

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO DE NEGÓCIOS**

**GESTÃO MERCADOLÓGICA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE**

**Marcos Frederico Faria Barcelos**

**BELO HORIZONTE  
2010**

**MARCOS FREDERICO FARIA BARCELOS**

**GESTÃO MERCADOLÓGICA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégica- Gestão de Negócios da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Negócios.

Orientador: Professor Ricardo Teixeira Veiga

**BELO HORIZONTE**

**2010**

## RESUMO

O presente trabalho monográfico trata algumas considerações a respeito da busca das organizações de saúde em tornar-se referência como sistema sustentável de soluções em saúde.

Devido à alta competitividade no ramo de planos de saúde e também exigências tanto da ANS quanto de órgãos de Acreditação (Certificados de qualidade como ONA e ISO, premiações, etc.); percebe-se a necessidade das cooperativas e convênios médicos implantarem modelos diferenciados de atenção à saúde.

Desse modo, serão salientadas as estratégias de marketing voltadas para a saúde do cliente utilizadas pelas operadoras de saúde em Belo Horizonte, assim como, a promoção da saúde como apoio ao cliente e a influência desta em seu comportamento.

No início deste trabalho, serão mostradas as características do Serviço Público e do Serviço Privado no Brasil, a diferença entre o tipo de clientela e os tipos de relações desses serviços com o mercado.

Na segunda parte, será citado o exemplo de sucesso de uma operadora de saúde em Belo Horizonte e demonstrar-se á a importância da Gestão de Risco e das inovações na saúde suplementar para a reestruturação dos modelos tradicionais em saúde.

Assim, o principal objetivo deste trabalho é evidenciar como a promoção da saúde influencia de forma positiva o comportamento do cliente e a qualidade de sua saúde e, como resultado desse trabalho, a conquista de êxito financeiro para as operadoras de saúde. Será ressaltado também as estratégias utilizadas nesses programas, a importância da Gestão de Riscos, o gerenciamento de doenças e a busca do mercado de saúde suplementar rumo à sustentabilidade.

**Palavras – Chave:** Promoção em Saúde; Mercado , Inovação.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Introdução -----</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>O Público e o Privado na Saúde -----</b>	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Planos de Saúde -----</b>	<b>9</b>
<b>2.2</b>	<b>As Características do Mercado de Planos de Saúde -----</b>	<b>10</b>
<b>2.3</b>	<b>Perfil da população coberta por planos privados de assistência à saúde x Saúde Pública -----</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>A Criação da GRS – Gestão de Risco em Saúde -----</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar -----</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>O Exemplo de Sucesso de Uma Operadora de Saúde em Belo Horizonte</b>	<b>21</b>
<b>5.1</b>	<b>Atenção Humanizada: O Diferencial Unimed BH -----</b>	<b>23</b>
<b>5.2</b>	<b>Linhas de Cuidado Unimed BH -----</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>Considerações Finais -----</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS -----</b>	<b>33</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, a maioria dos países da América Latina vem experimentando mudanças políticas, sociais e econômicas, que favoreceram transformações no campo de serviços de saúde, em particular o aumento da participação do setor privado (Tamez *et al.*, 1995). O papel desse setor no financiamento das ações de saúde, bem como sua articulação com o setor público é um tema central no debate em saúde no mundo. No Brasil, os primeiros estudos desenvolvidos por Médici (1991) e também por Cordeiro (1984) tiveram como foco central as empresas que administram/comercializam a modalidade de prestação de serviços de saúde suplementar.

A partir do final da década de 1980 e início dos anos 90, a dificuldade de acesso e a baixa qualidade atribuída ao sistema público de saúde vêm sendo considerados fatores importantes na determinação do crescimento dessa modalidade (Médici, 1991).

O crescimento do segmento de saúde suplementar observado ao longo das últimas décadas vem trazendo alguns desafios para sua integração no sistema de saúde brasileiro.

A criação da ANS representou o início do estabelecimento de uma jurisprudência reguladora das operadoras de planos privados de assistência médica (Costa *et al.*, 2002) que, no caso específico das seguradoras eram anteriormente reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). A nova legislação federal para o mercado de planos privados de saúde buscou, portanto, a padronização dos serviços ofertados, a elaboração de um sistema regulatório eficiente, a fiscalização da seleção de risco praticada por diversas operadoras, a manutenção da estabilidade do mercado e o controle da assimetria de informação, seguindo a tendência reformadora de formação de agências regulatórias em curso no Brasil (Ribeiro, 2001).

A busca de cuidados médicos não é função apenas da necessidade. Conforme destacam Pinheiro e Escosteguy (2002), a utilização dos serviços de saúde é conseqüência de diversas determinações que explicam as variações entre grupos sociais ou entre áreas. Uma população de uma localidade específica pode demandar

serviços de forma diferenciada, dependendo de fatores relacionados à demanda ou à própria oferta de serviços. De acordo com Hulka e Wheat (1985) os fatores que influenciariam as pessoas a utilizar os serviços de saúde propõem a análise de cinco categorias: condição e necessidade de saúde (morbidade), disponibilidade de médicos, características demográficas, características organizacionais dos serviços de saúde e o modelo de financiamento. Os demais fatores podem ser estudados à luz da oferta de serviços, da composição do sistema de saúde de um país e do perfil sociodemográfico de seu povo, ou seja, mediante o delineamento do acesso e da cobertura populacional dos serviços de saúde. Não apenas a oferta de recursos garante o acesso aos serviços de saúde. Há ainda fatores facilitadores desse acesso como a distância, barreiras geográficas, o tempo de transporte e o tempo de espera, a disponibilidade de horários. A literatura tem caracterizado esses fatores dentro do conceito de "acessibilidade", agrupando-o em quatro grupos distintos: acessibilidade geográfica, econômica, cultural e funcional (Donabedian, 2003; Pinheiro e Escosteguy, 2002; Frenk, 1985).

