

GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE: UMA APLICAÇÃO PRÁTICA COM RESULTADOS CONSOLIDADOS

Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro
Operadora de Saúde – Autogestão

Tânia Kadima Magalhães Ferreira ; Maria Amélia Matos Nicolau Lima; Wagner da Silva conceição; Daniela Veras Alves Souza; Adriane Oliveira Sales.

Resumo

O artigo pretende demonstrar a importância da Gestão Estratégica adotada desde 2006, na geração da melhoria da qualidade de vida dos associados da Operadora de Saúde, e na redução do custo (sustentabilidade) a partir da verticalização dos serviços ambulatoriais, tendo por base o perfil epidemiológico traçado pelo *Check-up*. A opção estratégica escolhida foi o serviço assistencial, diferenciado e integrado, resultando em sucesso demonstrado pela adesão dos associados aos Programas e pelos resultados obtidos (menor número de internações e diminuição da sinistralidade). O foco na prevenção à saúde e na prevenção de doença possibilitou o alcance dos objetivos da Empresa.

Palavras Chaves: gestão estratégica, verticalização dos serviços, *Check-up*.

Introdução

- ✓ A saúde é questão que desafia a sociedade, interessando o governo, as organizações sociais, instituições privadas, entidades de classe e população;
- ✓ Controle das doenças crônico degenerativas é uma preocupação mundial;
- ✓ Envelhecimento da população, estratégias em saúde passaram a ser o foco dos sistemas de saúde públicos e privados (sustentabilidade). Para Costa (2007, p. 39) é fundamental a seleção de uma das três opções estratégicas (fornecimento de produtos e serviços de ponta; busca da excelência operacional; ou estreitamento de seu relacionamento e de sua intimidade com os seus clientes (trilema estratégico)).

Introdução

- ✓ Gestão estratégica da Operadora de Saúde (autogestão de pequeno porte) voltada à visão de longo prazo (05 anos), iniciou-se com elaboração do Planejamento Estratégico e da verticalização gradual dos serviços (fornecimento de serviços de ponta: *check-up* e demais programas) para suprir deficiências assistenciais;
- ✓ Mudança no estilo de vida dos associados (promoção à saúde e prevenção de doenças) foi a transformação de impacto na Organização para garantir a sustentabilidade (sobrevivência das pessoas e instituições).
- ✓ Objetivo do trabalho: avaliar a eficiência/eficácia (qualidade de vida e redução de custos) da gestão estratégica implantada em 2006, com a execução de programas de saúde.

Sistema Privado de Saúde - Evolução histórica

1930:

- ✓ Surge o sistema privado de saúde com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões e a oferta, por determinadas caixas, de serviços médicos aos assistidos.

1940/1950:

- ✓ Implantação de ambulatórios médicos, algumas com extensão aos familiares, pelas empresas do setor privado, pois tinham uma preocupação com a assistência à saúde de seus funcionários (CURY, 2010).

1960:

- ✓ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) implantou o convênio-empresa, as indústrias que possuíam o convênio eram atendidas por empresas prestadoras de serviços médicos;
- ✓ Surge as medicinas de grupo, o sistema de cooperativas médicas e o crescimento da assistência médico hospitalar nas estatais (Unidas, 2005).

1976:

- ✓ Normatização do seguro saúde pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), responsável pela regulação do setor.

Sistema Privado de Saúde - Evolução histórica

1980:

- ✓ o sistema privado contava com cerca de 18 milhões de usuários.

1990:

- ✓ Comercialização dos planos individuais e familiares.

1998:

- ✓ A lei 9.656 é aprovada, e dispõe sobre os planos seguros privados de assistência à saúde.
- ✓ Criado o Departamento de Saúde Suplementar na estrutura do Ministério da Saúde;
- ✓ Estabelecidos, pela lei, padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos, regras de ressarcimento ao SUS, dentre outras medidas.

2000:

- ✓ Criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), pela lei 9.661/2000, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e órgão regulador e fiscalizador das atividades garantidoras da assistência suplementar à saúde e das condições financeiras das empresas.

Sistema de Suplementar de Saúde

Atualmente:

O Sistema Suplementar de Saúde é responsável pela cobertura de assistência médico hospitalar de milhões de usuários distribuídos entre planos coletivos (78,9%) e individuais (20,0%).

