vida, quando se adquire os hábitos de escovação e de idas regulares ao dentista. “Precisamos atravessar essa questão cultural”, frisa (veja mais sobre a campanha Julho Neon na pág. 33).

O professor Fisher acredita que os planos odontológicos têm potencial de contribuir na expansão do acesso à odontologia de qualidade. “Tudo o que puder ser feito para melhorar o acesso das pessoas à saúde bucal é válido, especialmente otimizando a estrutura que já existe”, diz o titular da UERJ. “Aumentar o acesso pode mudar a cultura”, finaliza.

UM SÓ SISTEMA DE SAÚDE

Evoluem as discussões sobre a integração entre público e privado, mas ainda há necessidade de avanços

“O quadro que a pandemia mostra de carências no sistema de saúde é permanente; acontecia antes e acontece diariamente em particular nos locais mais distantes e mais pobres do país”, afirma o diretor-executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), Antonio Britto. Segundo o executivo, é preciso aprender com as lições desse período e uma delas é que “o brasileiro é um só e sua saúde merece ser protegida e tratada de forma mais planejada e integrada por todos nós, seja o indispensável SUS ou os prestadores privados”.

Jacson Venâncio de Barros, diretor do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), concorda. “Sempre foi um sonho do Brasil e de vários outros países a informatização para a integração dos dados em saúde. Isso é uma necessidade mundial, ainda mais num momento pandêmico como esse”, diz. No âmbito do Sistema Único de Saúde, está em andamento um projeto que começou pela atenção primária e está estabelecendo as bases para a criação e funcionamento da Rede Nacional de Dados em

Saúde (RNDS), como parte da Estratégia de Saúde Digital 2020-2028.

Uma das metas é conectar à internet pelo menos 90% das unidades básicas de saúde do país até o fim deste ano. Para considerá-las informatizadas, outros dois aspectos imprescindíveis são a estrutura, composta por computadores e pessoas, e a utilização do sistema padronizado. Barros conta que o incentivo não se limita a recursos financeiros, mas envolve orientação e engajamento. De acordo com o diretor do DATASUS, a estratégia,







DIVULGAÇÃO

“A interoperabilidade é necessária, de modo que, lá na ponta, o profissional que atender, seja pelo público ou privado, tenha acesso ao dado daquele paciente, devidamente autorizado”

MAURO JUNQUEIRA
Secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)



DIVULGAÇÃO

“O setor privado pode contribuir muito com a sua eficiência para atender as demandas dentro do regramento que a área pública precisa”

JORGE OLIVEIRA
Diretor administrativo financeiro da Promédica

utilizada anteriormente em outros países, foi “começar a trocar investimento por informação, o que fez com que a ponta se interessasse também e entendesse que é um ciclo de sustentabilidade do seu ambiente”.

O secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira, lembra que, quando foi lançado o projeto do Cartão Nacional de Saúde, anos atrás, “iniciamos a construção da casa pelo telhado”. Como exemplos, ele cita a falta de conexão de internet de qualidade no interior e até em cidades grandes, e também o fato de que os serviços não são interligados.

No entanto, Junqueira valoriza os avanços e comemora que, atualmente, 142 milhões de brasileiros já estão cadastrados com um único CPF e têm seus dados imputados no sistema. “A gente já consegue enxergar essas pessoas. Na imunização contra a Covid-19, nesse grupo, quem tem comorbidade não precisou pegar atestado médico para comprovar, pois o sistema já as reconheceu.”

INTEGRAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Para Jacson Barros, o setor privado pode ajudar com o compartilhamento das informações, conectando-se à RNDS, numa relação “cooperação e confiança”. Ao Ministério da Saúde, caberia a regulação. “A Estratégia de Saúde Digital é agnóstica à forma de pagamento. Se você está doente no privado ou no público, você está doente”, ressalta. Considerando essa premissa, o DATASUS trabalha em dois eixos. O eixo estruturante é a RNDS, essa rede de troca de informações. O segundo eixo é o que materializa toda essa cooperação entre os diversos serviços de saúde, denominado ConecteSUS.

Conforme explica Barros, para que a plataforma apresente informações de qualidade ao cidadão, precisa ter informações de toda a assistência à saúde. “Isso deveria ser seme-

lhante à obrigação de emitir uma nota fiscal ao prestar um serviço; você teria a obrigação de compartilhar essa informação ao realizar um atendimento de saúde”, defende.