## **2 O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE**

A experiência brasileira ao longo de sua trajetória, tem como grande aliado no campo da saúde o setor privado. Em 1988 com a promulgação da Constituição, a saúde passa a ser um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. É dever do Estado garantir condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive como integralidade e assistência.

As condições políticas, institucionais, jurídicas e financeiras construídas desde a implementação do SUS, vem contribuindo significativamente para o estabelecimento de caminhos promissores para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para uma maior governabilidade setorial na garantia do direito à saúde. Porém, tais mudanças ainda não resultaram em redução substantiva das desigualdades em saúde no país, apesar da saúde ser uma área de proteção, regulação e controle do Estado. O setor Saúde vive uma crise que se traduz por baixa qualidade, ineficiência e iniquidade. O diagnóstico desta crise está bastante analisado, sendo então necessário encontrar saídas para este impasse.

Não existe um modelo de administração que seja coerente, formulado e implementado. Quando se trata de serviços públicos, a noção do usuário acerca do que é possível e desejável melhorar é pouco objetiva e menos mensurável do que sobre outros tipos de serviços utilizados, como por exemplo, um serviço de assistência técnica.

A cultura organizacional entendida como um sistema de significados e sua relação com as propostas gerencialistas nas organizações públicas de saúde está relacionada à falta de uma cultura forte nas organizações do setor público, causada, principalmente, pela elevada rotatividade nas posições hierárquicas mais altas. Programas de gerenciamento de qualidade dependem de uma cultura organizacional fortemente voltada para os objetivos do programa de qualidade, seja ele formal ou não, o que implica um comprometimento de longo prazo dos administradores

situados nos mais altos níveis da hierarquia organizacional, com iniciativas visando à qualidade nos serviços. Segundo Almeida, qualidade no setor Saúde é entendida como a sistematização de todos os seus processos, em todas as áreas e esferas de gestão, na busca da ética e da técnica.

Os elementos chaves da qualidade são: total satisfação do cliente; priorização da qualidade; melhoria contínua; participação e comprometimento de todos; comunicação e capacitação. Os processos para a melhoria da qualidade devem envolver toda a equipe de trabalho, estabelecer ações a longo prazo acompanhadas passo a passo e mudanças gradativas, além de focalizar as pessoas como sendo prioridade, demandando comprometimento, disciplina e um esforço crescente.

O Ministério da Saúde definiu qualidade nos serviços de saúde em cinco eixos prioritários: alto nível de excelência profissional; uso eficiente de recursos; mínimo de risco para o cliente; alto grau de satisfação para o cliente e impacto final na saúde.

A utilização de indicadores de saúde é fundamental para o estabelecimento da qualidade nos serviços de saúde. São instrumentos gerenciais de mensuração, sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade ou produtividade. Eles avaliam aspectos da estrutura, processo e resultado na gestão da qualidade dos serviços. Alguns exemplos de indicadores de saúde são: Taxa de Mortalidade; Taxa de Infecção Hospitalar; Taxa de Ocupação Hospitalar e Taxa de Permanência. Para se desenvolver uma gestão eficaz da qualidade, algumas mudanças devem acontecer, como: mudança de mentalidade, mudança de paradigma, adaptações da nova realidade e equilíbrio da equipe.

Agora, nada disso que apresentamos poderá acontecer se os profissionais de saúde, gestores, profissionais técnicos e administrativos, prestadores de serviços e até mesmo os usuários do sistema não tiverem os pilares que irão sustentar todo o processo da qualidade no setor Saúde. E esses pilares são: **COMPROMETIMENTO, PARTICIPAÇÃO e VISÃO MACRO DO SISTEMA**. Sem esta sustentação fica impossível fazer Saúde Pública com Qualidade.

A comparação desses componentes com o Sistema Único de Saúde pode auxiliar na explicação dos motivos que teriam levado à instalação das operadoras, ao atendimento de seguros e planos privados nos estabelecimentos de saúde, e



mesmo a uma aproximação da conformação do número de beneficiários em determinadas localidades. Teriam os municípios de pequeno porte uma cobertura menor que os municípios de médio e grande porte, com maior poder econômico e renda de seus habitantes?

Estudos anteriores (Costa e Pinto, 2002; Siqueira *et al.*, 2002) demonstram que, nas cidades de pequeno e médio porte (menos de 80.000 habitantes), a participação das modalidades de saúde suplementar é menor que a prestação de serviços mediante o SUS, enquanto que nas cidades de mais de 80.000 habitantes, a hegemonia dos planos de saúde já ocorria em 1992 e expandiu-se ainda mais em 1999. Além disso, outro fator importante a ser considerado na relação entre beneficiário operadora X prestador se refere à questão da avaliação do gasto, receita e poupança das famílias, estudado para os anos de 1987 e 1996 a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/ IBGE) por Reis (2001).

No setor público, observam-se tempos prolongados de espera para atenção em algumas especialidades e também para procedimentos diagnósticos.

As listas de espera são um reflexo do racionamento dos recursos, mecanismo utilizado também no setor privado, em menor escala.

Cabe assinalar que existem custos reais, não reconhecidos, associados ao tempo de espera, como a ausência trabalhista, diminuição de produtividade associada à deficiência física, angústia, dor e sofrimento, tanto físico como psicológico. Além destes custos, as listas de espera tendem a desestimular a demanda mesmo quando esta é necessária, o que impacta negativamente a saúde da população.

Garantir tempos razoáveis de acesso à atenção à saúde é, portanto, um dever do assegurado e um elemento orientador para o prestador no desenvolvimento e priorização do seu trabalho.

