

VISÃO SAÚDE

A REVISTA DOS PLANOS DE SAÚDE

OUT/NOV/DEZ • 2022



abramge • sinamge • sinoq

ANO 7 Nº 25
ISSN 2448-0630

SAÚDE MENTAL

COMO OPERADORAS E EMPREGADORES LIDAM COM A EXPLOÇÃO DE CASOS DE ESGOTAMENTO E OUTROS DISTÚRBIOS CAUSADOS POR ESTRESSE

QUALIDADE

RECENTEMENTE INCORPORADAS AO PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DA ANS, OPERADORAS ODONTOLÓGICAS TÊM DIFICULDADES PARA SE ADEQUAR

NOVA JORNADA

SAÚDE SUPLEMENTAR BUSCA SOLUÇÕES
DISRUPTIVAS PARA OFERECER AOS
BENEFICIÁRIOS A MELHOR ASSISTÊNCIA



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

ENCRUZILHADA

A saúde suplementar está passando por um momento decisivo. Definições que pautam sua sustentabilidade, iniciativas para aumento da acessibilidade, o rol dos procedimentos em saúde e como é possível o setor trabalhar com certa previsibilidade para o futuro podem ser o começo das principais mudanças que estão por vir.

Na reportagem de capa desta edição (pg. 14), você poderá conferir os principais destaques do evento anual da entidade, que reuniu os principais players do setor para discussões sobre o presente e o futuro [1]. A busca por maior previsibilidade foi uma das tônicas, principalmente por causa das repetidas mudanças na legislação que rege a relação entre planos de saúde e beneficiários. Mas, além disso, ficou nítida a necessidade de uma nova jornada assistencial, que promova a integração entre operadoras e prestadores de serviço e que sejam construídas com o beneficiário no centro.

Enquanto isso, infelizmente, há mais um elemento desafiador: o aumento contínuo de casos de distúrbio mental, que já acontecia antes da pandemia de Covid-19 mas foi intensificado pela crise sanitária e todo o estresse por ela causado [2]. A reação de operadoras e empregadores a esse cenário tem passado por aprimorar suas iniciativas de promoção de qualidade de vida, identificação precoce de casos de distúrbio e apoio continuado a quem sofre com esses problemas (pg. 28).

Se a cabeça dos brasileiros não anda bem, a saúde bucal também não é das melhores [3], como mostra o infográfico da página 12. Por outro lado, temos o maior número de cirurgiões-dentistas do mundo e planos de saúde odontológicos com valores acessíveis. Esse segmento da saúde suplementar já atende mais de 29 milhões de brasileiros, mas pode chegar a muito mais gente. Um dos caminhos para isso é seguir qualificando os serviços das operadoras odontológicas, e poder mostrar para a população em quem pode confiar. Esse é o intuito do Programa de Acreditação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que depois de muitos anos permitiu o ingresso do segmento. Ainda falta, porém, adequar as regras à sua realidade particular, como mostra a reportagem da página 22.

Não perca, ainda, a entrevista exclusiva do presidente do Insper e especialista em políticas públicas, Marcos Lisboa [4], na qual ele alerta sobre o uso ineficiente de recursos na saúde, causado, em grande parte, por uma visão individualista sobre o setor (pg. 6).

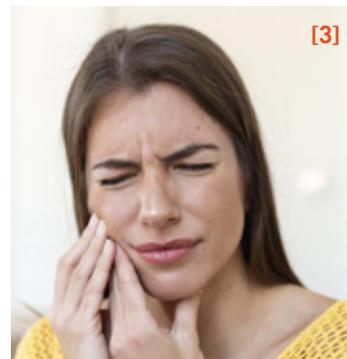
Boa leitura.



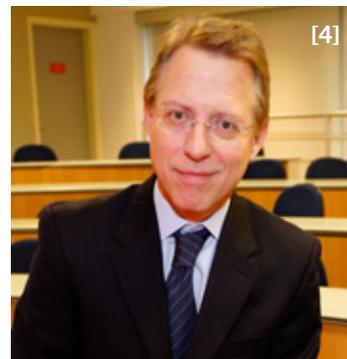
UNSPASH



FREEPIK



FREEPIK



DIVULGAÇÃO

SUMÁRIO



6 PÁGINAS AZUIS

A saúde suplementar é uma batalha entre consumidores, diz o economista, especialista em políticas públicas e presidente do Inspier, Marcos Lisboa, em entrevista exclusiva sobre as perspectivas do setor no Brasil.

14 CAPA CONGRESSO ABRAMGE

Em dois dias de evento, representantes do Poder Público, de operadoras, de seguradoras e de prestadores de serviço, além de convidados especiais, como Luiza Trajano, a presidente do Conselho de Administração do Magazine Luiza, debatem as perspectivas da saúde suplementar.

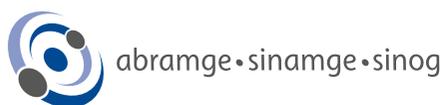
28 BATENDO CABEÇA

Com a explosão de distúrbios de saúde mental, intensificada pelos reflexos da pandemia de Covid-19, operadoras e empregadores adotam postura preventiva e reforçam programas de apoio para contribuir para a reversão desse cenário.

SEÇÕES

- 10 Notas
- 11 Check-up
- 12 Raio X
- 34 Por Dentro
- 36 Diagnóstico





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

PRODUÇÃO DE CONTEÚDO

Gustavo Magaldi REDAÇÃO E EDIÇÃO
Flavio Faria e Viviane Pettersen REPORTAGEM
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



Temos de olhar para o bem comum

Em entrevista exclusiva à Visão Saúde, Marcos Lisboa, especialista em políticas públicas e presidente do Insper, alerta sobre o uso ineficiente dos recursos na saúde

Marcos Lisboa tem uma trajetória que abrange experiências em instituições acadêmicas, no governo e como executivo de instituições financeiras. Já exerceu a função de diretor-executivo do Itaú Unibanco, foi presidente do Instituto de Resseguros do Brasil e, de 2003 a 2005, atuou como secretário de Política Econômica do Ministério da Fazenda. Economista de formação, com Ph.D. pela Universidade da Pensilvânia, Lisboa também tem longa experiência na área acadêmica, coordenando pesquisas sobre políticas públicas e saúde. Nesta entrevista, o atual presidente do Insper — instituição de ensino superior e de pesquisa sem fins lucrativos — fala sobre o desafio de se coordenar o sistema de saúde brasileiro para que os benefícios para a coletividade se sobreponham a interesses individuais.

ENTREVISTA: GUSTAVO MAGALDI | FOTO: DIVULGAÇÃO

VISÃO SAÚDE – Qual sua avaliação sobre o atual momento da saúde no Brasil e suas perspectivas?

MARCOS LISBOA – Em geral, política pública no Brasil é muito ineficaz. Quando comparamos com outros países o quanto gastamos e os resultados obtidos ficamos muito atrás. Isso acontece em educação, por exemplo. Resultados do Brasil em políticas públicas são bem piores se comparados com outros países em condições similares. Dito isso, saúde não é uma dessas áreas. Nessa área, pegando os indicadores, o Brasil está bem em relação ao mundo. Temos problemas, é claro, mas os indicadores ligados à saúde no Brasil são bem razoáveis. Temos um modelo peculiar em que público e privado convivem. Acho que a gente tem um desafio grande no SUS, que é um modelo de muito sucesso mas que precisa ser fortalecido. Temos uma série de problemas regulatórios, dificuldade em importação, dificuldade na regulação de acesso a remédios.

Em qualquer país desenvolvido existe uma agência que define os remédios aos quais a população terá acesso, com critérios, não é uma coisa descoordenada, descentralizada, em que cada médico indica e gera uma série de problemas graves. Lá fora o judiciário costuma ser deferente às agências, como nos EUA, na Inglaterra. No Brasil a gente foi criando essa desordem em que alguém aparece com um medicamento xpto e alguém prescreve esse remédio, um tipo de prótese ou tratamento... Esse processo, muito descoordenado, gera custos muito altos e acaba faltando dinheiro onde importa. É uma questão de má alocação de recursos que, no fim, prejudica a saúde da população. E há problemas de governança e controle.

Então, temos de discutir como podemos melhorar, com regulação, a eficácia e a eficiência do sistema de saúde. Para melhorar a qualidade de vida da população. Os procedimentos no Brasil são muito mais caros que em outros países, remédios que não são autorizados lá fora e aqui são, com acesso conquistado por via judicial. Por outro lado, não conseguimos fazer atividades básicas de saúde porque os recursos não estão reservados para isso. Então temos uma desorganização que tem piorado muito na última década e meia.

O senhor falou sobre o uso ineficiente dos recursos e a incorporação de terapias e medicamentos sem a eficácia comprovada. A legislação recentemente sancionada, que abre espaço para a cobertura de procedimentos não previstos no rol da ANS, pode intensificar esses problemas?

Essa falta de governança na política pública vai prejudicar a população. Alguém consegue um benefício que não está previsto, e se não está previsto existem boas razões para isso, e por outro lado pessoas estão pagando mais caro pelos seus planos de saúde. Essa conta tem de se equilibrar. Estamos vendo as dificuldades dos planos de saúde... No Brasil tem uma percepção de que é uma batalha entre o consumidor e o plano de saúde, mas não é, é uma batalha do consumidor com o próprio consumidor. Essa conta cai no colo do consumidor. Então, quando um indivíduo tem acesso a uma prótese muito cara, isso gera um custo maior para o sistema, aumenta a sinistralidade...

Muitas pessoas não entendem o princípio do mutualismo que envolve os planos de saúde.

Sim, isso é um princípio básico. Mas as pessoas ficam nessa fantasia e com isso vamos estrangulando o sistema. Os dados de saúde no Brasil são bem razoáveis quando se compara com outros países, mas eu temo que a saúde no Brasil vá ficar cada vez mais cara. Essa conta vai cair no colo da população. O Brasil é um país em que a atividade cresce pouco, a renda cresce pouco e a ineficácia da política pública prejudica a população. E todos nós pagamos por isso. Não é à toa que o Brasil cresceu pouco nos últimos 40 anos. Tem um pouco dessa busca permanente pelo oportunismo, à medida em que se pula a cerca da discricionariedade, de conseguir um benefício para alguém sem levar em conta o uso discricionário de suas atribuições. A saúde está dentro disso.

Ainda nessa questão do uso ineficiente do uso dos recursos, sempre se recorre ao dispositivo constitucional que afirma que a saúde é um direito de todos e um dever do estado. Na sua opinião, como esse princípio deve ser observado considerando os recursos disponíveis na saúde suplementar e o orçamento público?