Britto, da Anahp, acredita que a cooperação entre os setores, baseada em uma rede integrada de cuidados contínuos, é fundamental para tornar o sistema de saúde mais eficiente, efetivo e aumentar a qualidade da assistência à saúde da população. “Para que o setor público possa concentrar seus esforços no financiamento, planejamento e controle das atividades e resultados, é importante que compartilhe a organização dos recursos e a execução das ações com o setor privado”, aponta.

Esta também é a posição de Jorge Oliveira, diretor administrativo financeiro da Promédica, companhia que participou da primeira parceria público-privada da saúde no Brasil há 11 anos, quando passou a administrar o Hospital do Subúrbio, em Salvador (BA). “O poder público tem que atuar como regulador, controlador, e não exatamente como executor”, salienta. “O setor privado pode contribuir muito com a sua eficiência para atender as demandas dentro do regramento que a área pública precisa.”

O diretor-executivo da Anahp recorda que cerca de 40% das internações do SUS são realizadas pelos hospitais filantrópicos e mais de 70% das cirurgias de alta complexidade do Sistema Único de Saúde acontecem nos hospitais privados. “Há exemplos muito exitosos desse modelo já praticados no Brasil, que acabam promovendo o intercâmbio de experiências de gestão, a redução de esforços duplicados, a racionalização dos recursos disponíveis para atendimento à população e o alinhamento do nível de qualidade dos serviços de saúde”, atesta, ponderando que isso ainda ocorre de forma fragmentada. Britto acrescenta que, no modelo de filantropia, uma série de instituições públicas de saúde é

gerida por hospitais privados. “Enfim, há vários modelos de excelência que poderiam ser mais difundidos e incorporados.”

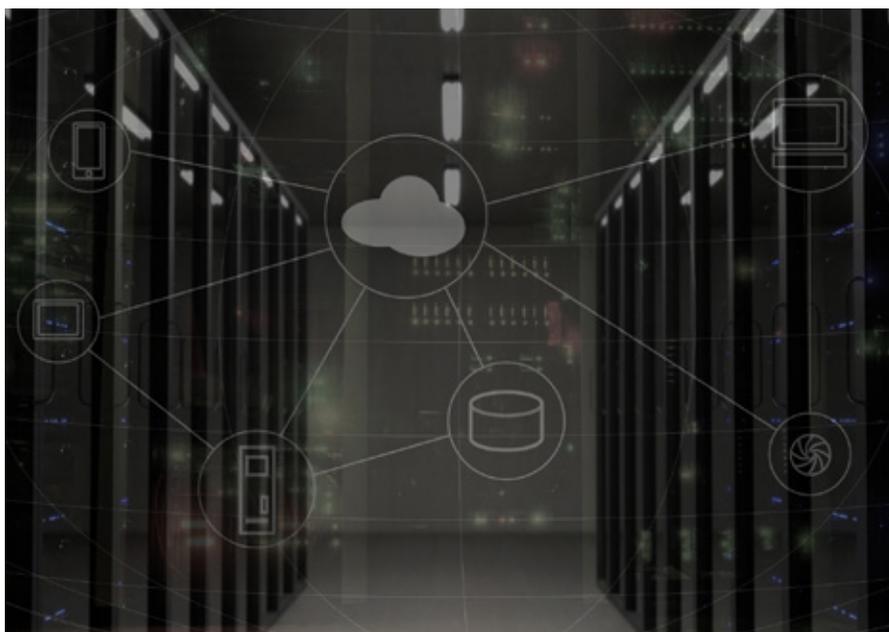
Na visão de Mauro Junqueira, do CONASEMS, o que precisa é de uma conversa da iniciativa privada, via Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o Ministério da Saúde para integrar os processos. “A interoperabilidade é necessária, de modo que, lá na ponta, o profissional que atender, seja pelo público ou privado, tenha acesso ao dado daquele paciente, devidamente autorizado”, avalia.

O secretário-executivo do Conselho inclusive olha para além da troca de informações de cada paciente: “Muito podemos fazer somando esforços, evitando retrabalho e ações paralelas. A integração seria importante para todos até porque os próprios profissionais ora estão no SUS ora estão no privado. Se pudermos fazer uma capacitação integrada, discutir protocolos juntos, definir padrões, respeitando a autonomia de cada um, isso com certeza será muito importante”.