## **2.1 Planos de Saúde**

O mercado de planos de saúde se caracteriza pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão. Essas organizações vendem planos de pré-pagamento que intermedeiam o financiamento do acesso aos serviços privados de saúde,

protegendo os segurados do risco associado ao custo de adoecer. Isso permite, ademais, uma queda do montante do desembolso direto das famílias, pois seu gasto potencial pode ser dividido entre um conjunto de segurados.

Desde fins da década de 1960, um número crescente de trabalhadores passou a ser coberto pelos planos de saúde, seja mediante a celebração de contratos individuais, seja mediante a adesão a um contrato empresarial ou associativo. A assistência à saúde, assim, se transformava em um bem de consumo — um bem de consumo médico (Luz, 1991) — no âmbito do mercado de trabalho.

Anos mais tarde, entretanto, esperava-se que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 pudesse reverter em parte essa situação, dado o acesso universal dos seus serviços. No entanto, o SUS não fora capaz de atrair para o seu interior as famílias que compunham o núcleo dinâmico da economia, fenômeno conhecido grosso modo como universalização excludente (Faveret Filho e Oliveira, 1990).

Sabe-se que, no Brasil, o Estado tem uma forte tradição como financiador do setor de saúde. Isso se deu por meio do financiamento direto, mas também por diversas formas de atuação, como "(...) concessão de subsídios, isenções fiscais ou incentivos, resultando no barateamento dos custos de atenção à saúde para a população ou para certos segmentos desta" (Medici, 1990: 7).

Assim, parece importante examinar o argumento de Lewis e Medici, segundo o qual, no Brasil "(...) o governo desempenhou, de alguma forma, mesmo que com relutância, um papel facilitador do setor privado de saúde" (Lewis e Medici, 1995: 374, tradução livre).

## **2.2 As Características do Mercado de Planos de Saúde**

Na ausência de serviços públicos de saúde, para se proteger dos custos associados ao risco de adoecer, as pessoas pagam uma contribuição prévia aos planos de saúde, cujos sistemas privados de financiamento da cobertura de riscos em saúde intermedeiam a relação entre consumidores e prestadores médico-hospitalares.

O que caracteriza o mercado de serviços privados de saúde é a natureza mercantil-contratual das relações entre atores, que, por sua vez, confere à demanda caráter seletivo. Nessa perspectiva, o mercado de serviços privados de saúde é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita [Burgos *et alii* (1991, p.85), com base em Medici (1991)].

A exigência básica, portanto, é o pagamento pela utilização dos serviços (isso é, a sua compra), que pode assumir diferentes modalidades, desde as mais tradicionais – compra direta pelo usuário ao prestador de serviços – até mais complexas, que envolvem a intermediação de terceiros – contratos entre indivíduos-famílias/empresas com a medicina de grupo, cooperativa médicas e seguradoras, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas).

Não existe na literatura nacional disponível uma conceituação mais elaborada que permita caracterizar com maior precisão os diversos componentes do mercado privado de serviços de assistência médica no Brasil. A primeira conceituação foi elaborada por Medici (1991a) e identifica os segmentos que compõem esse mercado. Na literatura internacional, a denominação de seguro-saúde está relacionada com pelo menos duas abordagens, em geral referindo à realidade estadunidense. A primeira, o seguro tradicional seria a proteção financeira contra riscos de custos ou perdas grandes e incomuns (ou catastróficamente caros). A segunda, e mais recente, diz respeito especificamente à prestação efetiva de assistência médica, isto é, ainda que traga embutida a proteção financeira, é um meio coletivo de financiamento da atenção, garantindo acesso a grupos específicos, a menor custo. Assim, a política das companhias de seguro seria o reembolso ao segurado do gasto efetuado com a assistência médica, em todo ou em parte, segundo determinados valores estipulados em contratos. Entretanto, de maneira geral, as modalidades disponíveis no mercado combinam função de seguro com a de prestação de serviços, o que evidencia que, no plano operacional, a diferenciação é apenas retórica.

### **2.3 Perfil da população coberta por planos privados de assistência à saúde x Saúde Pública**

Análises segundo o porte populacional reforçam a tendência de concentração de cobertura nas áreas urbanas ao sugerir, em todas as regiões geográficas, uma associação positiva entre o tamanho do município e a proporção da população coberta.

O gênero, a idade e a origem racial são as três principais variáveis demográficas que caracterizam a distribuição de saúde e doença numa determinada população. A raça ou cor da pele estão fortemente associadas aos níveis de renda e educação (Dachs, 2002). Estudos desenvolvidos sobre diferenças de gênero na saúde relatam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres apresentam mais morbidade e utilizam com maior frequência os serviços de saúde. Essa aparente contradição reduz quando são ajustados os indicadores por faixa etária segundo o padrão de doenças (Pinheiro *et al.*, 2002; Macintyre *et al.*, 1999; Bird e Rieker, 1999). No Brasil, esta diferença é marcada também pela variável "local de moradia". Com exceção das cidades de Belém, Teresina, Porto Alegre e Brasília, todas as demais capitais brasileiras apresentam maior cobertura populacional de planos de saúde entre as mulheres. Os municípios do interior e as regiões metropolitanas exceto capitais apresentam um comportamento semelhante, com predominância do sexo feminino.

Se então considerarmos o indicador de razão de sexos, definido como o número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população em determinado espaço geográfico e ano específico, as desigualdades de cobertura também podem ser evidenciadas. Nesse caso, a região Norte, que apresenta razão de sexos acima de 100 para a população-residente de quase todas as suas unidades da federação, quando analisada sob a perspectiva da população com planos de saúde, inverte essa tendência pelo predomínio de mulheres na maior parte dos estados. A hegemonia da população de mulheres com planos de saúde é quase absoluta no país, sendo mais significativa do que o mesmo indicador calculado para a população-residente como um todo.