Temos de discutir como melhoramos o acesso da população à saúde. Para isso tem de olhar o conjunto, não pode olhar individualmente, precisa de coordenação política porque temos restrições de recursos. Princípios gerais como esse constam de constituições e declarações no mundo inteiro. Mas o resto do mundo sabe que na hora de implantar um princípio como esse tem de se levar em conta quais tratamentos são mais eficazes, se eu gasto aqui vou deixar de gastar acolá, como eu garanto que os recursos públicos estão sendo gastos de maneira a cuidar da população como um todo, e não

“ Temos de discutir como melhoramos o acesso da população à saúde. Para isso tem de olhar o conjunto, não pode olhar individualmente, precisa de coordenação política.

quem oportunisticamente chegou primeiro e conseguiu uma liminar. Porque vai faltar para o outro lá na frente.

Isso que o resto do mundo faz: as agências de saúde dos diversos países dizem “esse remédio passou por nossos testes, estão autorizados”. E as pessoas e o judiciário respeitam a decisão da autoridade de saúde na parte técnica. Esse é o princípio que vale na grande maioria dos países, porque você tem de levar em conta o bem coletivo, não pode ir para o caso particular. No Brasil, uma frase genérica como essa vira o gatilho para a interpretação de que tudo é permitido. Se um médico deu parecer, ninguém quer saber se é caro ou não. Então, resumindo, primeiro esses temas são técnicos. Segundo, tem de olhar o bem comum, se não muita gente vai ficar no fim da fila.

O olhar econômico tem de entrar na equação.

Mais que econômico, o olhar é social. Para atingirmos o bem-estar da sociedade é preciso olhar o tema tratando o todo, não o particular. Tem de ter o olhar social para os mais vulneráveis, enfrentar os dilemas e estabelecer prioridades. Os programas sociais de saúde do governo, de atenção à família, eles estão esvaziados de recursos. Aqueles programas coordenados para cuidar dos mais vulneráveis, de forma integrada, conseguir definir prioridades, saber onde precisa mais e menos, estão esvaziados por gastos feitos de forma descoordenada, que atendem a interesses particulares. Sem olhar o todo. Isso significa que o país vai ter uma saúde pior, vai crescer menos. Essa fragmentação da política pública, essa falta de governança e esse oportunismo que se vale de liminares, isso tudo leva à degradação da política pública no Brasil.

Como resolver essa falta de coordenação e a fragmentação da política pública de saúde?

Esse é um desafio porque o Brasil teve uma trajetória em

que nenhum outro país arrumado entrou. Isso vale para o regime tributário, com milhares de regras diferentes, e regras particulares que não consideram o todo. Isso leva o país a crescer pouco porque leva à escolha deficiente do que produzir, escolha de tecnologias ineficientes porque pagam menos imposto. Uma série de regrinhas particulares para proteger setor a ou b ou c. Como desarmamos isso? Parece muito difícil de reverter.

Quais deveriam ser as prioridades em políticas públicas de saúde dos novos mandatos no executivo que assumirão em 2023?

Para começar, vai ser muito difícil porque a Presidência da República foi esvaziada. O Orçamento foi capturado pelo Congresso. Isso aconteceu ao longo dos últimos dez anos, desde o governo Dilma, passando pelo Temer e agora com o Bolsonaro. A primeira coisa seria reconstruir a capacidade do Executivo em coordenar o Orçamento. Inclusive na área da saúde, uma das áreas mais afetadas por essa fragmentação. Mas para isso vai ter de enfrentar o Congresso. Convencer o congresso que essa fragmentação está piorando o país, problemas sociais em várias áreas, tem de reconstruir. E isso vai ser muito difícil, pois para os parlamentares o atual panorama é ótimo, eles têm o poder de gastar como quiserem.

A sociedade como um todo deveria se envolver na discussão sobre a saúde?

Ela se envolve, mas também se envolve nessa questão dos grupos organizados. A gente não consegue discutir o bem comum no Brasil. Olha a dificuldade que foi a reforma tributária. Um benefício tributário aqui acaba gerando aumento na conta de energia, na compra de equipamento, porque o Estado, para compensar esses benefícios, tira de outro lado.

Pensando no longo prazo, em que queremos um maior acesso ao sistema de saúde e mais qualidade no cuidado, quais deveriam ser as premissas de políticas de Estado, que não mudem de governo para governo?

Primeiro deveríamos olhar as melhores práticas que tem no mundo e criar regras de proteção que evitem o favorecimento a empresas ineficientes ou a escolha de tecnologias atrasadas. Resgatar a capacidade do governo de política pública. E ter uma discussão mais profunda sobre o desenho regulatório, os controles no país.

CABEÇA NÃO ESPERA



Pesquisa revela que 60% das empresas referências em gestão de pessoas monitoram saúde mental de colaboradores no dia a dia

Como mostra nossa reportagem na página 28, problemas de saúde mental explodiram nos últimos anos e foram intensificados pela pandemia de Covid-19. E isso não é diferente, obviamente, nos ambientes corporativos. Casos de Síndrome de Burnout, como são conhecidos os quadros de estafa causada pelo estresse excessivo, são cada vez mais comuns nas empresas, prejudicando a produtividade e a qualidade de vida de colaboradores.

Reagindo a esse cenário, muitas empresas estão reforçando suas iniciativas para apoiar funcionários na identificação e remediação de problemas de saúde mental. A edição 2022 da pesquisa anual *FIA Employee Experience* (FEEEx), que reconhece os “Lugares Incríveis Para Trabalhar”, mostrou que dois terços das

empresas consideradas referências em gestão de pessoas fazem um monitoramento periódico da saúde mental de suas equipes. E uma das estratégias mais usadas nesse contexto é o treinamento de líderes para agir de forma proativa.

A pesquisa mostrou que, no último ano, houve aumento de 4,4% no grupo de pessoas (de 29,6% para 30,9%) que estão com estresse excessivo ou esgotamento mental provocado pelo trabalho. Isso significa que a cada dez pessoas que trabalham nos “Lugares Incríveis para Trabalhar”, três estão com um alto nível de estresse.

Outro ponto de alerta é o aumento na quantidade de pessoas com Síndrome de Burnout (esgotamento mental), que cresceu 12%. Nesse caso, os entrevistados também relataram

sentir uma experiência de trabalho pior, com uma nota média 18,0% menor do que um grupo mentalmente saudável.

Para Lina Nakata, pesquisadora da FEEEx, os dados mostram que apesar das iniciativas de muitas empresas de realizarem ações para discutir a saúde mental, ainda faltam mudanças mais assertivas. “Se há casos de má gestão dos líderes e a empresa possui um ambiente propício ao estresse e desmotivação dos colaboradores, não adianta apenas realizar ações como palestras e atendimentos individuais. É preciso identificar a raiz do problema e agir para a resolução. Outra preocupação é que as pessoas que ocupam cargos de gestão também estão mais estressadas que os não-gestores”, explica Nakata.

ATENDIMENTO INTEGRAL NO NORTE DE MG

Com novo hospital-dia, Grupo Rausch acelera crescimento e mira novas regiões de atuação

Formado pela operadora Prontomed Saúde, pelo hospital Santa Lucia, pela Solução Ocupacional (SOL), pelo Prontolab análises clínicas e pelo Cardiomix (hemodinâmica), o Grupo Rausch, há mais de 60 anos no mercado, acaba de inaugurar um hospital dia que representa uma estratégia muito buscada por sistemas públicos e privados para a promoção efetiva da

saúde populacional. Localizado em Divinópolis, em Minas Gerais, o Medcin conta com 3.000 m² de área assistencial e, além de oferecer atendimento em diferentes especialidades, é focado em serviços de atenção primária à saúde.

“Um de nossos propósitos é o de cobrir uma lacuna importante na região, acolhendo os beneficiários e toda a população do entorno, fornecendo serviços de excelência desde a atenção primária até os cuidados de alta complexidade, com foco na saúde da mulher e do homem”, afirma o diretor do

Grupo Rausch, Waldemar Rausch Junior.

Em termos de tecnologia, a novidade é o mamógrafo com tomossíntese, que será o primeiro aparelho da região, e a mamotomia, um procedimento voltado para tratar microcalcificações mamárias.

Desde 2019, a operadora registra um crescimento de 15% da carteira de usuários. Atualmente possui uma carteira com mais de 47 mil vidas nos setores médico-hospitalar e odontológico, e pretende expandir mercado para as regiões do sul de Minas e triângulo mineiro.

PADRÃO DE INTEROPERABILIDADE

Conheça a TISS, criada pela ANS para permitir a troca de dados entre operadoras e prestadores

Elaborada pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em convênio com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Troca de Informações na Saúde Suplementar (TISS) foi estabelecida como um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados assistenciais dos beneficiários de planos de saúde entre os agentes da saúde suplementar.

Conheça, a seguir, um pouco mais sobre a TISS em cinco itens.

1. POR QUE A TISS É IMPORTANTE?

A TISS ajuda a padronizar a organização entre os sistemas informacionais com os dados assistenciais. O objetivo é subsidiar ações administrativas, de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras, compondo o Registro Eletrônico de Saúde.

2. QUANDO FOI CRIADA?

O padrão TISS foi implantado em 2005 e, em 2012, tornou-se obrigatório graças à Resolução Normativa nº 305. Em 30 de março de 2022, por sua vez, a Resolução Normativa nº 501 revogou a RN anterior e atualizou suas regras.

3. QUAIS AGENTES ESTÃO CONTEMPLADOS?

O Padrão TISS abrange as trocas dos dados de atenção à saúde entre os seguintes agentes da saúde suplementar: operadora de planos privados de assistência à saúde; prestador de serviços de saúde; contratante de plano privado de assistência à saúde familiar/individual, coletivo por adesão e coletivo empresarial; beneficiário de plano privado de assistência à saúde ou seu responsável legal ou ainda terceiros formalmente autorizados por ele; e a ANS.

4. QUAIS DADOS SÃO PADRONIZADOS E TROCADOS?

São os dados de atenção à saúde prestada ao beneficiário de planos privados de assistência à saúde gerados na rede de prestadores de serviços, incluindo: rede de serviços de saúde contratada, referenciada ou credenciada, de forma direta ou indireta; e rede própria da operadora, de entidade ou empresa controlada pela operadora, de entidade ou empresa controladora da operadora e profissional assalariado ou cooperado da operadora. O Padrão TISS não abrange os dados referentes aos eventos de atenção à saúde oriundos de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).



5. O QUE ACONTECE SE A TISS NÃO FOR SEGUIDA?

Se algum agente da saúde suplementar não seguir as regras do padrão TISS isso configurará infração administrativa e ele estará sujeito a penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde.

Mais informações sobre a TISS em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss>

SORRISO ENVERGONHADO

Brasil é top na odontologia e está na rabeira da saúde bucal

Seguindo o termo Belíndia, criado em 1974 pelo economista Edmar Bacha para se referir à desigualdade no Brasil, os dados revelam que o capital humano da nossa odontologia pode ser considerado equivalente a de um país rico, como a Bélgica. A saúde bucal da população brasileira, porém, não reflete esse cenário de abundância de profissionais, sendo mais parecida com o sorriso de um país pobre, como a Índia.