LEGISLAÇÃO

A Lei nº 8.666, de 1993, regulamenta um dos artigos da Constituição Federal e institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, incluindo a saúde. Ela foi seguida de outros decretos e leis que trazem mais orientações sobre as possibilidades de contratualização com o setor privado. “É preciso divulgar essa legislação e muito preparo dos servidores públicos para implementar novas formas de integração”, opina Oliveira, da Promédica. “Os indicadores de desempenho no setor privado estão evoluindo cada vez mais. Se conseguirmos progredir na busca de soluções sob esse olhar de eficiência, o setor privado só tem a contribuir”, conclui.

Chama também a atenção a agilidade que o setor de saúde requer na operação, muitas vezes incompatível com os trâmi-



Projeto de lei que tramita no Senado, propõe a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente, para obrigar o SUS a manter plataforma digital única com informações de saúde dos pacientes

tes da área pública. “O gestor público tem amarras técnicas e legais que o impedem que exerça plenamente a sua atividade como executor”, sentencia.

O projeto de lei nº 3814, de 2020, que tramita no Senado, traz uma proposta sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente, para obrigar o SUS a manter plataforma digital única com informações de saúde dos pacientes. Sua aprovação, segundo Barros, pode representar um novo avanço na direção de uma saúde mais integrada.

“O SUS não se restringe à saúde pública. Não tem sentido separar o público do privado; é uma questão só de regulação. A pandemia mostrou a importância dessa integração. Foi possível quebrar algumas barreiras e surgiram outras. É ponto pacífico a necessidade de integração das informações e de conhecimento também”, finaliza.



“Para que o setor público possa concentrar seus esforços no financiamento, planejamento e controle das atividades e resultados, é importante que compartilhe a organização dos recursos e a execução das ações com o setor privado”

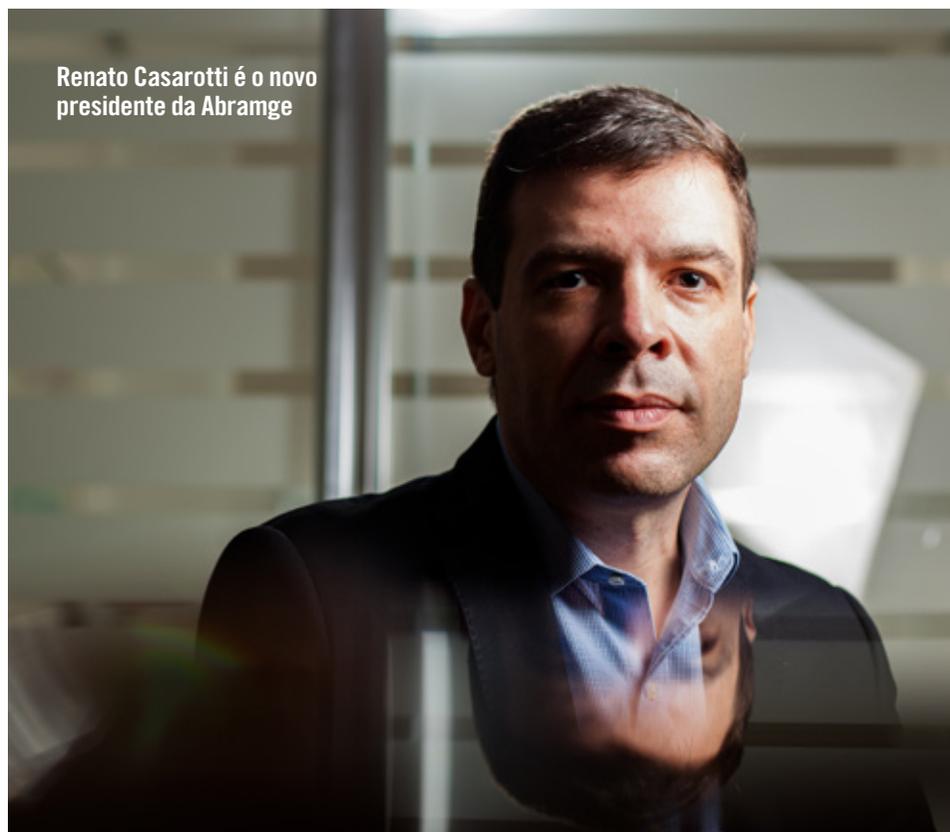
ANTÔNIO BRITTO
Diretor-executivo da Anahp

ABRAMGE TEM NOVA GESTÃO ELEITA ATÉ 2024

Renato Casarotti foi eleito presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde) no triênio 2021-2024. O executivo sucede Reinaldo Scheibe, que esteve à frente da instituição por cinco anos. A Abramge representa atualmente 136 operadoras associadas, responsáveis pelo atendimento de 22,7 milhões de beneficiários de planos de saúde. As associadas da Abramge possuem 175 hospitais próprios e milhares de clínicas e laboratórios.