A idade é a característica pessoal mais associada à ocorrência da doença, sendo quase sempre necessário controlar o efeito das diferenças na distribuição etária, quando são comparadas as ocorrências de doenças em duas populações ou em dois períodos distintos, através da padronização dos coeficientes de idade.

O processo de transição demográfica se relaciona aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade, natalidade e mortalidade provocam sobre o ritmo de crescimento populacional e sobre a estrutura por idade e sexo.

Uma mudança percebida em consequência da transição demográfica é o processo de envelhecimento populacional, que, no Brasil, pode ser observado ao serem comparadas as pirâmides etárias entre as décadas de 1970 e 2000. Em 1970, a forma da pirâmide ainda apresentava uma base larga e o ápice estreito. Progressivamente essa configuração se alterou até atingir, no ano de 2000, um grande estreitamento da base e um alargamento do ápice, como reflexo da redução relativa da população jovem e do crescimento da população de idosos, esta última principalmente do sexo feminino, como reflexo de sua maior sobrevivência.

A análise dos dados revelou que as principais variáveis consideradas – sexo, idade, porte populacional dos municípios, localização geográfica – possuem uma boa capacidade de discriminação para o setor de saúde suplementar. Assim, o efeito de isolar a capital da região metropolitana e dos demais municípios de cada unidade da federação cumpre um papel importante, pois evidencia a necessidade de aprofundamento de algumas questões como, por exemplo, o porte populacional. É provável que o mesmo comportamento observado de uma maneira geral para as capitais do país se repita para as cidades de médio e grande porte, com mais de 80.000 habitantes e para os municípios vizinhos às capitais.

### 3- A criação do GRS- Gestão de Risco em Saúde

#### Gestão de risco – Novas Tecnologias em Saúde Suplementar

O **GRS – Gestão de Risco em Saúde** – é um produto voltado para Operadoras de Saúde e Gestores de RH, que visa o absoluto controle e facilitação de ações de atenção, prevenção e promoção da saúde, possibilitando a melhora na qualidade de vida do usuário e corporações impactando significativamente, na redução da sinistralidade e custos.

Os altos custos provenientes do atual modelo de gestão de saúde tornam insustentável a sua continuidade e os ajustes revelaram-se ineficazes no longo prazo. O envelhecimento da população, os custos decorrentes das doenças crônicas, a falta de aderência aos tratamentos, são alguns fatores que indicam a necessidade de mudanças no paradigma atual de atenção reativa para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

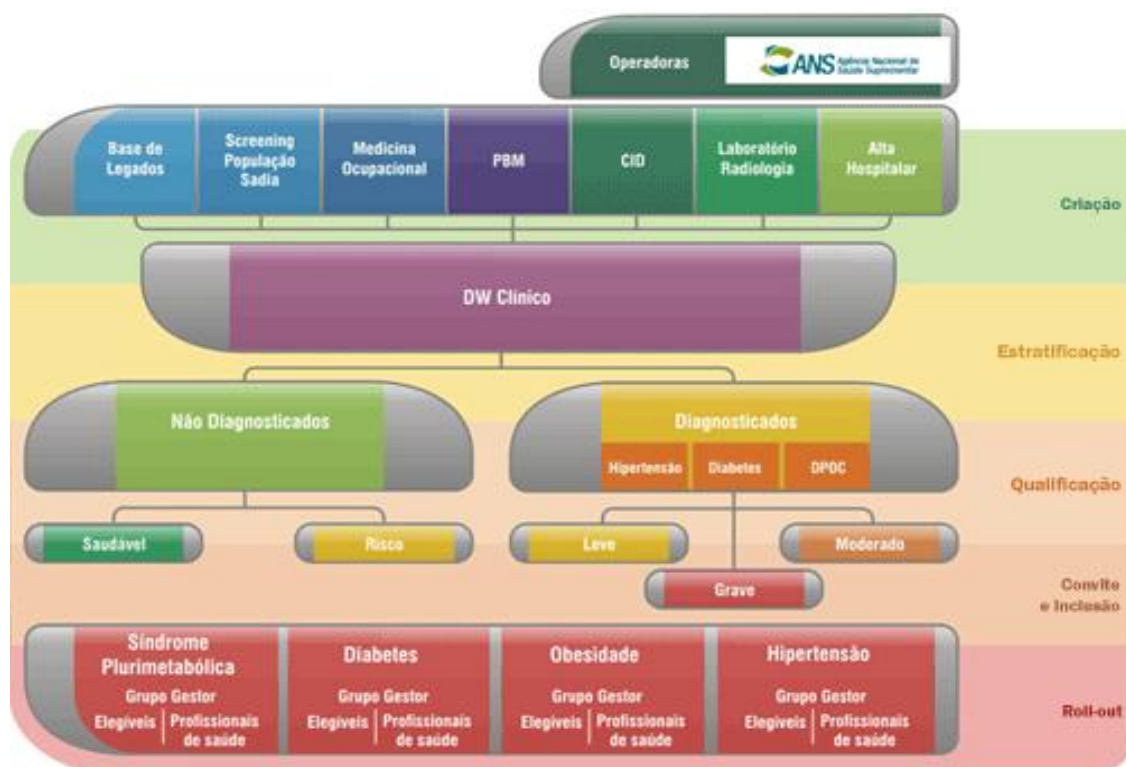


O novo modelo de negócio na área de saúde adota ações preventivas, de promoção e de gestão, integrando a competência médica e a tecnologia da informação.



Desenvolvido com base na experiência médica, o GRS é uma solução integrada e consistente para a gestão completa da saúde de sua carteira que possibilita a participação efetiva de todos os envolvidos no processo (Operadoras, Recursos Humanos, Médicos e Beneficiários).