Modalidades de operadoras (ANS)

- ✓ Medicinas de Grupo (focada em rigoroso controle dos custos e em rede própria de assistência);
- ✓ Cooperativas Médicas (formada pela união de médicos, que além de responsáveis pela operadora de saúde, atuam como prestadores de saúde);
- ✓ Autogestões (oferecem planos próprios de saúde com administração direta ou por meio de administradora especializada);
- ✓ Seguradoras especializadas em saúde (caracterizada pelo sistema de livre escolha e a oferta de uma rede referenciada).

Autogestão

- ✓ Caracterizada por ser plano próprio de saúde voltado para os empregados de empresas, e às vezes também para seus familiares, utilizando rede credenciada para assistir os beneficiários;
- ✓ Pode ser patrocinada, quando a empresa assume as despesas total ou parcialmente;
- ✓ Pode não ser patrocinadas (associações), quando comercializam planos coletivos por adesão entre os sócios e se responsabilizam por suas obrigações junto à ANS, conforme as demais operadoras, incluindo a necessidade de manter reserva técnica;
- ✓ O segmento de autogestão é representado pela Unidas (fusão entre Comitê de Integração de Entidades Fechadas em Assistência à Saúde (Ciefas) e Associação Brasileira de Seguridade Social dos Servidores Públicos Estadual, Civil e Militar (Abraspe)).

Tendências

- ✓ Na Saúde Suplementar, a saúde tem sido caracterizada por um modelo tecnoassistencial de fragmentação do cuidado e pela ênfase na produção de procedimentos;
- ✓ A instituição hospitalar, nesse sentido, foi eleita como espaço privilegiado de intervenção sobre o corpo doente, o que foi elevando os custos financeiros para as operadoras de planos de saúde (FRANCO, 2011, pg. 20);
- ✓ O sistema suplementar de saúde, nesse sentido, vive uma tensão crescente entre: operadoras de saúde, prestadores de serviços e usuários,
- ✓ Os envolvidos não perceberem que a sustentabilidade de todos depende do entendimento mútuo e da razoabilidade na utilização dos recursos.

Problemas geradores de tensão (Cury -2010)

- ✓ Falta de transparência no relacionamento entre os envolvidos;
- ✓ Utilização inadequada por falta de orientação; desconhecimento; incorporação novas tecnologias, às vezes de forma não responsável, ausência de autocuidado; demanda não gerenciada; baixa remuneração do prestador e consequente indução de demanda aos serviços de saúde, entre outros.

“As demandas são crescentes, as ofertas não as acompanham, os custos aumentam e a qualidade cai, não havendo outra solução que não a gestão estratégica, proativa, inteligente e inovadora”. (Velooso - 2013)

Gestão estratégica e cadeia de valor: definição e importância

- ✓ As Organizações de sucesso selecionam estrategicamente uma das três opções estratégicas (trilema estratégico) :
 1. fornecimento de produtos e serviços de ponta;
 2. Busca da excelência operacional;
 3. Estreitamento de seu relacionamento e de sua intimidade com os seus clientes.

“O trilema estratégico deve ser colocado, analisado e resolvido de acordo com o propósito da instituição. Feita a escolha, a opção selecionada vai condicionar as suas estratégias futuras, seus programas de capacitação e seus investimentos prioritários”. (Costa,2007)

- ✓ Selecionar a ideia central do cuidado, isto é, foco na atenção à saúde integral dos associados da Operadora, através dos programas de saúde, verticalização do serviço ambulatorial e reestruturação dos processos foram fundamentais e possíveis por meio do planejamento do negócio baseado nas necessidades dos associados detectadas pelo *check-up*.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Promoção à saúde e prevenção de doenças visam mudanças dos estilos de vida:

- ✓ Promoção à saúde - foco na melhoria da qualidade de vida a partir de monitoramento dos fatores de risco;
- ✓ Prevenção de doença - foco na atuação sobre determinados fatores de risco para evitar o surgimento de agravos específicos.

Metodologia

Operadora de Saúde no Estado do Rio de Janeiro - Autogestão não patrocinada (5.000 vidas)

- ✓ Planejamento Estratégico (2006) focou no fornecimento de serviços de ponta com implantação de *check-up* (idade \geq 40 anos), visando traçar o perfil epidemiológico e avaliar as necessidades dos associados;
- ✓ E implementou demais programas de saúde com equipe multidisciplinar (médicos clínicos, cardiologistas, endocrinologistas, ortopedista, neurocirurgião, nutricionistas, enfermagem, assistente social, fisioterapeutas e professores de educação física), após seleção de profissionais capacitados;

Metodologia

- ✓ Elaborado plano estratégico de capacitação e definido como prioritário para o sucesso das estratégias;
- ✓ Além de, alinhamento estratégico, definição dos processos e liderança competente.