Além de representar a medicina de grupo frente aos enormes desafios advindos da pandemia, a nova diretoria vai liderar pautas como a sustentabilidade das operadoras e a modernização de normas e leis para oferta de produtos diferenciados e democratização do acesso à saúde suplementar. Também estão na agenda a regulamentação definitiva da telessaúde no Brasil e a promoção de modelos assistenciais focados na atenção primária e na coordenação do cuidado.

Formado em Direito pela Universidade de São Paulo (USP), pós-graduado em Direito das Relações de Consumo pela PUC e também em Direito do Estado e da Regulação pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), Renato Casarotti tem uma trajetória profissional marcada pela atuação em diferentes segmentos. Desde 2018, Casarotti é vice-presidente de Relações Institucionais do UnitedHealth Group Brasil.



SILVIA ZAMBONI

NOVA DIRETORIA DA ABRAMGE

| Cargo | Nome | Associado | Localidade |
|----------------------------|--------------------------------|--|-----------------|
| Presidente | Renato Freire Casarotti | Amil Assistência Médica Internacional S/A | São Paulo/SP |
| Secretário-Geral | Carlito Marques de Abreu | Hapvida Assistência Médica Ltda. | Fortaleza/CE |
| 1º Secretário | Francisco Antonio Santa Helena | Centro Clínico Gaúcho Ltda. | Porto Alegre/RS |
| 1º Tesoureiro | Luiz Celso Dias Lopes | Clínipam - Clín. Paranaense Assist. Méd. Ltda. | Curitiba/PR |
| 2º Tesoureiro | Antonio Cesar Justo | 2Care Operadora de Saúde | Campinas/SP |
| Diretor de Promoção | Jorge Antonio Duarte Oliveira | Promédica Proteção Médica à Empresas Ltda. | Salvador/BA |
| Diretor Adjunto | Marcelo Sanches Dietrich | Doctor Clin Operadora de Planos de Saúde Ltda. | Porto Alegre/RS |
| Diretor Adjunto | Carlos Augusto Ferreira | Santa Rita Saúde S/A | Maringá/PR |

NOVA IDENTIDADE DA SINOG: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS ODONTOLÓGICOS

No ano que completa 25 anos de história, a SINOG, principal instituição representante no Brasil das operadoras de planos odontológicos, adota uma nova identidade, passando agora a ser a Associação Brasileira de Planos Odontológicos.

Nesse novo momento, a SINOG se posiciona como a principal fonte em Odontologia Suplementar e reafirma seu propósito em fomentar e ampliar o acesso da popu-

lação brasileira aos cuidados com a saúde bucal. E também promover o intercâmbio de informações e boas práticas entre as associadas, e incentivar o diálogo entre as operadoras, agência reguladora, profissionais de odontologia e sociedade.

“Queremos consolidar os planos odontológicos como principais agentes da democratização do acesso à saúde bucal e entendemos que ao amplificar o alcance da SINOG enquanto Associação nos co-

locamos nesta trajetória”, afirma o presidente da entidade, Roberto Cury.

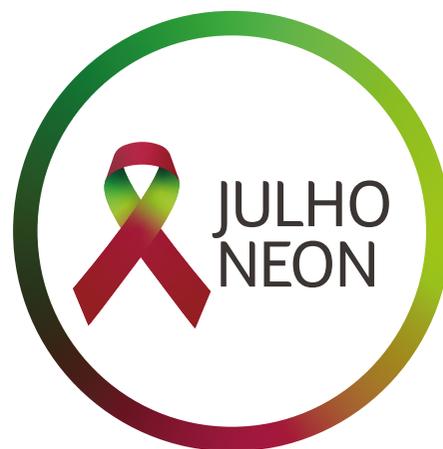
“As operadoras de planos odontológicos estão presentes em 5.560 municípios ou 99,8% de todas as cidades brasileiras. O segmento tem crescido continuamente nos últimos vinte anos, contando hoje como mais de 27 milhões de beneficiários”, completa. A SINOG representa 68% do mercado em número de beneficiários de planos odontológicos.