A base para uma gestão eficaz é o conhecimento do perfil de saúde da carteira de usuários. A tecnologia de ponta permite a análise de grandes massas de dados, a integração com as demais fontes geradoras de informações como ERP, PEP, PBM, TISS, PCMSO, entre outras, a constituição de um banco de dados com informações clínicas e a conseqüente estratificação e qualificação de usuários saudáveis e diagnosticados de acordo com o risco.

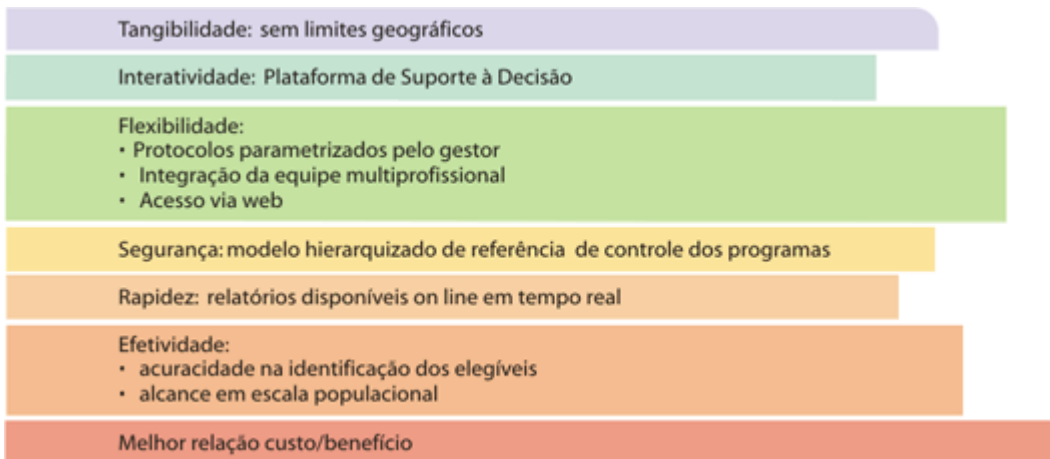


## Diferenciais

Integração de pessoas com a tecnologia da informação;

- Conhecimento e diferenciação da carteira de usuários;
- Criação de um banco de dados com informações clínicas;
- Estratificação da carteira de acordo com o risco;
- Consultoria especializada em todas as fases do processo;
- Estabelecimento de protocolos e programas de promoção e prevenção;
- Disponibilização de Central de Monitoramento (Nursing Call);
- Compromisso com metas e resultados.





## Consultoria

- Apoio nas fases de estruturação, implementação e acompanhamento dos programas;
- Suporte na definição do escopo de abrangência e das linhas de cuidados;
- Modelagem de protocolos clínicos de acompanhamento;
- Elaboração dos critérios de elegibilidade;
- Identificação e estratificação de elegíveis;
- Estratificação populacional e aplicação de inquéritos de levantamento epidemiológico;
- Desenvolvimento do processo de comunicação;
- Montagem e treinamento da equipe operacional multiprofissional;
- Definição dos indicadores de desempenho e metas;
- Definição do conjunto de relatórios.

## Serviços

- **Central de Relacionamento**  
Monitoramento, protocolos, atendimento personalizado e fidelização.
- **Estratificação**  
Identificação de grupos de elegíveis.
- **Suporte de Implementação**  
Acompanhamento no desenvolvimento de materiais de comunicação pesquisas de satisfação, fomento à parceria e atividades de educação continuada.

- **Processos**

Acompanhamento de implantação, definição dos protocolos clínicos, inserção dos dados, histórico de saúde dos usuários, treinamento e reuniões periódicas.

### **Ferramentas**

- Gerenciamento de grupos de pessoas por linhas de cuidados, através do controle da execução de um conjunto de procedimentos;
- Acesso hierarquizado via web, para os gestores do programa e os usuários através de perfis pré-definidos;
- Definição e configuração dos protocolos clínicos dentro de linhas de cuidados;
- Acesso aos relatórios clínicos e gerenciais de acordo com o perfil determinado.

## **4 Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**

O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção. Além disso, promove-se a redução de gastos com assistência médica de alto custo por parte das empresas.

### **Diferença entre Promoção e Prevenção**

A conferência internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, define promoção da saúde como:

“o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...). Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p,1).

Desta forma, a promoção da saúde enfatiza a modificação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA Et FREITAS, 2003). Ademais, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que seja predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde (SILVEIRA, 2004).

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA Et FREITAS, 2003).

Todo este esforço tem sido realizado no sentido de implementar modelos de atenção baseados na produção do cuidado, assim respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Nesta direção, o setor suplementar deve se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários.

### **A importância da avaliação dos Programas de Promoção e Prevenção**

Segundo Navarro (1992), “um programa é um conjunto de atividades dirigidas para atingir certos objetivos, com dados recursos e dentro de um período de tempo específico”. Além disso, “a avaliação de programa envolve dois tipos de atividades: a produção de informações referentes ao andamento dos programas e seus produtos, e o estabelecimento de um juízo de valor a respeito do mesmo.”

Avaliar significa realizar um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al,1997 apud SILVA, 2005), sendo considerada uma importante ferramenta para verificar a eficácia das ações estabelecidas e subsidiar o processo de planejamento.

Instituído o programa, este precisa ser oferecido e acessível à população-alvo, além de ter adequada qualidade. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Esta utilização resultará em uma dada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde. Para que essas etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção (BRASIL, 2007b).

Donabedian identifica três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado. Indicadores de estrutura dizem respeito à área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso a normas de avaliação e manejo de pacientes, entre outros; e identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários (DONABEDIAN, 1984 apud BRASIL,2007b).

Os indicadores de processo indicam o que é realmente oferecido aos usuários no âmbito do cuidado, apontando o que os profissionais fazem, em termos de coleta de história, exame físico, exames complementares, tratamento e acompanhamento. Geralmente, esses indicadores são comparados a padrões previamente estabelecidos, como *guidelines*, protocolos e consensos. Enquanto isso, os indicadores de resultado indicam o quanto o usuário do serviço teve seu problema resolvido após certo período de tempo. A satisfação do paciente e do profissional também são dimensões do resultado.