O estudo avaliou 1.818 prontuários dos participantes, que passaram por avaliação clínica, laboratorial (bioquímica), e de imagem (teste de esforço, ultrassonografia abdominal, transvaginal, próstata e tireoide), tudo no serviço próprio da Empresa.

Metodologia

Programas:

- ✓ **Vacinação:**
 - vacina contra influenza e hepatite B (≥ 18 anos), pneumonia (≥ 50 anos ou portadores de fatores de risco) e HPV (≥ 14 anos).
- ✓ **Saúde da Mulher e Saúde do Homem**
 - Campanhas anuais
- ✓ **Check-up e Nutrição**
 - Atendimento diário
- ✓ **Doenças Cardiovasculares , Neurocirurgia e Câncer de Pele**
 - 01 vez por semana
- ✓ **Crianças e Adolescentes (09 a 17 anos)**
 - 02 vezes por mês

A avaliação dos resultados (indicadores) foi realizada mensalmente, com correção imediata dos desvios percebidos. Sistema de gestão da empresa foi usado para pesquisa dos resultados.

Resultados

O resultado mostrou que a gestão estratégica por meio da atenção à saúde de forma integrada e segmentada conforme faixa etária e necessidades da população alvo foi solução acertada para a superação das dificuldades encontradas (aumento dos custos). Atenção individualizada e precoce proporcionou melhor qualidade de vida aos participantes e redução dos custos, conforme tabelas e gráficos abaixo.

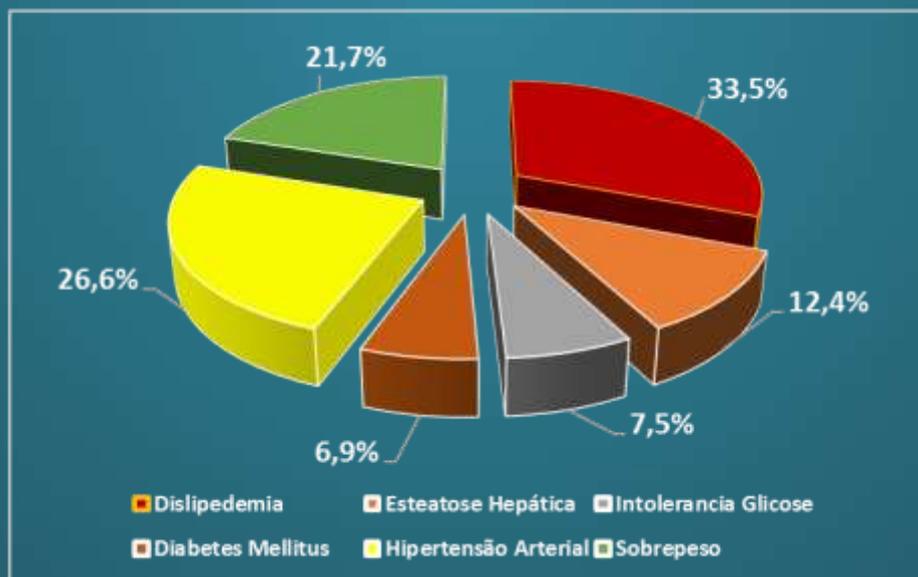
Programa *Check-up* (2006 / 2013)

População Alvo (associados com idade \geq 40 anos)	2491
População atingida	1084
Cobertura alcançada	43,51%
Total de Check-Ups realizados	4.969
Total de Associados que realizaram <i>check-up</i> (idade mínima de 18 anos e máxima de 86 anos)	1.818

Perfil Epidemiológico – Check-up de 2006 /2013 (n= 4.969 exames)