ASSOCIAÇÃO CAMPANHA JULHO NEON - SALVE O SORRISO BRASILEIRO

Movimento liderado pela SINOG busca conscientizar sobre a importância da saúde bucal

Com repercussão nacional, o movimento Julho Neon – Salve o sorriso brasileiro nasce com o objetivo de democratizar o acesso aos tratamentos odontológicos de qualidade. Sua identidade visual foi construída para representar as cores, formas geométricas e toda a diversidade brasileira. Já a música “Escovar, Cuidar e Sorrir”, hit oficial da campanha, foi escrita e interpretada pelo cantor Jairzinho para embalar as ações e a divulgação.

A iniciativa, liderada pela SINOG (Associação Brasileira de Planos Odontológicos), tem caráter agregador, com desdobramento em várias frentes, inclusive



parcerias para levar saúde às comunidades menos favorecidas do país. Ao proporcionar uma vida mais saudável para a

população brasileira, por meio do acesso à saúde bucal de qualidade, o movimento também valoriza o papel dos dentistas, que são os protagonistas de muitas histórias de transformação, cuidando do maior patrimônio do brasileiro: o sorriso.

“Várias ações foram planejadas para esta campanha, em um momento muito importante como este, pois a pandemia despertou na população a necessidade de buscar por saúde, bem-estar e novos hábitos”, afirma Roberto Cury, presidente da SINOG. Confira na próxima edição da VISÃO SAÚDE a cobertura completa desta importante iniciativa com foco na saúde bucal do brasileiro.



DE QUE MANEIRA UMA VACINA É LIBERADA PARA A POPULAÇÃO?

Existem quatro vias pelas quais a Anvisa atesta a segurança, a qualidade e a eficácia para permitir a imunização

O uso emergencial de vacinas ganhou notoriedade desde o início do ano, quando foi aprovado pela primeira vez para os imunizantes contra a Covid-19. Mas ele não é a única forma de autorizar o acesso às vacinas. Cristiane Jourdan, diretora da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) / Terceira Diretoria, conversou com a *Visão Saúde* para explicar quais são esses diferentes caminhos.

Jourdan é médica endocrinologista, bacharel em Direito e especialista em

gestão. Já atuou nos setores público e privado e na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Sua experiência na Anvisa começou em novembro de 2020, já no contexto da pandemia. A executiva ressalta que os critérios de avaliação utilizados pelo órgão em todos os casos de pedido de liberação de vacinas – entre tantas outras atribuições da autoridade sanitária – são segurança, qualidade e eficácia.

[1] AUTORIZAÇÃO TEMPORÁRIA DE USO EMERGENCIAL

A Diretoria Colegiada da Anvisa aprovou em 17 de janeiro por unanimidade, com direito a transmissão ao vivo em redes de televisão, a autorização temporária de uso emergencial das vacinas CoronaVac (Sinovac/Instituto Butantan) e Covishield (Serum Institute of India/AstraZeneca/Universidade de Oxford/Fiocruz). Em 31 de março, foi a vez da vacina da Janssen.

Este tipo de autorização nunca havia sido dado no Brasil e avaliou a adequação das candidatas a vacina contra Covid-19 para a utilização durante a atual emergência em saúde pública, de modo a minimizar, o mais rápido possível, os impactos da pandemia.

“A autorização para uso emergencial significa que a vacina ainda está em fase experimental e alguns dados permanecem sob análise durante a imunização. A vacina é restrita a públicos específicos e só pode ser aplicada no Sistema Único de Saúde (SUS)”, afirma Cristiane Jourdan.

A liberação emergencial não permite a introdução no mercado para fins de comercialização, distribuição e uso. Ou seja, não equivale ao registro sanitário.

[2] REGISTRO SANITÁRIO

A primeira vacina contra a Covid-19 a receber o registro sanitário foi a da Pfizer/BioNTech, em 23 de fevereiro. Este processo corresponde ao padrão-ouro de avaliação, quando se consolida a análise dos melhores dados disponíveis e de forma completa, incluindo mitigação dos riscos e a adoção das medidas de monitoramento.