## **5 Caso de Sucesso de uma Operadora de Saúde de Belo Horizonte**

A Unimed-BH atende a 39% do mercado de planos de saúde na Grande Belo Horizonte e investe na ampliação de serviços.

A crise econômica internacional deflagrada nos últimos meses de 2008 não impediu a Unimed-BH de registrar mais um ano de crescimento (já são onze consecutivos) no mercado da saúde suplementar.

A operadora, que está entre as dez maiores do País e, fora do eixo Rio-São Paulo, é a primeira em desempenho, ampliou em 6% sua carteira de clientes no último ano, chegando a 745 mil pessoas atendidas. Em comparação, o segmento de planos de assistência médico-hospitalar no Brasil cresceu 4,9%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os planos co-participativos voltados para o mercado empresarial alavancaram o crescimento da Cooperativa, mantendo a tendência iniciada em 2004. Nesse período, os contratos coletivos cresceram em torno de 110% e correspondem, atualmente, a três de cada quatro clientes da Unimed-BH. Eles contribuem, efetivamente, para que a Cooperativa tenha um *market share* de 39% na sua área de atuação, trinta pontos acima do principal concorrente, de acordo com pesquisa do Instituto Datafolha concluída em janeiro. Nenhuma outra operadora alcançou uma participação de mercado dessa amplitude na região metropolitana de Belo Horizonte. Uma análise detalhada do desempenho da operadora mineira e de sua evolução nos últimos cinco anos é apresentada no Relatório de Gestão 2008. A peça destaca

como a operadora vem-se transformando em gestora de um amplo sistema de saúde, que conta com 258 hospitais, clínicas e laboratórios, entre unidades credenciadas e próprias, com alto impacto sobre o sistema de saúde metropolitano. A Cooperativa é, atualmente, o maior comprador privado de serviços de saúde em Minas Gerais e, apenas em 2008, sua operação injetou recursos da ordem de R\$ 932,5 milhões na rede de serviços.

### **Estratégias de sucesso**

A Unimed tem uma preocupação real em passar aos seus clientes uma idéia de colaborar com uma vida saudável e feliz, preocupando-se com qualidade de vida, promoção à saúde e com a prevenção, levando em conta que os vínculos emocionais têm de ser antes, não só durante uma doença, não só no hospital. Essa preocupação leva a Unimed a fugir do commodity, criando um posicionamento de ficar do lado do cliente.

Prestar serviços na área da saúde, de maneira humanizada faz parte da política da Unimed BH, que busca constantemente superar as expectativas de seus clientes.

Conforme afirma Aidar ( 1995), recentes pesquisas têm mostrado que, embora a melhoria dos produtos seja importante para a satisfação e lealdade dos clientes, a má qualidade do atendimento tem tido um papel preponderante na perda desses clientes. Isso acontece devido ao avanço tecnológico que tem tornado a qualidade técnica cada vez mais próxima entre as diversas empresas concorrentes, fazendo com que a diferenciação se apresente mesmo na qualidade do atendimento direto ao consumidor. Na área da saúde essa melhoria no atendimento se faz através da humanização, já que, o doente já fragilizado, não necessita apenas de cuidados medicamentosos e sim, uma atenção especial dedicada ao seu emocional.

Como parte de um processo integral de atenção à saúde, a Unimed BH tem obtido êxito em seus programas de promoção da saúde. A responsabilidade da Unimed não está somente em remediar uma doença, a prevenção pode trazer resultados bem mais satisfatórios. Os programas de atenção à saúde já são reconhecidos e de tempos em tempos surgem novos programas de acordo com a demanda de necessidades dos clientes.

## **Atenção Humanizada: O Diferencial Unimed BH**

### **Centro de promoção da saúde**

Saúde e qualidade de vida andam juntas. Uma postura consciente, medidas preventivas, pequenas ações diárias e mudanças de atitude fazem toda a diferença. Para apoiar os seus clientes, a Unimed-BH criou o Centro de Promoção da Saúde. Um espaço dedicado a eles, onde é possível trabalhar ações integradas de assistência, promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com capacidade para 15 mil atendimentos por mês em diferentes modalidades de cuidado, o serviço complementa a rede de Núcleos de Atenção à Saúde da Unimed-BH. Os atendimentos valorizam a humanização, a abordagem multidisciplinar e a busca de oportunidades para identificar fatores de riscos.

Uma das estratégias adotadas no Centro de Promoção da Saúde (CPS) Unimed-BH é o acolhimento com humanização. O compromisso de toda a equipe do CPS é a escuta qualificada das demandas de cada cliente e a postura ética de dar-lhe a resposta mais adequada. Nessa linha, o CPS oferece a pré-consulta e pós-consulta. Ao chegar à unidade, o cliente é avaliado pela equipe de enfermagem para a detecção de riscos à saúde e a verificação de necessidades.

As informações colhidas são encaminhadas ao médico cooperado e servirão como complemento à sua avaliação clínica. Após a consulta, pode-se informar sobre a realização de exames e procedimentos.

## **LINHAS DE CUIDADO UNIMED BH**

### **Saúde da Criança**

A atenção à Saúde da Criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que essa Linha de Cuidado se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortalidade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante salientar o papel que desempenham os serviços e os sistemas de saúde, onde incluem-se as ações desenvolvidas pelo setor suplementar.

Os programas de Promoção e Prevenção voltados à Linha de Cuidado Saúde da Criança deslocam o foco baseado em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania. Alguns dos grandes eixos estratégicos são a redução da mortalidade infantil, a humanização e a promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável.