O Brasil é o país com mais dentistas no mundo, somando mais de 370 mil profissionais, em 2022, segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO). Por outro lado, apesar da abundância de profissionais da área, a saúde bucal do cidadão brasileiro continua deficiente. Segundo o estudo *Global Burden of Disease*, programa com a colaboração de mais de 1.800 pesquisadores de 127 países, a prevalência de cárie não tratada no Brasil foi de 38,17%, em 1990, e de 37,46% em 2017. Com isso, o Brasil ocupa a 41ª posição no ranking de redução na prevalência de cárie entre os 53 países avaliados.

TEMOS MUITOS PROFISSIONAIS...

20%

dos dentistas do mundo e apenas 3% da população mundial

461

instituições de ensino superior ofertam cursos de odontologia

42%

foi o crescimento do número de cirurgiões-dentistas em 8 anos

...E MUITA QUALIFICAÇÃO

As universidades brasileiras de odontologia estão entre as melhores do mundo. Segundo o último ranking divulgado por especialização pela Center for World University Rankings (CWUR), que avalia a qualidade da educação, empregabilidade, qualidade do corpo docente e pesquisa, a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Estadual de São Paulo (UNESP) e a Universidade de Campinas (Unicamp) estão entre as cinco melhores do mundo.

RANKING MUNDIAL	INSTITUIÇÃO	PONTUAÇÃO
1	 Universidade de São Paulo (USP)	100.00
2	 Harvard University	93.35
3	 University of Bern	92.39
4	 Universidade Estadual de São Paulo (UNESP)	91.82
5	 Universidade de Campinas (Unicamp)	89.82

Fonte: <https://cwur.org/2017/subjects.php#Dentistry,%20Oral%20Surgery%20&%20Medicine>

MAS POUCA SAÚDE BUCAL

55,6%

dos brasileiros não se consultam com o dentista anualmente

11%

dos brasileiros com mais de 18 anos perderam todos os dentes

41,5%

dos brasileiros acima dos 60 anos perderam todos os dentes

Fontes: Censo da Educação Superior de 2020, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, divulgada em 2015 pelo IBGE

PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS

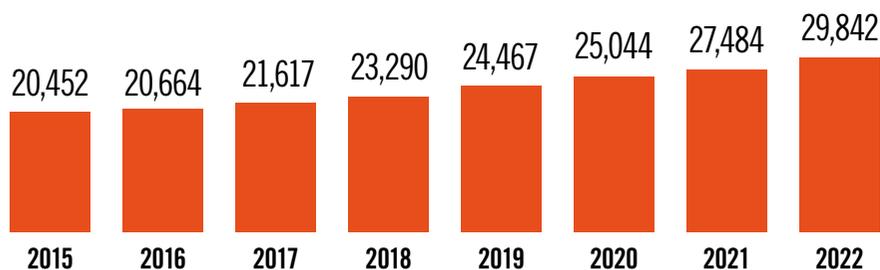
29,84

milhões de beneficiários (12/08/2022)

8,79%

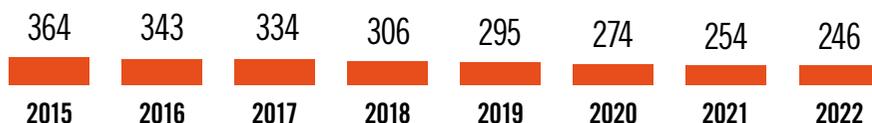
de crescimento em 12 meses

TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICOS (3º TRI)



Fonte: ANS

NÚMERO DE OPERADORAS DE PLANOS DE ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO



Fontes: IESS e ANS

NÚMERO DE DENTISTAS POR 1 MILHÃO DE HABITANTES

1.495



BRASIL

780



ALEMANHA

750



JAPÃO

680



FRANÇA

610



EUA

430



REINO UNIDO

105



CHINA

Fontes: Conselho Federal de Odontologia (2018) e Statista (2015)

A large audience of people is seated in a conference room, facing a stage area. The room has a dark wood floor and walls. In the background, two large projection screens display a portrait of a woman with dark hair wearing a red top. The audience members are dressed in business attire, and some are looking towards the screens. A man in a dark jacket and beanie is standing in the foreground on the left, looking at a device. The overall atmosphere is professional and focused.

SAÚDE SUPLEMENTAR EM BUSCA DE UMA NOVA JORNADA



Diante dos desafios provocados
pela pandemia, setor busca
soluções disruptivas para oferecer aos
usuários cuidado com o bem mais
precioso que existe: a vida

Por Viviane Pettersen

A saúde sempre foi e sempre será um assunto prioritário em qualquer país do mundo, ou pelo menos deveria ser. Promover serviços de qualidade, aumentar o acesso à saúde e, principalmente, ter foco no paciente ao desenhar as jornadas de atendimento são algumas das premissas básicas dos sistemas de saúde.

Nos últimos dois anos, as mudanças geradas pela pandemia da Covid-19, tanto para os modelos de negócios na saúde, quanto para a qualidade e prestação de serviços, trouxeram novos entendimentos e possíveis rotas nunca pensadas anteriormente. E essas novidades foram apenas o início de uma transformação profunda.

A saúde suplementar, especificamente, passa atualmente por um momento decisivo. Definições que pautam a sustentabilidade, a dúvida sobre acessibilidade, o rol de cobertura dos planos de saúde e como é possível o setor trabalhar com certa previsibilidade para o futuro, podem ser o começo das principais mudanças que estão por vir.

Para Renato Casarotti, presidente da Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), o mercado de saúde está em constante mudança e o aperfeiçoamento é cada vez mais requisitado. Casarotti sinaliza que percebe uma retomada, inclusive, por parte da mídia especializada em trazer grandes discussões sobre o setor junto ao público.

“É possível sentir as atenções sendo voltadas novamente para a saúde suplementar, mesmo que exista um longo caminho pela frente. É hora de reunir forças para entendermos as mudanças que aconteceram e que ainda vão acontecer”, diz Casarotti.

Segundo Paulo Rebello, presidente da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), é tempo de observar os avanços de olho em novos modelos de negócios, pois o mercado não precisa de mais retrocesso. Ele ressalta que a ANS traz previsibilidade ao setor, mas é momento de abrir portas para discussões focadas em melhorias.

“Foram mais de dois milhões de novos beneficiários desde o período mais pesado da

ESG É FATOR PRIMORDIAL DE UM NOVO ECOSISTEMA NA SAÚDE

O mercado está cada vez mais adepto ao impacto que a abordagem ESG (Environmental, Social and Governance) está promovendo na evolução das empresas. O termo traz luz a premissas importantes para os valores e propósitos das corporações, formando um movimento em que ações pautadas nos impactos sociais e ambientais vêm mudando os processos e definições dos setores que estão engajados na causa, em todo o mundo.

No Brasil, por exemplo, a pandemia tornou o ESG um fator impulsionador para o crescimento do mercado: uma empresa tem mais facilidade, hoje, de receber

investimentos se estiver em dia com a agenda ESG. Com isso, é possível prever o crescimento de quem já entendeu esse mecanismo e promove a mudança de quem deseja se reinventar.

No caso da saúde, as empresas buscam cada vez mais entender e trazer para perto esse cenário. Juliana Caliguri, Vice-Presidente da SulAmérica Saúde & Odonto, explica que as melhorias das práticas ambientais e sociais, principalmente, fazem mais diferença do que um cenário onde esses indicadores não eram explorados. Ações como criar um instituto que amplia o acesso da população mais vulnerável a tratamentos

de saúde emocional, investimentos em tecnologia para promover a jornada digital dos beneficiários e engajar o paciente na busca de qualidade de vida fazem com que o olhar para o futuro possa ser mais claro do que nunca.

Contudo, segundo ela, há uma ressalva do mercado em relação ao ESG: falta mais atitude do setor, inclusive na comunicação das ações criadas: “Temos propósitos que se conectam com as exigências da causa, mas somos ainda um setor tradicional. O desafio está em incorporar o que é disruptivo e achar soluções para sermos atraentes para as novas gerações. E o ESG é um caminho para isso”, conclui Juliana.

pandemia. Acreditamos que a resiliência e o conservadorismo na condução foram bons para mostrar a sustentabilidade do setor, mas agora é necessário ir além”, pontua Rebello.

Alguns fatores determinantes fazem com que a saúde suplementar ainda esteja em compasso de espera, como é o caso, por exemplo, da falta de uma legislação específica com diretrizes do código de defesa do consumidor focadas em saúde suplementar. De acordo com Manoel Peres, presidente da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), apesar de existir uma evolução nos últimos 20 anos entre as operadoras, é importante analisar cenários, acelerar a transição para novos modelos de remuneração de prestadores e colocar em prática o que está ao alcance para mudar.

“Temos ciência de que é necessário viabilizar o acesso da população [aos planos de saúde] e as conversas sobre como trilhar este caminho são urgentes. Definir um código específico para a área, assim como viabilizar outros modelos e planos pode ser o início de uma estrada de mudanças significativas”, afirma Peres. A especialização de colaboradores e profissionais da área é outro ponto a ser discutido neste momento, assim como uma tendência que vem crescendo cada vez mais no mercado: a integração de serviços.

Emilson Lorca, Vice-Presidente da Unimed do Brasil, acredita que esses dois pilares podem reduzir custos e trazer certa fidelidade por parte dos clientes. “Para enfrentar uma crise como essa, é necessário olhar para dentro primeiro e depois para fora. O que pudermos fazer para diminuir impactos com foco em bons resultados, mesmo que devagar, é um caminho. A Unimed conta hoje, por exemplo, com 150 hospitais próprios, e essa foi uma alternativa que tivemos para reduzir custos neste momento decisivo”, destaca Lorca.

Encontrar meios mais assertivos de oferecer produtos acessíveis é um dos temas mais discutidos no setor atualmente. As diferenças nos mercados de planos individuais e empresariais estão

TIRANDO O SETOR A LIMPO

Dois dias de debates aprofundados sobre os desafios e as oportunidades da saúde suplementar, reunindo os principais atores desse mercado e lideranças de outros setores que podem inspirar a evolução contínua na saúde. Esse foi o tom do 26º Congresso Abramge, realizado em São Paulo em setembro.

A partir do macrotema “Ecossistemas, acesso e sustentabilidade na Saúde Suplementar”, empresários, médicos e estudiosos debateram sobre o papel da saúde na eleição presidencial, como aumentar o acesso dos brasileiros aos planos de saúde e sobre como incorporar os princípios ESG às operações. Também foram discutidos os novos modelos de atenção à saúde e a construção de jornadas de atendimento centradas no paciente.

sendo tratadas como um assunto de muito risco; e repensar esses modelos, assim como preços, prazos de carência e os planejamentos das operadoras para evitar cancelamentos, é o que torna a discussão mais focada em encontrar ações que fazem diferença.