Para conseguir o registro, o fabricante precisa apresentar o Certificado de Boas Práticas de Fabricação, documento emitido pela Anvisa após uma inspeção na linha de produção. A modalidade permite a utilização nos sistemas público e privado. A Pfizer optou por pedir o registro definitivo sem requisitar o uso emergencial. Já a AstraZeneca obteve primeiramente a autorização temporária e depois o registro, em 12 de março.

“As várias etapas do desenvolvimento da vacina por vezes são feitas com o acompanhamento da Anvisa, que recebe de maneira contínua dados e documentos. Assim, ganhamos tempo na avaliação”, esclarece a diretora. “Os



PEDRO FRANÇA/AGÊNCIA SÉRVIO

“Os estudos clínicos têm sido feitos de forma acelerada em função da emergência sanitária. Conseguimos a aprovação de vacinas em um curto espaço de tempo”

CRISTIANE JOURDAN, diretora da Anvisa

estudos clínicos têm sido feitos de forma acelerada em função da emergência sanitária. Conseguimos a aprovação de vacinas em um curto espaço de tempo”, comenta.

[3] CONSÓRCIO COVAX FACILITY

Outra via para disponibilizar vacinas aos brasileiros é o consórcio Covax Facility, aliança internacional conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de acelerar o desenvolvimento e a produção de vacinas contra Covid-19 e garantir o acesso igualitário à imunização. Mais de 150 países aderiram à iniciativa, entre os quais o Brasil.

A Anvisa aprovou, em 9 de fevereiro, uma resolução (RDC 465) que agiliza a chegada de vacinas adquiridas pelo Ministério da Saúde por meio desse consórcio. Conforme o instrumento firmado com a OMS, os técnicos da Anvisa participam das análises feitas pela organização internacional. Dessa forma, quando a OMS aprova o uso de uma vacina, a agência brasileira tem segurança para liberar imediatamente o produto para a população.

Essas vacinas são distribuídas ao Plano Nacional de Imunização após avaliação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, órgão vinculado à Fiocruz. Vacinas como as da Moderna e da Sinopharm, que não tinham aprovado uso emergencial nem

registro no Brasil, chegaram ao país pelo Covax Facility.

“A avaliação técnica é rígida”, destaca Cristiane Jourdan. “A iniciativa parte do princípio de que o mundo estará seguro somente quando todos os países estiverem seguros; existe a expectativa de ser a maior operação desta natureza na história.”

[4] AUTORIZAÇÃO TEMPORÁRIA DE IMPORTAÇÃO

A Anvisa regulamentou, em março deste ano, a autorização excepcional e temporária para a importação por Estados, Municípios e Distrito Federal de medicamentos e vacinas para Covid-19 que não possuam registro sanitário ou autorização para uso emergencial no Brasil, nos termos da Lei nº 14.124/2021.

As vacinas importadas devem ter indicação específica para tratamento ou prevenção da Covid-19 aprovada pela respectiva autoridade sanitária estrangeira e precisam ter, pelo menos, estudos clínicos de fase 3 concluídos ou com resultados provisórios, entre outros requisitos. O importador tem uma série de responsabilidades específicas nesses casos.

Dois exemplos de vacinas que já solicitaram este tipo de autorização são a Covaxin, produzida pelo laboratório Bharat Biotech, da Índia, e a Sputnik V, da Rússia.

TECNOLOGIA E ACOLHIMENTO PARA APLACAR SUSTO EM UM MOMENTO MÁGICO

Família pode passar com tranquilidade situação de incerteza causada pela pandemia

A descoberta da gravidez no primeiro dia de isolamento social – decretado em função da pandemia no Estado de São Paulo – foi sucedida por uma gestação tranquila. Mãe de João, 12 anos, e Pedro, 8, Roberta Boschini agora teria uma menina. Fez boa parte do pré-natal por telemedicina e participou do programa Mommy Care, da operadora Care Plus, em que uma equipe multidisciplinar acompanha as gestantes e ajuda a identificar qualquer possível risco ou problema.

Após um parto feliz, do jeito que a família sonhou, veio o grande susto. Roberta e seu marido, Gustavo, foram diagnosticados com covid quando a pequena Maria Luiza tinha apenas dez dias de vida. “Fiquei extremamente preocupada, pois não sabia como seriam os pró-

ximos dias”, lembra a beneficiária. “Eu só pensava na minha filha, um ser tão frágil, que dependia de mim para tudo, principalmente para se alimentar.”