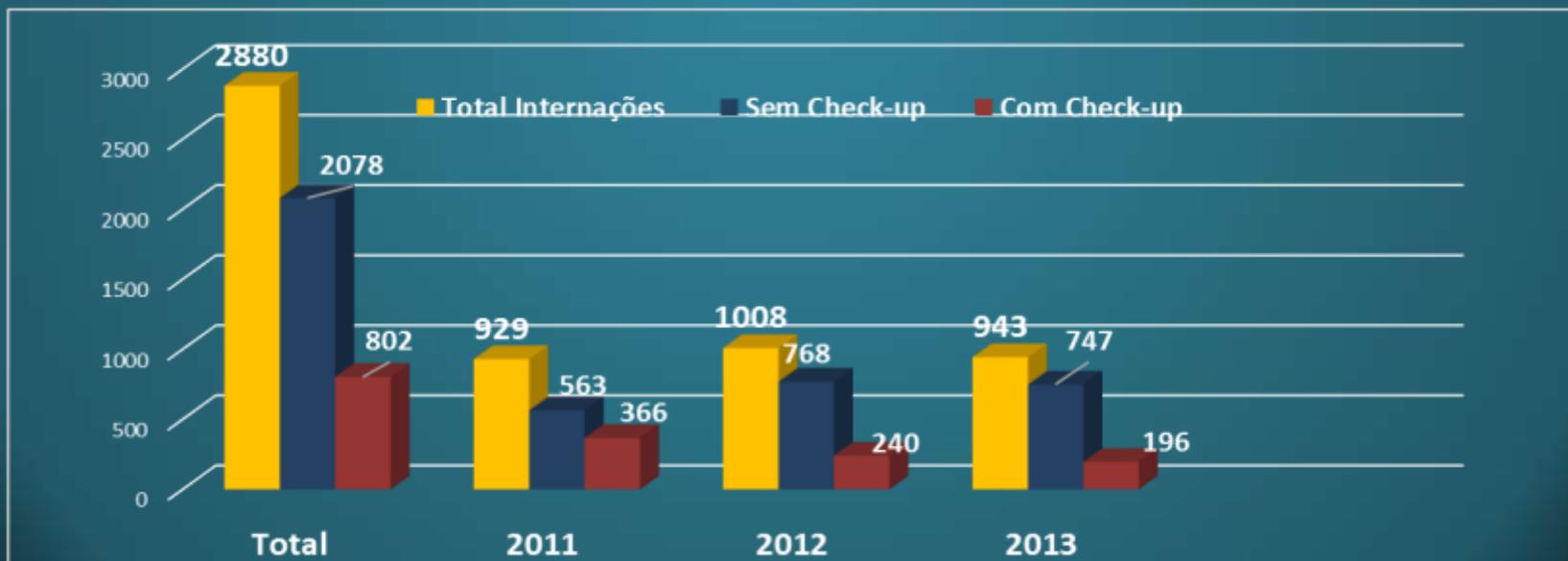
Dislipidemia	Esteatose Hepática	Intolerância à Glicose	Diabetes Mellitus	Hipertensão Arterial	Sobrepeso
35,5%	12,4%	7,5%	6,9%	26,6%	21,7%

Perfil Epidemiológico dos associados do Check-up



Comparativo das internações com e sem *Check-ups*

	Total	2011	2012	2013	%
Total Internações	2880	929	1008	943	100%
Sem Check-up	2078	563	768	747	72,15%
Com Check-up	802	366	240	196	27,84%