TELEMEDICINA: ENTRADA IMEDIATA E TENDÊNCIA A FICAR

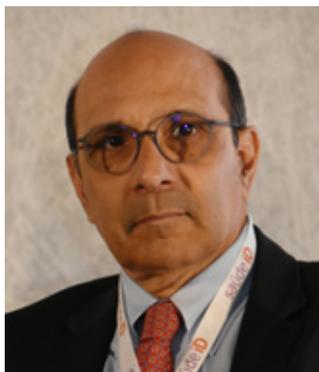
Neste momento de análise de novos caminhos para a saúde suplementar, um dos serviços mais aclamados e, ao mesmo tempo, controversos, é a telemedicina. Até 2020, esse era um assunto distante, mas de uma hora para outra se tornou uma das principais ferramentas para dar mais eficiência e acesso ao atendimento aos beneficiários.



CELINA GERMEY

“É possível sentir as atenções sendo voltadas novamente para a saúde suplementar, mesmo que exista um longo caminho pela frente. É hora de reunir forças para entendermos as mudanças que aconteceram e que ainda vão acontecer”

RENATO CASAROTTI
presidente da Abramge



“É necessário viabilizar o acesso da população [aos planos de saúde] e as conversas sobre como trilhar este caminho são urgentes. Definir um código específico para a área, assim como viabilizar outros modelos e planos pode ser o início de uma estrada de mudanças significativas”

MANOEL PEREZ
presidente da FenaSaúde



“Foram mais de dois milhões de novos beneficiários desde o período mais pesado da pandemia. Acreditamos que a resiliência e o conservadorismo na condução foram bons para mostrar a sustentabilidade do setor, mas agora é necessário ir além”

PAULO REBELLO
presidente da ANS



“Do jeito que é oferecida hoje [a telemedicina] é pouco eficiente. É necessário definir estratégias, pois podemos utilizá-la como uma ferramenta que humaniza, aproxima e tem o devido cuidado com o cliente, além de que, provavelmente, veio para ficar.”

ANDERSON MENDES
presidente da Unidas



“Para enfrentar uma crise como essa, é necessário olhar para dentro primeiro e depois para fora. O que pudermos fazer para diminuir impactos com foco em bons resultados, mesmo que devagar, é um caminho.”

EMILSON LORCA
vice-presidente da Unimed Brasil

Anderson Mendes, presidente da Unidas – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, ressalta que a telemedicina como entrada usual ao atendimento médico é ruim e que é urgente entender a sua real importância. “Do jeito que esse serviço é oferecido hoje é pouco eficiente. É necessário definir estratégias, pois podemos utilizá-la como uma ferramenta que humaniza, aproxima e tem o devido cuidado com o cliente, além de que, provavelmente, veio para ficar. Precisamos olhar a telemedicina de outra forma”, diz.

TRANSFORMAÇÃO DIGITAL E A REALIDADE PARALELA

Após passarmos pelo período mais crítico da pandemia de Covid-19, é possível afirmar que todos

os negócios precisam repensar suas estratégias e seus propósitos para manterem-se relevantes. Quem não nasceu digital precisa entrar nesse jogo rapidamente.

E o Brasil é um cenário complicador para isso, pois é um desafio do país todo entender novos ecossistemas de inovação – dos grandes aos pequenos centros. A tecnologia nos negócios, ao mesmo tempo em que gera incertezas, veio para ficar e muda todos os dias. De acordo com pesquisa feita pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), cerca de 76% da população acredita que depende completamente da inovação tecnológica e, com isso, não é incomum perceber a entrada cada vez maior de empresas brasileiras em ambientes virtuais – inclusive na saúde.



“É importante que gestores percebam que há outros métodos para avançar. E que assim como foi com a telemedicina, pode ser com estas novas tecnologias. São modelos que hoje estão mais distantes, mas não significam que não possam virar usuais e próximos”

LEANDRO EJNISMAN
médico do HCF-MUSP



“A Alice não conhece outro mundo sem ser o da pandemia, ela foi criada nesse período. E com isso entendemos que o centro de tudo é olhar diretamente para o consumidor, enxergá-lo verdadeiramente e convidá-lo a se engajar nesse processo com a gente”

GUI AZEVEDO
cofundador da healthtech Alice



“A coordenação da jornada do cuidado com esforços de prevenção pode ser um grande diferencial para o futuro da saúde suplementar. A atenção primária pode ajudar o setor e os beneficiários. Com isso, é possível trilhar algo mais sustentável a todos os envolvidos.”

MAURÍCIO NUNES
diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS



“Temos propósitos que se conectam com as exigências da causa, mas somos ainda um setor tradicional. O desafio está em incorporar o que é disruptivo e achar soluções para sermos atraentes para as novas gerações. E o ESG é um caminho para isso”

JULIANA CALIGIURI
vice-presidente da SulAmérica Saúde & Odonto

FOTOS: CELINA BERMER

Para Leandro Ejnisman, médico do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCF-MUSP, olhar para atendimentos clínicos dentro de uma realidade virtual já faz parte dos planos de mudança do setor. Nesse sentido, podem ser possíveis atalhos para inovações como algoritmos que podem prever doenças, inteligência artificial, fenótipo digital com dados coletados a partir da interação do usuário e até gamificação que facilita o engajamento do paciente com o plano de saúde. Alguns grandes players, como Johnson & Johnson e Janssen, já estão à frente em um ambiente pouco explorado: o metaverso. Muito usado por marcas de consumo e moda, o metaverso é uma espécie de mundo 100% virtual, que tenta replicar a nossa realidade. A proposta de alguns estudos e protótipos é fazer com

que o metaverso seja uma opção mais evoluída do que a telemedicina, por exemplo.

Essa forma disruptiva de enfrentar as transformações podem parecer distantes, assim como era a própria telemedicina até cinco anos atrás. Segundo Ejnisman, as pessoas já estão cada vez mais engajadas com empresas e marcas que facilitem a vida delas e isso só é possível no ambiente digital: “É importante que gestores percebam que há outros métodos para avançar. E que assim como foi com a telemedicina, pode ser com estas novas tecnologias. São modelos que hoje estão mais distantes, mas não significam que não possam virar usuais e próximos”, acredita.

Mas, se a inovação é o caminho, o que falta ainda para a saúde suplementar avançar nessa área? A resposta pode ser mais simples do que se

De acordo com pesquisa feita pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), cerca de 76% da população acredita que depende completamente da inovação tecnológica



CELINA GERMEK

“O COMPROMISSO DEVE SER COM O FAZER E NÃO COM O ACERTO”, DIZ LUIZA HELENA TRAJANO

Para se destacar em um ecossistema de negócios é fundamental compreender os caminhos do futuro. Essa é a opinião da empresária Luiza Helena Trajano, presidente do Conselho de Administração do Magazine Luiza, que explica que para qualquer tipo de evolução é necessário focar naquele que é o principal motivo pelo qual uma empresa existe: o cliente.

Luiza conta que sua experiência de mais de 40 anos de carreira, muitos deles atrás do balcão vendendo os produtos das lojas de sua família, a fez aprender que, nos negócios, é de extrema importância saber vender bem seu produto e serviço, mas o cliente não se arrepender de comprar deve ser uma meta.

Trajano conta ainda que algumas premissas são inegociáveis em qualquer instituição que deseja crescer e se inovar. São elas: ações focadas em soluções, não reclamar e nem buscar culpados, qualquer orientação que exista que seja focando no futuro e ser totalmente apartidário, para que existam

condições de dialogar com qualquer governo. Além disso, ela explica que encontrou o sucesso em seus negócios seguindo cinco coisas inegociáveis as quais compartilha com seus mais de 40 mil colaboradores: ética, não praticar discriminação de qualquer natureza, não praticar nenhum tipo de assédio, qualquer tipo de corrupção e nem obter vantagens indevidas.

Segundo ela, o preço do crescimento não é baixo, mas “o compromisso é com o fazer e não com o acerto”, pontua.

Luiza acredita também que a pandemia acelerou a gestão orgânica das empresas, visto que o consumidor vem mudando a cada dia: “O digital hoje é uma cultura. O mercado de investimentos vem exigindo cada vez das empresas ações focadas em compromisso com propósitos, visto o ESG, e quanto mais tivermos uma população que cobra, mais as empresas vão se transformar. Precisamos nos preparar”, finaliza a empresária.

imagina e totalmente conhecida: a conscientização de todos os envolvidos – contudo, somente o tempo vai mostrar o que de fato pode ser uma nova estrada a ser percorrida.

Para Gui Azevedo, cofundador da healthtech Alice, esse cenário novo trouxe uma maneira diferente de ver as coisas e, com isso, uma corrida contra o tempo: as mudanças na gestão e na forma de pensar precisam estar alinhadas com os novos modelos que se apresentam:

“A Alice não conhece outro mundo sem ser o da pandemia, ela foi criada nesse período. E com isso entendemos que o centro de tudo é olhar diretamente para o consumidor, enxergá-lo verdadeiramente e convidá-lo a se engajar nesse processo com a gente”, pontua Azevedo.

FOCO NO CLIENTE E EM SUA JORNADA

O olhar específico aos beneficiários é um assunto que sempre permeia as grandes discussões do setor. Seja na proposta de trazer para perto suas necessidades, bem como sugerir certa fidelidade às operadoras, esses são debates que estão sempre na prioridade. Mas é impossível não lembrar que questões públicas também têm grande parcela de responsabilidade na falta de diálogo: devido a toxicidade econômica, são as pessoas mais vulneráveis que pagam a conta. Para exemplificar, cerca de 56% de pessoas que precisaram de ventilação mecânica durante a pandemia no Sistema Único de Saúde (SUS) foram a óbito, contra 26% que fizeram o mesmo tratamento em uma rede de hospitais privados e tiveram o mesmo desfecho. O que diferencia? Tempo no atendimento, do início ao fim.

Por isso, é uma questão urgente definir as prioridades da saúde suplementar e isso só pode ser feito com uma jornada de cliente eficiente e que use intensivamente a tecnologia da informação. Rastreamento, diagnóstico, tratamento, coordenação e cuidado com protocolos seriam o “mundo ideal” do acolhimento aos pacientes. E por isso é imprescindível o diálogo sobre o compartilhamento de dados durante o processo de portabilidade de planos e também na comunicação entre hospitais e operadoras; e incluir

também a saúde pública nesse processo, criando um cadastro único do cidadão, o famoso prontuário único. Essa realidade, na qual o paciente deve escolher seu próprio caminho até a cura, forma um modelo mais acolhedor e com melhores desfechos.

Segundo Maurício Nunes, Diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, a coordenação dessa jornada do cuidado com esforços de prevenção pode ser um grande diferencial para o futuro da saúde suplementar. “A atenção primária é um caminho que pode ajudar o setor e os beneficiários. Com isso, é possível trilhar algo mais sustentável a todos os envolvidos”, esclarece.

ECOSSISTEMA EM EVOLUÇÃO

Estamos passando por um período de transição de geração, onde a população está envelhecendo e os mais novos buscam alinhamento de propósitos e cultura de transparência para engajar stakeholders de qualquer empresa ou mercado, incluindo o de saúde. E é cada vez mais necessário abrir a mente e enxergar as mudanças do ecossistema da saúde suplementar.