Roberta conta que o pediatra, ao perceber seu abalo emocional diante daquela situação inusitada, pediu que se acalmasse e garantiu que as duas seriam examinadas, mesmo em isolamento. A solução foi utilizar um serviço do plano de saúde que acabava de ser lançado e permitia a realização do exame físico à distância.

“Eu jamais imaginava que isso era possível”, recorda Roberta. Ela recebeu uma entrega em casa com o dispositivo Tyto. São três acessórios e sensores utilizados para checar temperatura, captar imagens e transmitir sons. Por meio de conexão com a internet, o aplicativo envia dados em tempo real para o médico durante a consulta.



ARQUIVO PESSOAL

Poucos dias após o nascimento de Maria Luiza, os pais foram diagnosticados com covid-19; a telemedicina foi fundamental no acompanhamento da saúde familiar

Embora seja uma tecnologia avançada, que possibilita o envio dos exames com precisão em tempo real para o médico durante a consulta, a beneficiária revela que a sua utilização é simples. “O próprio aparelho vai sinalizando os locais onde você deve colocá-lo e mostra as imagens explicando como deve ser manuseado. Além disso, o profissional médico vai te orientando”, relata.

Tanto Roberta quanto Maria Luiza foram, então, examinadas. Pelo Tyto, o médico fez a ausculta cardíaca e do pulmão, o aferimento de temperatura e a investigação de eventuais inflamações na garganta e no ouvido. “Conseguimos ser atendidas na comodidade da minha casa, com uma avaliação física completa em nós duas, sem a necessidade de uma exposição em ambiente hospitalar”, diz a mãe. “Poder consultar a minha filha e me consultar durante uma covid-19 em casa foi extraordinário.”

A beneficiária comemora que o coronavírus não tenha causado nenhum comprometimento na saúde de ambas. Para ela, poder amamentar normalmente mesmo depois de testar positivo tão no início da vida da Malu foi uma grande realização. Ricardo Salem, diretor da Saúde da Care Plus, destaca que a operadora decidiu iniciar o uso do Tyto pelas participantes do Mommy Care justamente por esse ser um “momento mágico” na vida das famílias.

EXPANSÃO DO CUIDADO

O objetivo, segundo o executivo, é justamente evitar idas desnecessárias ao pronto-socorro, o que reduz as chances de exposição da mãe e do bebê e agiliza o atendimento a ambos. “A principal



DIVULGAÇÃO

“A principal questão a se aprimorar na telemedicina é o exame físico, que antes era parcialmente prejudicado, e agora ganha informações complementares para avaliação física com precisão e alta qualidade de imagem”

RICARDO SALEM,
diretor da Saúde da Care Plus

questão a se aprimorar na telemedicina é o exame físico, que antes era parcialmente prejudicado, e agora ganha informações complementares para avaliação física com precisão e alta qualidade de imagem”, ressalta Salem.

Ao oferecer essa tecnologia, a Care Plus busca sempre evoluir a experiência do médico e do paciente, tornando o atendimento ainda mais resolutivo, a partir de diagnósticos feitos precocemente e com comodidade. Como meta de expansão do uso do Tyto, o diretor aponta ampliar a rede de médicos e outros profissionais da saúde para que sejam treinados e possam utilizar o equipamento em suas consultas no programa Mommy Care.

Um segundo passo deve ser a expansão do serviço para outros grupos, como os pacientes crônicos. “Entendemos também que alguns programas de atendimento *in company* podem agregar muito com o uso do TytoCare. Ou seja, dentro das organizações, os colaboradores poderão receber um atendimento com qualidade sem sair de suas respectivas empresas”, acrescenta Ricardo Salem.

A mudança tem sido bem-vinda, de acordo com o executivo. “Essa tecnologia melhora substancialmente a experiência do médico e do paciente, o exame físico fica mais completo e a experiência de ter uma consulta mais resolutiva faz com que a adesão à tecnologia seja muito positiva”, afirma.