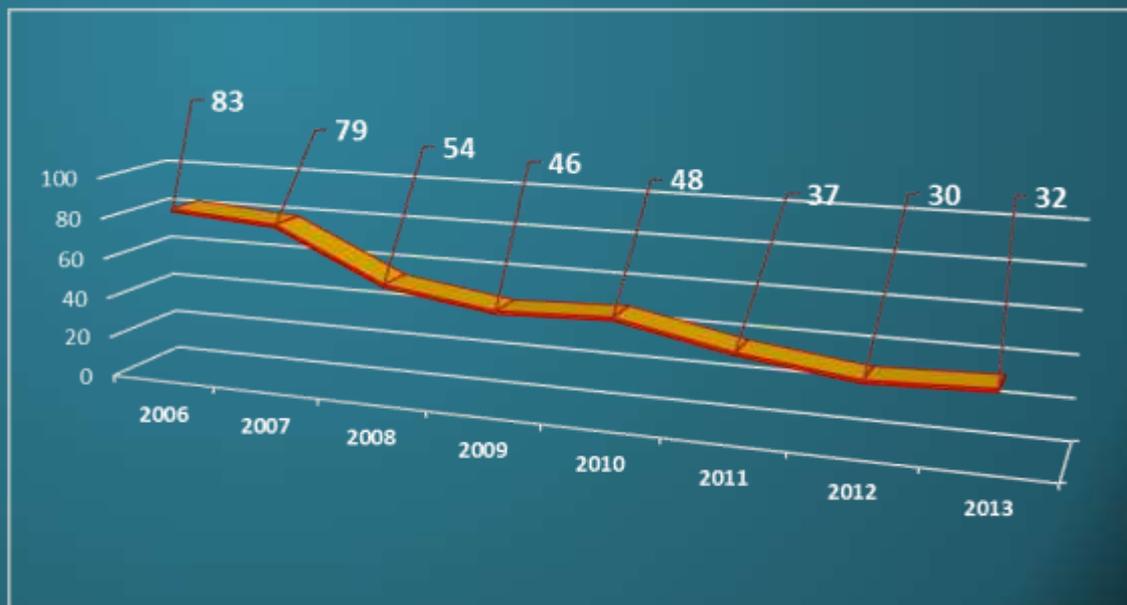


Programa de Doenças Cardiovasculares (DCV)

No período, as internações foram reduzidas de 83 (2006) para 32 (2013). Em 2013, 88 associados portadores de hipertensão arterial foram monitorados e destes 84 associados encontram-se controlados (95%).

Evolução do número de internações por Doenças Cardiovasculares (DVC).

	Internações por DCV
2006	83
2007	79
2008	54
2009	46
2010	48
2011	37
2012	30
2013	32



Programa de Nutrição

O programa, reestruturado em agosto de 2013, apresentou resultado positivo com perda média de peso igual a 2,11kg em 04 meses.

Resultado do Programa.

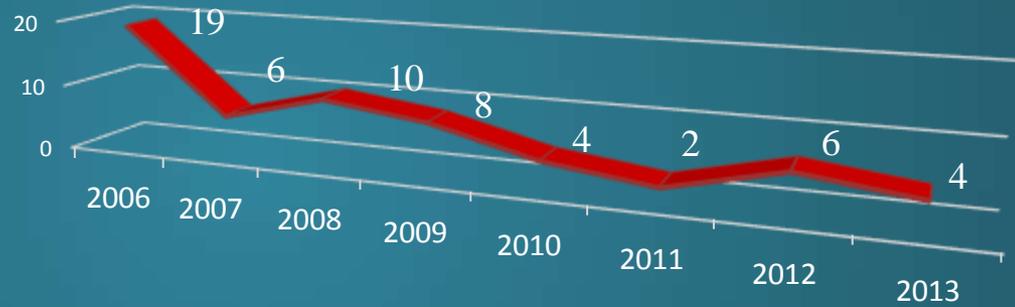
Total de associados avaliados (rastreados)	333
Média de IMC encontrada	26,82
Média de percentual de gordura corporal encontrada	30,90%
Total de associados encaminhados ao Programa	243
Total de associados que iniciaram o acompanhamento	198
Total de associados que permaneceram acompanhados	89
Total de perda média de peso dos aderidos	2,11 kg

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

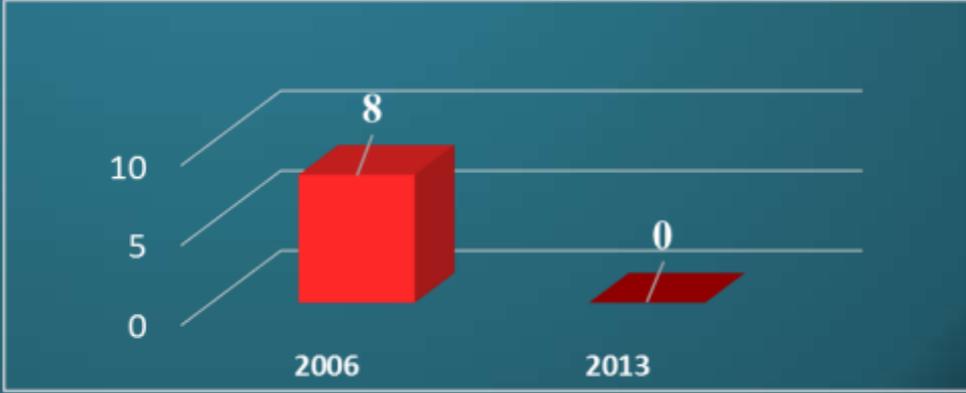
Vacinação

A cobertura vacinal da Pneumococo 23 alcançou até 2013, cobertura de 48,70% (882 associados) da população alvo (1.811). A redução das internações foi substancial (19 (2006) X 04 (2013), assim como dos óbitos, 08 (2006) X 0 (2013).