Utilizar a tecnologia e a inovação como pontos de partida para prevenção de doenças e diagnósticos precoces, bem como ser um fomentador de transformações no estilo de vida do usuário, faz com que essa jornada seja, de fato, a escolhida por aquele que está no centro de tudo: o paciente. O setor realizou cerca de 1 bilhão de exames em 2021, sendo que, se existisse uma cadeia específica de acompanhamento dos usuários, 30% deles não precisavam ter sido realizados.

O desafio que se coloca está em fazer com que as operadoras de planos de saúde participem integralmente da vida do cliente e não só quando ele precisar dos serviços diante de uma situação grave ou irreversível. Promover saúde emocional e bem-estar de forma preventiva, além de ser uma forma fora da caixa de pensar, traz para perto uma realidade que estava distante anos atrás, mas que se torna agora fator primordial para oferecer o que de fato as operadoras deveriam proporcionar: saúde e qualidade de vida a quem precisa.

O desafio que se coloca está em fazer com que as operadoras de planos de saúde participem integralmente da vida do cliente e não só quando ele precisar dos serviços diante de uma situação grave ou irreversível

ACREDITE-SE SE PUDER

Após serem preteridas por anos do Programa de Acreditação da ANS, operadoras odontológicas têm agora o desafio de aderir a requisitos complexos e sem aderência aos planos odontológicos





Desde a regulamentação dos planos de saúde no Brasil, ocorrida em 1998 com a instituição da Lei nº 9.656, as operadoras exclusivamente odontológicas se desenvolveram à margem das grandes discussões do setor. É como se o segmento fosse café com leite, apesar de, hoje, atender a cerca de 14% da população brasileira, promovendo a saúde bucal de mais de 30 milhões de pessoas.

Nesses mais de 20 anos de trajetória, entre infindáveis pleitos, consultas públicas e reuniões, o segmento odontológico externou repetidamente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia do Governo Federal responsável por regular os planos de saúde, a necessidade de se criar uma legislação específica para si. Afinal de contas, são muitas as suas diferenças para o segmento médico-hospitalar, o que deveria impedir que fossem obrigados a seguir as mesmas regras.



“Acreditação é extremamente importante para o segmento odontológico e a qualidade de prestação de serviço para o beneficiário. Só que o programa não levou em consideração as particularidades desse segmento. Do jeito que está hoje, a acreditação é um desafio extremamente complexo para as operadoras odontológicas”

ROBERTO CURY
presidente da Sinog

Para começar, os planos odontológicos têm mensalidades muito mais baixas, com um ticket médio de R\$ 22,00. Para efeito de comparação, o valor médio das contraprestações no segmento médico-hospitalar é de R\$ 420,00. Essa diferença se explica pela baixa complexidade do segmento o que propicia mais o acesso a saúde bucal. Por outro lado, as operadoras odontológicas têm capacidade financeira relativamente menor, o que as impossibilita de arcar com multas desproporcionais impostas pela ANS e criadas para os planos médico-hospitalares.

Seguindo no campo das diferenças, os planos odontológicos são objeto poucas reclamações de seus beneficiários, o que demonstra, em linhas gerais, que seus serviços menos complexos e estão mais alinhados às expectativas de quem está usufruindo deles no dia a dia. Sendo assim, não faz sentido que as operadoras desse segmento sejam submetidas às mesmas regras das que atuam com planos médico-hospitalares em relação a prazos de atendimento de demandas assistenciais, por exemplo.

Outra particularidade dos planos odontológicos é a elevada taxa de cancelamento de contratos (churn rate) por iniciativa dos próprios clientes. Isso se deve ao já conhecido hábito de se contratar um plano odontológico para fazer determinado tratamento e, após concluí-lo, deixar de pagá-lo.

A lista de diferenças entre esses dois universos — o odontológico e o médico-hospitalar — é longa. Mas as citadas acima já são suficientes para sustentar o pleito de tratamento diferenciado, tanto no regramento geral da saúde suplementar quanto em uma área específica que vem desafiando os gestores de planos exclusivamente odontológicos: o Programa de Acreditação das Operadoras de Planos de Saúde, da ANS. Assim como ocorre desde 1998, aqui repete-se o mesmo equívoco de muitas outras regras do setor.

“Acreditação é extremamente importante para o segmento odontológico e a qualidade de prestação de serviço para o beneficiário. Só que o programa não levou em consideração as par-

ticuliaridades desse segmento. Do jeito que está hoje, a acreditação é um desafio extremamente complexo para as operadoras odontológicas”, diz Roberto Cury, presidente da Sinog – Associação Brasileira de Planos Odontológicos.

INCLUSÃO EM PLENA PANDEMIA

O Programa de Acreditação das Operadoras de Planos de Saúde, criado pela ANS em 2011, é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde. Seu objetivo é aumentar a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. A adesão ao Programa é voluntária e a certificação é conferida por entidades acreditadoras.

No entanto, até 2021 esse programa não admitia a participação de operadoras odontológicas. Em 2016, a ANS constituiu o Grupo Técnico de Acreditação de Operadoras, destinado a discutir as mudanças na Resolução Normativa nº 277. Um dos desafios era a revisão do programa de modo a contemplar as operadoras exclusivamente odontológicas.

Contudo, apesar de ter sido criado em 2016, em virtude de sua complexidade, somente foram concluídas as revisões em 2020, com a publicação da RN nº 452. Essa resolução, por sua vez, foi alterada posteriormente, em poucos tópicos, pela RN nº 471, de 2021. Esse normativo foi substituído pela RN nº 507, de 2022, porém sem nenhuma alteração de conteúdo, tendo como único propósito atender a um decreto que estabeleceu que todas as normas deveriam ser atualizadas por tema.

“Como pode ser observado, a norma que passou a admitir a acreditação para operadoras exclusivamente odontológicas foi publicada no auge da pandemia de Covid-19, quando as operadoras estavam totalmente voltadas para administrar a maior crise na saúde mundial deste milênio”, explica Virginia Rodarte, advogada especialista em saúde suplementar e sócia do Oliveira Rodarte Advogados. “Outro ponto a ser destacado é que as operadoras médico-hospitala-

res tiveram uma década para se prepararem para essa nova regulação, enquanto que as operadoras exclusivamente odontológicas já foram inseridas em uma legislação muito mais rigorosa e que ainda trouxe pré-requisitos que possuem bibliografia voltada apenas para as operadoras médico-hospitalares, dificultando a integração ou aderência para o setor odontológico”, conclui.

Cita-se, por exemplo, o fato de as operadoras terem de possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões igual ou maior a 0,6 (seis décimos). Isso porque o IDSS é composto por diversos indicadores médico-hospitalares e poucos indicadores odontológicos. Assim, enquanto a operadora médico-hospitalar tem a possibilidade de diluir sua nota em diversos indicadores para alcançar a pontuação mínima de 0,6, essa mesma oportunidade não é concedida às odontológicas.

Nesse sentido, nos Indicadores da Dimensão de Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS), há nove indicadores (além dos “indicadores bônus”) médico-hospitalares e apenas dois indicadores odontológicos. Assim, qualquer ponto que as operadoras odontológicas vierem a perder já é extremamente prejudicial por não ter outros indicadores para diluir eventual impacto.

Esse problema se repete nos Indicadores da Dimensão de Garantia de Acesso (IDGA), em que as operadoras exclusivamente odontológicas têm sua nota distribuída em apenas dois indicadores, enquanto as médico-hospitalares podem ter sua nota distribuída em até seis. Através disso o fato de que, historicamente, a Sinog questiona os indicadores odontológicos que compõem essas dimensões, uma vez que, por mais que as operadoras sejam fortes influenciadoras das profilaxias, não é cultural a ida do beneficiário aos consultórios odontológicos no volume estabelecido para obtenção da nota mínima, mesmo com implementação de ações voltadas à saúde bucal.

Outro problema crônico é a formação das variáveis do indicador de dispersão de rede, já que, diferentemente da área médica, em que o cadastro do Ministério da Saúde (MS) está mais

consolidado, na odontologia ainda há muitos profissionais, centros clínicos e ambulatórios sem o devido registro.

“Fica nítido que o Programa de Acreditação da ANS ainda tem muito o que avançar para se demonstrar em equilíbrio para todo o mercado, sendo capaz de ser promovido de forma igualitária a todas as operadoras”, afirma Virginia.

PROCESSO DEMORADO, BENEFÍCIOS DURADOUROS

Marília Ehl Barbosa, CFO da entidade acreditadora A4Quality HealthCare concorda em muitos aspectos com essa visão. Para ela, todas as operadoras deveriam passar pelo programa de acreditação, pois é uma forma de envolver e engajar pessoas para o alcance de melhores resultados em uma organização.

“Além disso, é uma oportunidade de rever todos os processos, identificar e selecionar indicadores relevantes para mensurar o desempenho organizacional. Quando uma empresa passa pelo programa de acreditação, é mandatório que a alta direção participe e acompanhe o desenrolar de todo o processo”, afirma Marília.

Para a especialista, as operadoras odontológicas ainda estão em estágio muito inicial nesse processo, tanto pela data recente de sua inclusão no programa, como pela dificuldade de serem avaliadas em uma metodologia muito voltada para as operadoras médico-hospitalares.

“Com o advento da RN 452, revogada pela RN 507, surgiu a necessidade de testar, avaliar e identificar o estágio em que se encontravam. Só então, foi iniciado um movimento dessas organizações no sentido de entender o normativo e planejar as etapas a serem vencidas para a acreditação. Por esse motivo, entendo que agora teremos maior adesão das operadoras exclusivamente odontológicas”, diz Marília.

Ela frisa que todo o padrão é direcionado para as operadoras de planos médico-hospitalares, dificultando, sobremaneira, a compreensão de alguns itens e também de como comprovar, por meio de registros e evidências, a prática de-



“Com o advento da RN 452, revogada pela RN 507, surgiu a necessidade de testar, avaliar e identificar o estágio em que se encontravam. Só então, foi iniciado um movimento dessas organizações no sentido de entender o normativo e planejar as etapas a serem vencidas para a acreditação. Por esse motivo, entendo que agora teremos maior adesão das operadoras exclusivamente odontológicas”

MARILIA EHL BARBOSA
CFO da A4Quality HealthCare

RAIO-X DA RN 507

A nova metodologia de acreditação prevê uma avaliação de boas práticas em quatro dimensões, que abrangem todo o escopo de uma operadora de saúde:

1. **Gestão organizacional**
2. **Gestão de rede prestadora de serviço**
3. **Gestão de saúde**
4. **Experiência do beneficiário**

As operadoras médico-hospitalares são avaliadas em **169 itens e 21 requisitos**.

As exclusivamente odontológicas são avaliadas em **133 itens** distribuídos em **18 requisitos**.

envolvida, pois a maior parte dos termos e exemplos dados no padrão são voltados para o segmento médico-hospitalar, dificultando a aderência das operadoras exclusivamente odontológicas. Segundo avaliação de Marília, são aplicáveis a essas operadoras apenas 134 itens, dentre os 169 presentes na resolução normativa.