### **Programa de Puericultura**

Com o objetivo de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças no primeiro ano de vida, o Programa de Puericultura é desenvolvido pelos pediatras da Unimed-BH, nos consultórios.

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, serão acrescentadas as principais etapas desta Linha de Cuidado que devem ser priorizadas:



- Promoção do Nascimento Saudável;
- Acompanhamento do Crescimento , Desenvolvimento e Imunização;
- Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável: Atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carenciais;
- Abordagem das Doenças Respiratórias e Infeciosas.

### **Grupo de Atenção ao Idoso**

O Grupo de Atenção ao Idoso da Unimed-BH foi criado para favorecer o envelhecimento saudável e estimular a independência e autonomia do idoso.

O acompanhamento do grupo é feito por terapeuta ocupacional, geriatra, fisioterapeuta e nutricionista.

A linha de cuidado do adulto e do Idoso atenta principalmente para :

- Doenças Cardiovasculares;
- Diabetes Mellitus
- Monitoramento da Hipertensão
- Rastreamento de Neoplasias: Prevenção, Detecção Precoce,Sintomas e Dados para Monitoramento.

### **Saúde da Mulher**

A compreensão das questões de gênero é fundamental para que se desenvolvam programas de atenção à saúde da mulher com qualidade e resolutividade.

Assim, a diretriz geral dessa linha de cuidado deve ser a elaboração de programas que abordem a mulher em sua integralidade e ofereçam subsídios para que desenvolva sua auto-estima, autoconfiança, consciência sobre o seu corpo e sobre os processos de saúde-doença que possam acometê-la e aos quais estão mais expostas, considerando-se os aspectos culturais, biológicos, emocionais, econômicos e sociais de modo a incrementar a capacidade individual de tomar decisões sobre sua saúde adequadas ao seu modo de vida.

A Unimed BH enfatiza essa linha de cuidado através de programas de atenção obstétrica, Planejamento Familiar, Atenção ao Climatério, Colo do Útero, Neoplasia de Mama, etc.

## **PROGRAMA SAÚDE MENTAL**

Segundo o Ministério da Saúde 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais do que 60% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2006h).

Dada a importância epidemiológica dos transtornos mentais, bem como a pouca atenção histórica que têm recebido por parte das políticas de saúde, justifica-se a incorporação da Saúde Mental como uma das Linhas de Cuidado priorizadas pela Unimed BH.

### **Programa para Portadores de Transtornos Mentais Graves**

Tem como objetivo evitar internações repetidas e abandono de tratamento, melhoria da qualidade de vida e das relações familiares, apoio à inserção no mercado de trabalho. Ações do programa:

- Mapeamento dos pacientes graves e que necessitam de Programas específicos para manutenção do tratamento;
- Dispor de sistema de informações com a população inscrita nos programas para o monitoramento e avaliação dos programas desenvolvidos;
- Equipe multidisciplinar
- Grupos de apoio e educação em saúde para familiares;
- Busca ativa de pacientes que abandonam as consultas e/ou a medicação;
- Realização de grupos de apoio, estímulo e direcionamento de pacientes para inserção no mercado de trabalho.
- Grupos de terapia Ocupacional e/ou Arteterapia;
- Programas culturais e de lazer assistidas;
- Equipe qualificada nas emergências psiquiátricas para redução de visitas em emergência e aumento da adesão ao tratamento continuado em serviços ambulatoriais e de atenção diária.

Além destes programas a Unimed elaborou também o Programas de Prevenção ao uso de Álcool, Programa Antitabagismo e outras drogas.

### **Palestras de Educação para a Saúde**

O Centro de Promoção da Saúde promove uma série de palestras voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida dos clientes.

Além das palestras foi elaborada uma coleção de cartilhas para a promoção da saúde. O material, que se destaca pela linguagem simples e os elementos lúdicos, é distribuído aos clientes que participam de programas para cessação do tabagismo, reeducação alimentar, controle do diabetes e da asma. A mesma coleção foi também finalista regional do Prêmio Aberje 2007.

As cartilhas trabalham de maneira interessante a mensagem destinada aos clientes. São ressaltados os benefícios da prática de atividades físicas, usando o lado lúdico e também promovendo a prevenção das possíveis doenças; o que beneficia não só

o plano de saúde com a redução de gastos, mas principalmente a promoção da saúde do paciente.

Exemplos de cartilhas:

### Atividade física



### *Vantagens de praticar atividade física*

- aumento da ação da insulina;
- aumento da captação da glicose pelo músculo;
- diminuição da glicose sanguínea;
- melhora das funções cardiorrespiratórias;

Por que parar?

*O que você ganha quando larga o cigarro?*



- Aumenta a sua qualidade de vida.
- Aumenta o número de anos de vida que você tem pela frente.
- Melhora seu preparo físico.
- Melhora o gosto dos alimentos e o prazer do paladar e do olfato.
- Melhora sua auto-estima.
- Melhora a qualidade do ar que respiramos.
- Elimina progressivamente a tosse e o pigarro.
- Melhora o seu hálito e o cheiro corporal: você fica mais atraente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos convida as operadoras de saúde à reflexão sobre o modelo de atenção praticado na saúde suplementar e subsidia a elaboração de propostas de mudança de um modelo assistencial pautado quase que exclusivamente em ações curativas e na demanda espontânea para um modelo de atenção pautado na qualidade e na integralidade das ações, bem como na demanda organizada e hierarquizada.

Para promover mudanças na direção desse novo modelo de atenção, a ANS já vem lançando mão de outras ferramentas indutoras, entre as quais, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças. Nesse sentido, cabe às operadoras serem gestoras do cuidado em todas as fases e em todos os níveis de atenção, além de assumirem a responsabilidade sanitária pelo conjunto de seus beneficiários; aos prestadores cabe a articulação dos diferentes saberes na perspectiva de um cuidado integral das necessidades do beneficiário e incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; e aos beneficiários cabe a recuperação da sua autonomia individual, bem como se tornarem cidadãos com consciência sanitária.