	Internações por Pneumonia
2006	19
2007	6
2008	10
2009	8
2010	4
2011	2
2012	6
2013	4



	Óbitos por Pneumonia
2006	8
2013	0



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Saúde da Mulher

O resultado do programa evoluiu pouco, isto é, em 2008, o aumento de mamografias realizadas ficou em 6,84% contra 2,24% em 2013, quando comparado com 2007.

Percentual de associadas que realizaram mamografia (2008 a 2013).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total de Associados com idade ≥ 50 anos	865	894	918	958	991	1021	1056
Associadas com idade ≥ 50 anos que realizaram mamografia	323 (37,34%)	395 (44,18%)	404 (44%)	396 (41,33%)	431 (43,49%)	388 (38%)	418 (39,58%)



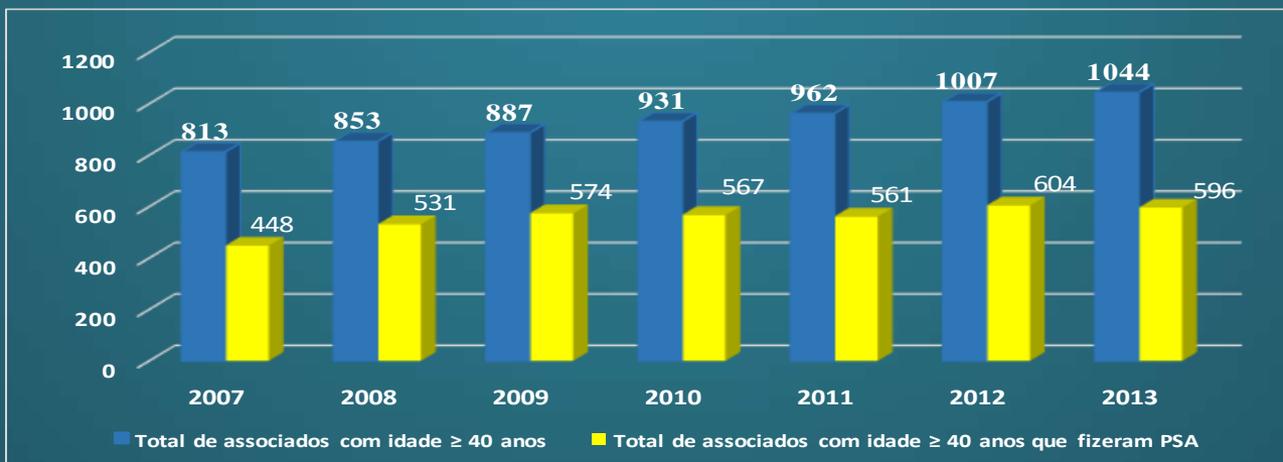
Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Saúde do Homem

O resultado do programa evoluiu pouco, isto é, em 2008, o aumento de exames de PSA realizados ficou em 7,15% contra 1,98% em 2013, quando comparado com 2007.

Percentual de associados que realizaram PSA (2008/2013)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total de associados com idade ≥ 40 anos	813	853	887	931	962	1007	1044
Total de associados com idade ≥ 40 anos que fizeram PSA	448 (55,10%)	531 (62,25%)	574 (64,71%)	567 (60,90%)	561 (60,25%)	604 (59,98%)	596 (57,08%)



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Programa da Criança e do Adolescente – prevenção da síndrome metabólica