Para apoiar as operadoras interessadas no processo, a A4Quality HealthCare realiza pré-avaliações, em que auditores verificam as práticas, os documentos e os registros das operadoras com o intuito de estabelecer o estágio atual de aderência ao programa. Isso ajuda profissionais e gestores a entenderem melhor o que precisa ser feito e em que áreas priorizar os esforços para a acreditação.

“Os primeiros passos a serem dados são conhecer bem a norma, selecionar profissionais da empresa que possam tocar esse projeto internamente, capacitar essas pessoas e fazer uma pré-avaliação para definir em que estágio a empresa se encontra. A partir daí, estabelecer etapas, cronogramas, metas e trabalhar na consecução desses objetivos”, diz Marília. “Sabemos que é preciso investir tempo, por volta de 2 ou 3 anos, mas o resultado é duradouro e benéfico não somente para as organizações, mas também para os clientes que dependem dessas empresas e para o setor de saúde suplementar, em geral, que contará com operadoras mais eficientes, organizadas, preocupadas com a sustentabilidade e com o bem-estar e saúde da população sob sua responsabilidade”, conclui Marília.

APRENDENDO NA PRÁTICA

Esse desafio foi encarado pela NotreDame Intermédica Saúde S.A., empresa do Grupo Hapvida NotreDame Intermédica. Em julho deste ano, a operadora foi acreditada em Nível I, de Excelência, com certificado válido por três anos.

“O selo da acreditação é uma consequência do nosso esforço, da qualidade na prática, da melhoria contínua dos nossos processos, da relação entre as equipes, com os prestado-

res, comunidade, governo, e principalmente da relação com os beneficiários, entregando mais qualidade. O envolvimento de todos foi fundamental para o sucesso desse evento, e a consagração foi receber a nota máxima.”, diz Luiz Celso Dias Lopes, vice-presidente técnico e regulatório no Grupo Hapvida NotreDame Intermédica.

Lopes concorda que a maior dificuldade para o segmento odontológico é que a norma não foi pensada com as peculiaridades das operadoras exclusivamente odontológicas. Ele explica, porém, que no seu caso o processo foi facilitado pelo fato de a divisão odontológica estar dentro da estrutura de uma empresa que atua com planos médico-hospitalares. Isso facilitou porque, por exemplo, no relacionamento com prestadores, que é um item importante, foram adotadas práticas que servissem a ambos segmentos.

“Certas coisas não se aplicam à odontologia, mas a qualidade em si e o ganho que traz a acreditação, nos processos, na formalização de fluxos, na maior assertividade, na transparência com todos os stakeholders, ela serve para os dois segmentos igualmente. O pagamento por valor ou performance, em detrimento ao pagamento por procedimento se aplicou fortemente no médico-hospitalar, mas também inspirou mudanças na odontologia. Já na venda online, primeiro fizemos na odontologia para depois fazer no outro segmento”, explica Lopes.

O executivo concorda que o processo de acreditação é facilitado quando se tem uma operadora híbrida, isto é, que atua tanto no segmento odontológico quanto no médico-hospitalar. Para Lopes, é necessário entender como cumprir as exigências e os requisitos da norma, explicando que, no GNDI, foram dois anos de preparação, com responsáveis em cada uma das áreas envolvidas, acompanhamento semanal, um comitê executivo com reporte direto à alta administração e apoio da alta administração. E, mais importante que isso, é fundamental o engajamento de todos no processo.

A PALAVRA DA ANS

Angelica Carvalho, diretora-adjunta de desenvolvimento setorial, deu uma entrevista exclusiva para a *Visão Saúde* sobre o tema. Confira a seguir.

Por que as operadoras odontológicas só foram incluídas no programa de acreditação em 2021?

O processo de regulação é vivo e vai amadurecendo ao longo do tempo. Sabemos que as operadoras médico-hospitalares têm maior complexidade, e por isso começamos por elas e mais recentemente abarcamos o segmento de odontologia, que tem um papel fundamental na melhoria de acesso à saúde bucal no país, o que é importante para a integralidade do cuidado. Muita saúde é possível se cuidarmos bem da nossa saúde bucal.

Qual é a importância desse processo?

O programa de acreditação, que integra a política de qualificação do setor, é importante para aprimorar a gestão e a qualidade dessas operadoras. Elas se submetem a esse processo indutivo e a partir disso elas começam a adotar uma poderosa ferramenta de gestão, que permite a elas conhecerem melhor seu próprio negócio e a melhorar o desempenho do processo interno. Permite a identificação e resolução de problemas com mais consistência, segurança e agilidade. Tem um caráter educativo com foco na melhoria contínua. E a assistência, conseqüentemente, também melhora, assim como a fidelidade do beneficiário, que identifica naquela operadora serviços de maior qualidade. Por isso, trazemos o convite para um despertar dos grandes líderes do setor para esse programa que é tão importante para o setor de saúde suplementar.

Como a ANS responde às críticas sobre a norma não ser adequada aos planos exclusivamente odontológicos?

Nós sabemos que não é possível nivelar os dois segmentos, são complexidades distintas e precisamos enxergar essas diferenças. Temos a missão de refinar cada vez mais nossa regulação e a ideia é sempre fazer essa escuta atento daqueles interessados na regulação, para que possamos ter cada vez mais proximidade com as diversas regiões e mercados do Brasil. Uma das preocupações da ANS ao revisar a norma foi contemplar requisitos que fossem aplicáveis às operadoras exclusivamente odontológicas. De acordo com dados do último IDSS divulgado, ano base 2020, existem 41 operadoras exclusivamente odontológicas que já cumprem os pré-requisitos, que são: não se encontrarem em regime especial de direção técnica ou fiscal, estarem regulares com os programas de monitoramento das diversas diretorias da agência e a nota mínima no IDSS que é 0,6. Esse número tende a aumentar. O processo de acreditação ainda é uma novidade, tem um tempo de aprendizagem e de implantação das boas práticas. Não entendemos como inviável mas como caminho a ser trilhado.

Mas quantas já estão no programa?

Ainda não temos operadoras exclusivamente odontológicas no programa. Então temos de chamar. É um processo de investimento também, e um momento complicado com a pandemia. A norma é recente e por meio de ações que vamos fazer neste ano teremos maior adesão. Temos um manual de orientação e vamos promover algumas oficinas com as operadoras, para que elas possam tirar dúvidas e desmistificar alguns pontos que possam estar tendo interpretação equivocada no manual.

O objetivo do Programa de Acreditação das Operadoras de Planos de Saúde é aumentar a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário.

A maior dificuldade para o segmento odontológico é que a norma não foi pensada com as peculiaridades das operadoras exclusivamente odontológicas

ENFRENTANDO O MAL DO SÉCULO

Como os planos de saúde e as empresas estão lidando com a explosão de casos de transtornos de saúde mental

Por Flávio Faria

Transtornos de saúde mental, como depressão e ansiedade, nunca estiveram tão em evidência. Se, antes, essas doenças já eram apelidadas como o “mal do século” pelo seu crescimento ao longo das últimas décadas, com a COVID-19 esse quadro se tornou ainda mais grave. Segundo estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde e publicado em março deste ano, a prevalência global de doenças relacionadas à saúde mental aumentou em 25% em 2020, primeiro ano da pandemia. A solidão, medo de se infectar, luto pela perda de familiares e amigos pela doença, além de preocupações com as finanças e desemprego foram alguns dos gatilhos que aceleraram o adoecimento da população.





“É importante investir em medidas relacionadas à promoção de hábitos saudáveis, como programas de incentivo às atividades físicas e de acolhimento à saúde mental”

RICARDO SALEM
Diretor-executivo da Care Plus

Uma pesquisa realizada em abril de 2021 pela Ipsos, encomendada pelo Fórum Econômico Mundial, em 30 países, mostrou que o Brasil foi o quinto país onde os entrevistados mais sentiram efeitos negativos sobre a sua saúde mental durante a pandemia. De acordo com o levantamento, 53% dos entrevistados brasileiros perceberam piora dos sintomas relacionados a transtornos mentais. Essa explosão de sintomas refletiu, também nos consultórios de psiquiatras e psicólogos. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, no primeiro semestre do ano passado, 59% das suas associadas registraram aumento de 25% nas consultas. Houve também um grande retorno de pacientes que já tinham recebido alta (69%), além de agravamento de sintomas em 82,9% dos pacientes ainda em tratamento.

Segundo Cássio Ide Alves, superintendente médico da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), o mercado de saúde suplementar tem passado por um momento de adaptação aos desafios que a “pandemia” de transtornos mentais tem apresentado nos últimos anos.

“Muitas operadoras têm implementado mudanças estratégicas com um compromisso maior com a saúde mental, tanto de beneficiários como de seus colaboradores. Reconhecer a necessidade de multiplicar a atenção ao “mal do século”, com implementação de medidas preventivas, estímulo à promoção de hábitos saudáveis, utilizando todas as estratégias disponíveis, incluindo a tele-saúde, que tem enorme potencial para multiplicar acesso, encurtar distâncias, levar informação, tratamento, flexibilidade, é fundamental para o enfrentamento”, destaca o médico.

Para Ricardo Salem, médico e diretor-executivo da Care Plus, operadora que oferece plano de saúde e odontológico, além de medicina ocupacional, esse cenário traz uma série de desafios para as operadoras de saúde suplementar. “Os maiores desafios hoje para as operadoras são aqueles relacionados à sustentabilidade do sistema e uma das conclusões às quais o mercado chegou é que isso passa por medidas que não têm, necessariamente, custo financeiro ou fiscal, mas que no fim do dia impactam

diretamente a escalada de despesas. Por isso, é importante investir em medidas relacionadas à promoção de hábitos saudáveis, como programas de incentivo às atividades físicas e de acolhimento à saúde mental”, explica.

A Care Plus, destaca Salem, já oferecia programas com esse objetivo para os seus beneficiários antes da pandemia, o que tornou o atendimento pela operadora efetivo quando a pandemia chegou. “O ‘Mental Health’, por exemplo, foi desenvolvido para oferecer um modelo de atendimento focado no equilíbrio mental de seus beneficiários, e conta com suporte profissional de diferentes especialidades para se adequar às necessidades do beneficiário, disponível 24h por dia, sete dias por semana. Quando a pandemia se iniciou, já estávamos preparados para acolher, identificar e coordenar os cuidados em saúde mental utilizando nossa rede de atendimento. No início, as pessoas não procuraram tanto o programa, pois ainda era uma fase de adaptação e, a princípio, ninguém imaginava que o isolamento duraria tanto tempo. Porém, com o passar dos meses, as incertezas e os medos, o pouco contato social e dúvidas em relação a perder emprego e parentes começaram a surgir, e isso vem se refletindo nos números do programa, que voltaram a crescer”, afirma o diretor-executivo. Segundo números da empresa, no primeiro ano de pandemia o aumento de procura pelo programa foi de 30%. Em 2021, avançou mais 96% e, neste ano, o número de acionamentos mensais é compatível ao do ano passado.