A Unimed BH entende promoção e prevenção para além do conceito tradicional de atuar antes da instalação da doença no momento pré-mórbido, sendo consideradas práticas preventivas relativas não só ao desenvolvimento de novas patologias, como também das complicações e reagudizações em todas as fases do cuidado. Exemplo disso é a prevenção do Pé Diabético, Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Infarto Agudo do Miocárdio em pacientes com patologias já instaladas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

No que tange à prática de atividade física, a Unimed trabalha de forma lúdica em suas campanhas, cartilhas e propagandas, mostrando a seus clientes os diversos benefícios obtidos através da prática esportiva. Os programas de orientação adotam uma linguagem clara e objetiva a fim de que incorporem as atividades físicas ao seu cotidiano como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias.

Para as crianças a Unimed BH estimula a prática de atividades físicas na escola e fora do horário escolar, assim como desestimular o hábito freqüente de assistir TV, videogame e uso de computadores como forma de lazer. As crianças e adolescentes com sobrepeso são estimuladas a se integrar aos grupos de prática de atividade física a fim de fortalecer vínculos sociais e afetivos.

O estímulo aos clientes para a participação dos Programas de Saúde da Unimed é de extrema importância pois, enfatizam a composição da saúde de forma integral, o que trará não só melhorias à saúde dos beneficiários, mas, também, ganhos de eficiência para o setor de saúde suplementar. Em questão de saúde a prevenção é sempre mais bem vista do que a remediação; que se torna mais cara e mais sofrida.

Considerando-se a grande preocupação das organizações atuais frente a um mercado crescentemente concorrencial e as características das organizações do setor da saúde, o conhecimento acerca da promoção da saúde e prevenção de doenças torna-se o grande investimento na busca de qualidade de vida para os clientes e conseqüentemente menor utilização de serviços de alto custo nos planos de saúde como: cirurgias, grandes intervenções e até mesmo tratamentos quimioterápicos, grandes causadores de impactos financeiros devido preços altíssimos para sua utilização.

Este conhecimento pode sugerir pontos sobre os quais agem os profissionais responsáveis pela saúde privada e pública no Brasil. É interessante a colaboração para uma atuação mais efetiva no mercado, extensão de informações coletadas e uso de indicadores para incrementação e inclusão do setor público no planejamento destas importantes estratégias de promoção da saúde.

Outras ações como incorporações de novas tecnologias e uma possível integração SUS + Saúde Suplementar se complementando, atuando de forma integrada, visando melhorar a qualidade da assistência agrega de forma positiva as ofertas de serviços em saúde para o público mais interessado: a população brasileira.

O caso de sucesso Unimed BH serve como exemplo para as demais operadoras de saúde que se encontram em uma situação delicada frente às demandas crescentes, impossibilidades legais de criar produtos segmentados, o que poderia ampliar o tamanho do mercado.

Embora a adoção de programas de prevenção seja uma das saídas, há o risco do investimento não gerar retorno, pela mobilidade do beneficiário. Daí a importância do rastreamento de necessidades e acompanhamento junto ao cliente.

No atual mercado, é necessário que as seguradoras pratiquem o direcionamento de seus segurados, encaminhando os pacientes para aqueles prestadores que conseguirem custos mais adequados. Os prestadores também precisarão aumentar sua eficiência operacional, gerenciar seus custos, para preservar seus resultados ou minimizar suas perdas. As ineficiências dos prestadores são transferidas para quem paga a conta.

O uso da gestão de Risco torna-se importante estratégia de controle e mensuração de possíveis impactos decorrente de doenças e possibilita a criação de ferramentas para enfrentar possíveis aumentos de risco do negócio e também aumentar a eficiência na utilização dos recursos.



## REFERÊNCIAS

BRANCHT, N., Finnegan, JR, RISSEL, C, Weisbrod, R.; GLEASON J., Corbett, J. *ET al.* (1994) Comunidade propriedade e continuação na seqüência de um programa de saúde projeto de demonstração. *Health Education Research*, 9, 243-255.

KOTLER, Philip. *Administração de Marketing. Análise, Planejamento, Implementação e Controle*. 5ª Edição, São Paulo, Atlas, 1998,725p.

ANDRADE, M., LISBOA, M. A. (2001) "Economia da saúde no Brasil". In: Lisboa e Menezes-Filho (orgs.), *Microeconomia e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p. 285-332.

SILVA L. S.; QUELHAS O. L. G. *Sustentabilidade empresarial e o impacto no custo de capital próprio das empresas de capital aberto*. *Gestão & Produção*, São Carlos, v. 13, n. 3,set./dez. 2006

BAUMOL, W. (1993) "Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice". *Public Choice*, v. 77, p. 17-28.

COSTA N., CASTRO, A. (2004) "O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil". In: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Montone e Castro (orgs.), *Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003*, t.I. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 49-64.

MEDICI, A. (1992) "Os serviços de assistência médica das empresas: evolução e tendências recentes". Texto para discussão n. 7. São Paulo: IESP

DUARTE, C. (2001) "A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed". In: Negri e Giovanil (orgs.), *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp-IE, p. 363-394.

## SITES

Ministério da Saúde ( [www.portal.saude.org.br](http://www.portal.saude.org.br))

Associação Brasileira de Promoção da Saúde ([www.abps.org.br](http://www.abps.org.br))  
World Health Organization ([www.who.int](http://www.who.int))

[Portal Unimed BH \( www.unimedbh.com.br \)](http://www.unimedbh.com.br)

[Colaborador entrevistado Unimed BH : André Rodrigues Silva – Analista de Regulação e Processos.](#)