O futuro da Saúde pós Covid-19

POR JEAN-CLAUDE SAGHBINI*

A pandemia da COVID-19 expôs diversas vulnerabilidades na prestação de serviços de saúde em todo o mundo. Esse cenário também nos obrigou a descobrir formas diferentes de pensar sobre a saúde. Tivemos que reavaliar como entregar a melhor evidência para os profissionais de saúde, guiá-los no processo de tomada de decisão e pensar em diferentes formas de treinar centenas de pessoas. Desta forma, a inovação e o aprendizado contínuo foram mais do que mandatórios, dando espaço para que novas forças se tornassem tendências no mundo pós-pandemia. Mas, quais são as cinco forças que podem ajudar a redesenhar e melhorar o futuro da saúde?

1. O USO DA TELEMEDICINA NO COMBATE ÀS VULNERABILIDADES

A pandemia acelerou drasticamente a expansão e adoção da telemedicina, diante da necessidade em garantir a segurança dos pacientes. No Brasil, 90% dos médicos acreditam que as novas tecnologias digitais terão um grande impacto para a assistência de saúde da população.

2. A TRANSPARÊNCIA E A CONFIABILIDADE NA MELHOR EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NO MOMENTO

Os médicos, muitas vezes, precisam de recomendações e orientações a respeito de tratamentos confiáveis. Isso foi bastante evidente durante a pandemia COVID-19. Até meados de setembro, foram mais de 140 mil publicações científicas e ensaios relacionados ao vírus. Por isso é praticamente impossível assimilar toda essa quantidade de informações. É evidente que uma abordagem baseada na melhor evidência ajuda a refinar as pesquisas recentes, permitindo tomar decisões alinhadas às melhores práticas e antever ameaças a saúde pública.



3. A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL POTENCIALIZA A VELOCIDADE DE VIGILÂNCIA CLÍNICA

Os sistemas de vigilância clínica trazem atualizações sobre os pacientes e alertas clínicos relevantes em tempo real e a inteligência artificial (IA) tem sido uma excelente aliada desses sistemas. Juntos, permitem identificar uma vasta gama de condições de saúde agudas e crônicas com mais precisão. Desta forma, médicos conseguem identificar pacientes em risco.

4. A PREPARAÇÃO PARA UMA TRANSFORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

A pandemia também mudou o cenário no que diz respeito a força de trabalho na área da saúde. As organizações tiveram que contratar médicos recém-formados, reabsorver profissionais aposentados, realocar e treinar outros profissionais de saúde, além de prepará-los para uma mudança na prestação do serviço. As estratégias futuras envolvendo

os profissionais que trabalham na área de saúde terão que acompanhar o novo ritmo. O desafio será criar modelos que ajudem não só a retê-los, mas também desenvolver sua carreira e restaurar o autocuidado.

5. O ACESSO COMPLETO À DADOS CONSISTENTES

A saída para todos os desafios está em integrar e em prover o acesso à informação consistente. A COVID-19 demonstrou que não existem apenas conexões entre saúde pública e definições médicas, mas também, que há formas de rapidamente estabelecer essas ligações. O acesso mais amplo às informações facilita as interações em todo o ecossistema de saúde. Com isso, podemos melhorar e nos aproximar de um modelo de atendimento verdadeiramente centrado no paciente.

* JEAN-CLAUDE SAGHBINI É VICE-PRESIDENTE SÊNIOR E CTO DA WOLTERS KLUWER HEALTH



SISTEMA ABRAMGE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOVA IDENTIDADE, NOVO SITE



O Sistema Abramge de Urgência e Emergência consiste em um acordo estabelecido entre as operadoras de plano de saúde associadas à Abramge.

Por meio dele, os usuários destas operadoras recebem serviços de urgência e emergência quando estiverem em trânsito em locais em que exista hospital indicado, ou seja, em locais fora de sua área de cobertura assistencial com recurso indicado por uma das congêneres.



WWW.ATENDIMENTOABRAMGE.COM.BR





DESCUBRA UM NOVO MUNDO

TENHA ACESSO AOS PRINCIPAIS INDICADORES DA SAÚDE SUPLEMENTAR

saúdedados[®]

1ª plataforma de inteligência de mercado
voltada para a saúde suplementar

Conecte-se aos principais indicadores da saúde suplementar, crie consultas e obtenha informações relevantes para impulsionar as decisões da sua empresa.

Conheça as soluções que o Saúde Dados® oferece.

Entre em contato conosco e descubra um novo paradigma:

saudedados.com.br
contato@abramge-uca.com.br
(11) 4878-4413 / 4478-4438