“Isso reflete o momento delicado que temos enfrentado desde então. Também percebemos que, nos acionamentos, os participantes passaram a demonstrar mais ansiedade, cansaço e estresse, além dos problemas com a longa duração do confinamento, que começaram a repercutir de forma mais crônica na saúde mental. Neste sentido, é fundamental atuar precocemente, não permitir que os quadros se agravem, oferecendo acolhimento a todos, mas endereçando os beneficiários que realmente necessitam de tratamento aos profissionais qualificados”, analisa Ricardo Salem.

O DESAFIO DA PRIMEIRA VEZ

Segundo Alyne Penteado, psicóloga da operadora Nossa Saúde, muitos pacientes que desenvolveram transtornos de saúde mental durante a pandemia nunca estiveram em atendimento psicológico e muitas vezes acreditam que a cura será rápida e imediata, o que nem sempre é verdade, principalmente quando há fatores externos envolvidos. “Há o desafio em relação às expectativas do paciente, que teve pouco contato com o processo psicoterapêutico e acaba esperando ‘receitas prontas’ para lidar com suas demandas, e também de trabalhar nas terapias temáticas que não dependem somente dele, como desemprego e questões financeiras, por exemplo”, explica.

Outra questão trazida pela pandemia é que, pela impossibilidade de estar presencialmente junto ao profissional de saúde, a telemedicina ganhou evidência para atendimento psiquiátrico e psicoterápico. Ao mesmo tempo em que a solução amplia o acesso para aqueles que não contam com atendimento próximo às suas casas ou enfrentam limitações de locomoção, também há a preocupação de que a distância física entre profissionais e pacientes crie barreiras no atendimento.

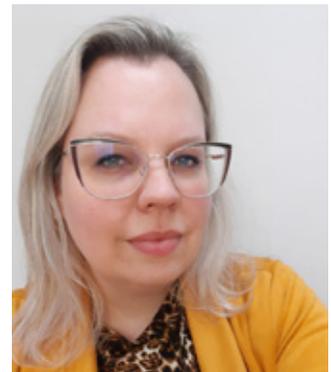
Porém, segundo Camila Lunardeli, coordenadora do Programa de Saúde Mental “Felizmente”, da operadora Nossa Saúde, o ambiente físico é apenas uma das variáveis que colaboram para o vínculo entre o profissional e o paciente. “Na atualidade, sabemos que a possibilidade de ajudar pessoas não está mais limitada e ultrapassou as paredes de um consultório utilizando a tecnologia. A maior adesão à telemedicina surgiu em um momento inesperado e imprevisível, proporcionando uma mobilização e contato com as pessoas que precisam de apoio. Desconhecimento, resistências e preconceitos foram superados e muitas vidas foram atingidas, proporcionando atuações do profissional da área da saúde mental, encurtando a distância entre as pessoas e otimizando o tempo”, explica.

Segundo ela, os atendimentos on-line possuem diversas vantagens, como maior possibilidade de flexibilidade e organização da carga

horária de trabalho e de tempos de intervalo, organização do número de atendimentos por dia, possibilidade de o profissional atender pessoas de outros espaços geográficos e de os pacientes não precisarem se deslocar para obterem acolhimento. Porém, há também algumas questões que demandam atenção, como qualidade de conexão de internet, espaços de privacidade e segurança dos dados. “É importante ressaltar que o profissional deve organizar seu ambiente de trabalho remoto de forma que possibilite as mesmas condições de trabalho de um atendimento presencial”, destaca. Segundo ela, de qualquer forma, hoje os benefícios do atendimento à distância superam as dificuldades. “Os resultados e desfechos clínicos alcançados sugerem que a modalidade de atendimento on-line veio para ficar e cabe aos profissionais garantir a qualidade desse atendimento”, ressalta.

Números trazidos por Ricardo Salem, da Care Plus, corroboram com essa visão otimista sobre o teleatendimento. “Neste momento, oferecemos ambas as modalidades, e a busca pelo on-line tem sido superior à presencial numa proporção de 80/20. Observamos também que os próprios profissionais se sentem confortáveis em oferecer as consultas virtuais e são grandes influenciadores dessa decisão”, destaca o diretor-executivo da operadora, apesar de reconhecer que ainda há alguns desafios a serem superados. “Existem ainda alguns obstáculos a serem transpostos nesse cenário, como as testagens que mensuram os desfechos clínicos, que aguardam uma adequação brasileira, pois a maioria delas estão padronizadas para aplicação presencial, não sendo permitidas aplicações virtuais, muitas vezes sendo necessária que a primeira consulta seja presencial”, explica.

Outro ponto relevante na telepsicologia que na opinião de Salem precisa de atenção é a aplicação do atendimento à distância para a população infantil, uma vez que o acesso a elas se dá, na maioria dos casos, por intermédio de uma linguagem lúdica e corporal. “Poucos prestadores estavam preparados para oferecer uma alternativa que conversasse com as crianças, foi



“Há o desafio em relação às expectativas do paciente, que acaba esperando ‘receitas prontas’ para lidar com suas demandas, e também de trabalhar nas terapias temáticas que não dependem somente dele, como desemprego e questões financeiras, por exemplo”

ALYNE PENTEADO
Psicóloga da operadora
Nossa Saúde



“Há prós e contras na modalidade on-line, mas também na presencial. A distância pode fazer com que o paciente se sinta mais seguro para falar algumas coisas.”

SOPHIA IZUMI
Psicóloga

necessário muito investimento e repertório do profissional humano para se atingir resultados. Aos poucos foram surgindo plataformas adaptadas a esse universo e estamos em averiguação para saber se elas superam em resultado a atuação presencial”, explica.

Já a psicóloga Sophia Izumi enxerga vantagens, mas também alguns “revezes” no processo terapêutico à distância. “Há prós e contras na modalidade on-line, mas também na presencial. Estudos indicam que há uma dificuldade para terapeutas interpretarem a linguagem corporal dos pacientes e fazerem contato olho no olho. Mas que, por outro lado, a distância pode fazer com que o paciente se sinta mais seguro para falar algumas coisas. Um dos principais fatores na efetividade da terapia é o vínculo terapêutico, relação entre psicólogo e paciente, que possibilita e facilita o processo de mudança. Se trata de uma disponibilidade genuína e escuta apurada que acolhe e valida as queixas e legitima o sofrer do paciente, que pode também estar presente nas sessões virtuais. Então, o “calor humano”, que em tese faz falta nos atendimentos on-line, pode na realidade ser a ausência desse vínculo ou falta de confiança por parte do paciente”, explica.

COMO SABER QUE É HORA DE BUSCAR AJUDA?

Segundo a psicóloga Sophia Izumi, o corpo e os hábitos sempre dão sinais de quando chega o momento de procurar apoio de psiquiatras e psicólogos. “A partir do momento em que percebe que seu estado emocional está prejudicando suas relações, fazendo com que projete sua impaciência, agressividade, distanciamento e indiferença com o outro e que não está mais conseguindo exercer suas atividades com a mesma efetividade, seja

por apatia, má qualidade de sono e concentração, falta de energia, “motivação” ou sentido, é hora de buscar apoio. Outros sinais, como falta de asseio (higiene), desinteresse pelos hobbies que antes gostava, compulsão por comida, álcool ou qualquer atividade que preencha ou sirva de evasão para sentimentos intensos que a pessoa não esteja conseguindo lidar de outra forma também podem ser percebidos”, explica.

A SAÚDE MENTAL E O TRABALHO

Condições de saúde mental relacionadas ao ambiente de trabalho também têm escalado nos últimos anos. Desde janeiro deste ano, a OMS passou a considerar a Síndrome de Burnout uma doença ocupacional. Além disso, casos de crises de saúde mental em trabalhadores têm sido cada vez mais recorrentes na imprensa.

Uma pesquisa realizada pelo Fantástico, da Rede Globo, em setembro de 2020, mostrou que nem os profissionais de saúde estão livres desse mal. O levantamento mostrou que, no total, 83% dos agentes de saúde sofriam de algum transtorno mental relacionado à síndrome de burnout. Desses, 79% eram médicos, 74% enfermeiros e 64% das equipes de enfermagem.

Outro levantamento, realizado em maio de 2021 com 488 profissionais de RH em todo o Brasil pela Kenoby, startup de tecnologia para recursos humanos, mostrou que 67% das empresas já tiveram afastamento de funcionários por questões de saúde mental.

Segundo Camila Lunardeli, da Nossa Saúde, o esforço nas empresas não deve ser apenas das áreas de RH, mas de todo o ecossistema. “O ideal é que seja realizada uma ação integrada entre todos os setores. A conscientização e a promoção da saúde mental no ambiente laboral devem passar não somente pelos colaboradores, mas, principalmente, pelos gestores. A melhora do clima organizacional depende de uma mudança de percepção e de atitude sobre os riscos da busca pela produtividade a todo custo”, explica.

Segundo Francielle Colpani, psicóloga da Nossa Saúde, o objetivo é sempre focar na prevenção. “Existem diversas ações que as empresas podem empregar. Incentivar a atividade física com ações de envolvimento junto aos colaboradores é uma ótima forma de promover a saúde mental. Os exercícios físicos liberam substâncias em nosso organismo que previnem transtornos mentais, como depressão e ansiedade. Abrir um espaço de fala e escuta entre colaboradores e gestores também é importante. Isso pode ser realizado em grupos ou em conversas individuais,

porém é primordial que haja um espaço seguro para expressão dos envolvidos. Outra forma interessante de combater os problemas de saúde mental é investir em informação sobre o assunto. As empresas podem fazer isso convidando profissionais da área para falar sobre os sintomas e os riscos desses transtornos”, destaca.

Ricardo Salem, da Care Plus, também concorda que ações de prevenção e tratamento são essenciais para garantir a qualidade da saúde mental em ambiente laboral. Segundo ele, as empresas estão atentas a isso. “Para além da preocupação com a legislação trabalhista, é notável o aumento da preocupação de empresas sérias e competitivas em oferecer aos seus colaboradores um ambiente de trabalho saudável e adequado ao bem-estar físico e emocional, como benefícios estratégicos para a contenção de talentos. A Care Plus, atenta a essa crescente demanda, busca direcionar ações para promoção da saúde e qualidade de vida que incluem a disponibilidade de ambulatórios, monitoramento nutricional e o próprio Mental Health, entre outros”, afirma o executivo.

Um dos desafios, explica, é mapear o “mal estar emocional” no ambiente de trabalho. “Por muito tempo mapeamos somente a presença ou ausência de doenças mentais no trabalho, mas hoje sabemos que não ter um diagnóstico não é garantia de bem-estar. Além do acesso à informação, esse mapeamento é necessário oferecer um ambiente seguro para que o colaborador se dedique ao tratamento e frequente as consultas. Empresas sem sistemas de apoio ao bem-estar de seus funcionários têm maior rotatividade, menor produtividade e maiores custos de saúde, de acordo com a American Psychological Association (APA). Em empresas conhecidas por ter ambiente de alta pressão, os custos de saúde são 50% maiores do que em outras organizações”, pontua o médico.

Para Cássio Ide Alves, da Abramge, é preciso observar dentro de tendências comportamentais dos colaboradores, onde há a presença de fatores que indiquem transtornos mentais nas organizações, como demissões em mas-

A “PANDEMIA” DE SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS*

25%

foi o aumento registrado de casos de saúde mental após a pandemia, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)

1 bilhão

de pessoas viviam com transtorno mental em 2019, sendo 14% adolescentes

58%

das vítimas de suicídio tem menos de 40 anos

20

é o número de países em que a tentativa de suicídio ainda é criminalizada

71%

dos pacientes com psicose no mundo não recebem tratamento

12%

dos pacientes com transtornos mentais recebem tratamento em países de baixa renda

33%

dos pacientes de depressão em países ricos têm acesso a tratamento

194

Estados-membros da OMS assinaram um plano de ação para saúde mental até 2030, que se compromete com metas globais de transformação

Fonte: Organização Mundial da Saúde

sa, para que seja possível identificar pontos de mudança. “Não só a síndrome de burnout tem que ser identificada e tratada no ambiente corporativo, mas parece cada vez mais claro que fenômenos como o *quiet quitting* (demissão silenciosa, em que o colaborador passa a realizar somente o trabalho para o qual foi designado, sem esforços extras para crescer ou evoluir), e a ‘Grande Renúncia’, movimento em que colaboradores decidem se demitir, principalmente os mais jovens, estão fortemente relacionadas às questões de saúde mental. Parece essencial repensar o valor do trabalho versus bem-estar físico e mental. Não se admitem mais trabalhos desgastantes, sem flexibilidade e sem valores como empatia, orientação e comunicação adequada”, pondera o médico.

30 ANOS CUIDANDO DE PESSOAS

Sistema que permite aos beneficiários de operadoras associadas à Abramge serem atendidos fora da área de cobertura de seu plano em urgências e emergências completa três décadas de atuação

Imagine viajar com a segurança de ter atendimento médico de qualidade em caso de urgências e emergências. Isso tudo sem ter de contratar um seguro viagem, deixando esse dinheiro para outros fins. Parece um sonho, não é? Pois bem, isso existe e tem nome e sobrenome: Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito.

Completando 30 anos em 2022, esse sistema, ferramenta de acesso para milhares de pessoas por ano, como a pedagoga e empresária Marcia Van Schaik, personagem da seção Acesso da edição número 24 da revista Visão Saúde. Moradora de Holambra, no interior de São Paulo, e beneficiária da operadora 2Care, Marcia teve um mal-estar quando estava visitando seus filhos na capital paulista e foi encaminhada ao pronto-atendimento de uma outra operadora associada à Abramge. A pedagoga resolveu seu problema de saúde

com eficiência e agilidade, mesmo fora da sua região, sem ter de pagar nada a mais.

É assim que funciona o Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito, onde as operadoras associadas à Abramge disponibilizam um benefício que a maioria da população brasileira não possui: tranquilidade para viajar sem custos adicionais na área da saúde em caso de urgência e emergência.

“O balanço dos 30 anos do sistema é extremamente positivo, pois tivemos muito sucesso em cumprir nosso objetivo de dar atendimento de urgência e emergência para os beneficiários em trânsito. Principalmente quem costuma viajar muito, que tem filho que estuda fora, por exemplo, se preocupa muito com isso, em ter opções de atendimento além do SUS. Nosso call center recebe muitas consultas de pessoas que estão planejando uma viagem e nos ligam para sa-

ber se a localidade para onde vão tem essa cobertura”, diz Antonio Justo, coordenador do Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito e diretor de Medicina Diagnóstica no São Lucas Hospital.

Justo também destaca que o sistema promove a maior integração entre as mais de cem operadoras associadas à Abramge, favorecendo o intercâmbio de boas práticas, além de constituir um diferencial competitivo em um ambiente de negócios extremamente concorrido.

“Com certeza o sistema de atendimento nacional é um diferencial competitivo para quem o possui, pois aumenta a capilaridade das operadoras e o rol de serviços que ela pode oferecer. Isso complementa os outros serviços da Abramge, como suporte jurídico, regulatório, treinamentos e congressos. Isso tudo melhora tanto a qualidade de gestão da



operadora assim como a qualidade assistencial do beneficiário, e atrai mais operadoras para a associação”, explica Justo.

O atual coordenador do sistema relembra que em 1994, quando era gestor de uma “pequena operadora” na cidade de Passos, em Minas Gerais, decidiu se associar à Abramge devido ao benefício. E isso, segundo ele, foi um importante fator para impulsionar suas vendas.

EVOLUÇÃO PERMANENTE

Nesses 30 anos de existência, o Sistema Abramge de Urgência e Emergência em Trânsito transformou um projeto em realidade, chegando à relevância que tem hoje com evoluções constantes em seu escopo e funcionamento.

Em 2020, por exemplo, lançou um aplicativo mobile, disponível na Play Sto-

re e na Apple Store, que permite a consulta de unidades de pronto-atendimento parceiras com base em geolocalização. Isto é, com base na localização do usuário, o aplicativo informa onde estão os serviços mais próximos a ele. Além disso, o aplicativo também informa as operadoras participantes do sistema e dá orientações de como usá-lo, na prática.

Por sua vez, está programado para 2023 o lançamento de um ambiente digital para troca de informação dirigido às operadoras que fazem parte do sistema, que vai proporcionar maior integração, transparência e rapidez na gestão do serviço. Isso vai permitir a homologação do atendimento de forma integrada e a geração de dados mais precisos sobre os resultados da parceria entre as operadoras.

O QUE SÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA?

De acordo com a Lei 9.656/98, artigo 35-C, incisos I e II, entende-se por atendimento de emergência os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; e de urgência os resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional.

COMO USAR

Para receber atendimento, o beneficiário de umas das associadas Abramge participante do Sistema Abramge de Urgência e Emergência devem apresentar:

- *Cartão de identificação do plano de saúde (documento físico ou digital);*
- *Documento de identidade com foto.*

Quando o beneficiário for menor de idade, devem ser apresentados certidão de nascimento e o CPF da criança ou jovem e o RG/CPF da pessoa responsável.

Além de oferecer um aplicativo com sistema de geolocalização e informações sobre saúde em trânsito, o acesso ao serviço pode ser feito também pelo portal www.atendimentoabramge.com.br, ou pela central de atendimento telefônico 0800.722.7511.

A saúde e as eleições de 2022

POR CREOMAR LIMA CARVALHO DE SOUZA*

O debate eleitoral de 2022 é hiper polarizado. A ausência de interesse das campanhas de dialogarem sobre temáticas estratégicas afeta, dentre outros temas, a saúde, que, apesar de ser um tema fundamental, assume papel marginal na construção de discursos dos finalistas do segundo turno presidencial. O diagnóstico, crítico por princípio, se torna mais grave ao se lançar entendimento sobre a importância estratégica da saúde como uma agenda de impacto direto sobre várias camadas do tecido social.

Apesar da crise da pandemia da covid-19 ter fomentado a discussão sobre os gargalos e desafios da saúde pública como um todo, não ensejou uma discussão propícia acerca dos desafios de novas pandemias ou do aprimoramento dos sistemas de saúde no Brasil. Com a agenda focada em temas como economia e corrupção, a temática da saúde perdeu tração no debate presidencial e na maioria das discussões pelos estados da federação. Restando poucos dias para o segundo turno, é possível afirmar que muito pouco foi explorado pelos presidentiáveis em termos da compreensão sobre os desafios da saúde à população brasileira.

É possível dizer que o país e os representantes em sua maioria não dedicam força e atenção aos dilemas da saúde no Brasil. Tal situação, encontra respaldo na dificuldade de compreender a natureza estratégica da agenda e do seu impacto sobre variados aspectos da vida cotidiana dos cidadãos. Constituído pela coexistência de um serviço de atendimento público apoiado pela saúde suplementar, o sistema obriga a construção de um olhar universalizado sobre os desafios de atendimento e a construção de sinergias sobre as duas esferas de atuação.

Tal percepção, que atualmente encontra enorme respaldo entre atores técnicos da es-



É possível dizer que o país e os representantes em sua maioria não dedicam força e atenção aos dilemas da saúde no Brasil

fera pública e privada, escapa da percepção da maioria dos candidatos. Se nos debruçarmos sobre os planos de governo dos dois finalistas no segundo turno, encontramos de fato menções a saúde, mas, estas normalmente muito permeadas de expressões que geram percepções imprecisas ou até mesmo vagas sobre o futuro desta agenda. O uso de termos como: fortalecimento, sinergia, harmonização, são bastante úteis para demonstrar intenções, porém, constituem-se como letra morta ao pensarmos aquilo que o Estado nacional tem falhado em observar, a Saúde pública como um objeto de segurança nacional.

A covid-19 e a decorrente crise econômica global, agravada pelo conflito entre Rússia e Ucrânia, tem lançado todas as regiões do planeta no abismo da imponderabilidade futura. Esta, por sua vez, alimenta uma lógica de escassez de recursos humanos, físicos e materiais, inclusive de saúde, para atender um enorme volume de pessoas simultaneamente. Se as estruturas de aten-

dimento público e as organizações privadas possuem dificuldades na construção dessas tarefas de maneira isolada, se torna fundamental a construção de mecanismos que alimentem uma lógica colaborativa para momentos de crise.

Da necessária solidariedade econômica e de recursos entre os sistemas a construção de ações que permitam a elaboração de planos de contenção e resposta à ocorrência de novas pandemias, tudo é urgente, porém, quase nada é feito de maneira profunda. Afinal, não importando quem será o vencedor da corrida ao Palácio do Planalto, ao Congresso ou aos Governos dos Estados, de fato, a temática da saúde, mesmo que seja negligenciada discursivamente, seguirá sendo um tema fundamental independentemente de usar serviços do SUS ou da saúde suplementar.



CREOMAR LIMA CARVALHO DE SOUZA
É FUNDADOR/CEO DA DHARMA POLITICAL RISK AND STRATEGY, UM HUB DE ANÁLISE DE RISCO POLÍTICO SEDIADO EM BRASÍLIA

MBA Gestão de Planos de Saúde

Novo formato,
muitas novidades.
Aguardem!

TURMAS 2023



UNIVERSIDADE
CORPORATIVA
ABRAMGE



SAÚDE 2030

SAVE THE DATE

O principal evento da saúde suplementar já tem data marcada para sua próxima edição!
Dias 21 e 22 de setembro de 2023, o Hotel Unique, em São Paulo, será palco de mais um
icônico evento da Abramge.
Aguardem novidades.

Realização



Apoio