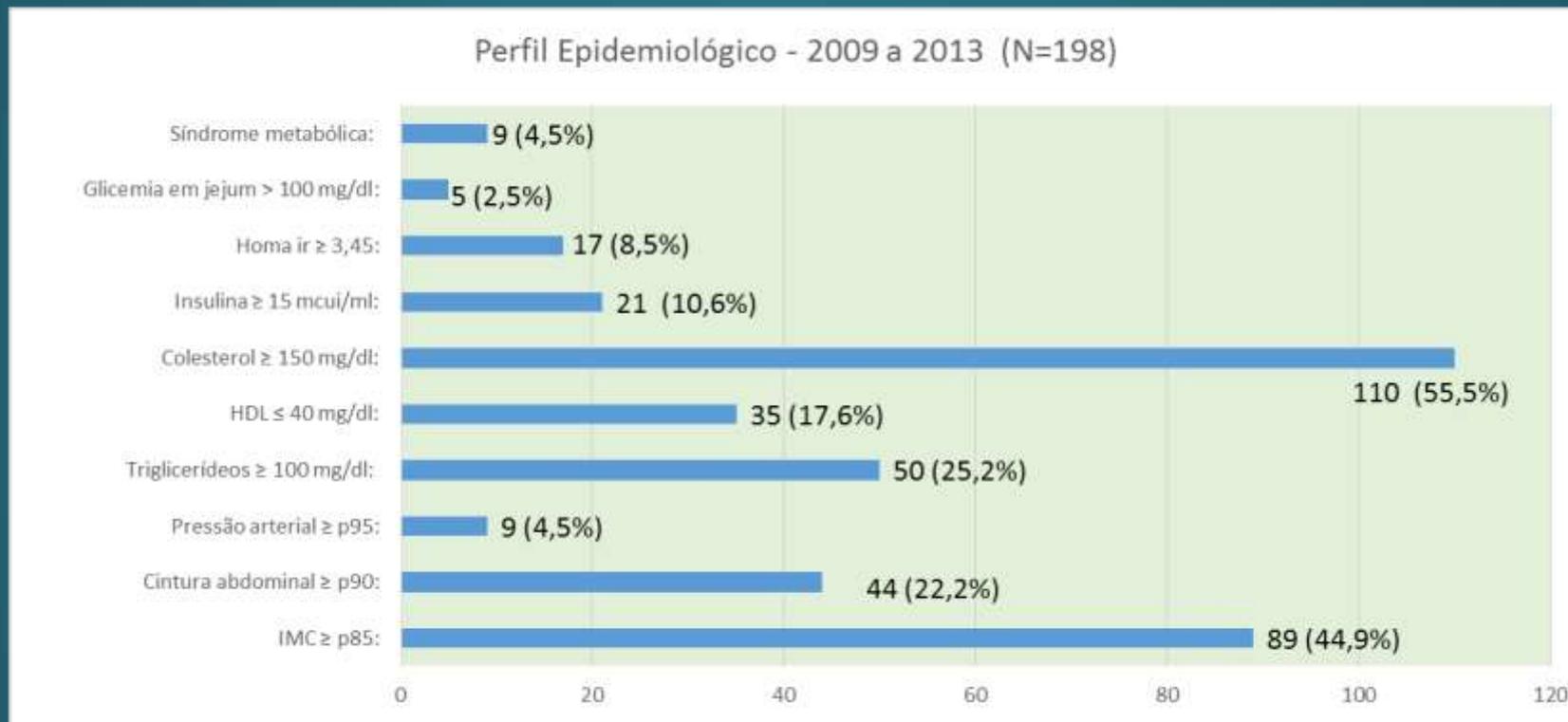
Programa preventivo, com cobertura de 37,21%, e que possibilitou diagnóstico de excesso de peso e dislipidemia em percentuais significativos, entre outros.

População alvo = 532 associados (09 a 17 anos), atendidos 198, cobertura 37,21%

Perfil epidemiológico (2009 a 2013)

	2009 (n = 31)	2010 (n = 51)	2011 (n = 60)	2012 (n=45)	2013 (n=11)	TOTAL (N=198)
IMC \geq p85:	19	17	19	26	8	89
Cintura abdominal \geq p90:	11	7	11	11	4	44
Pressão arterial \geq p95:	4	4	1	0	0	9
Triglicérides \geq 100 mg/dl:	10	14	17	6	3	50
HDL \leq 40 mg/dl:	8	6	10	8	3	35
Colesterol \geq 150 mg/dl:	13	24	38	26	9	110
Insulina \geq 15 mcui/ml:	3	2	9	6	1	21
Homa ir \geq 3,45:	2	2	7	5	1	17
Glicemia em jejum $>$ 100 mg/dl:	-	2	3	0	0	5
<i>Fonte: Sistema de Gestão da Mútua</i>						
Síndrome metabólica:	5	1	2	1	0	9

Programa da Criança e do Adolescente – prevenção da síndrome metabólica



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Programa Câncer de Pele

Das 179 lesões diagnosticadas, 48 foram malignas (26,81%). O programa propiciou tratamento precoce das lesões.

Percentual das lesões benignas e malignas diagnosticadas.

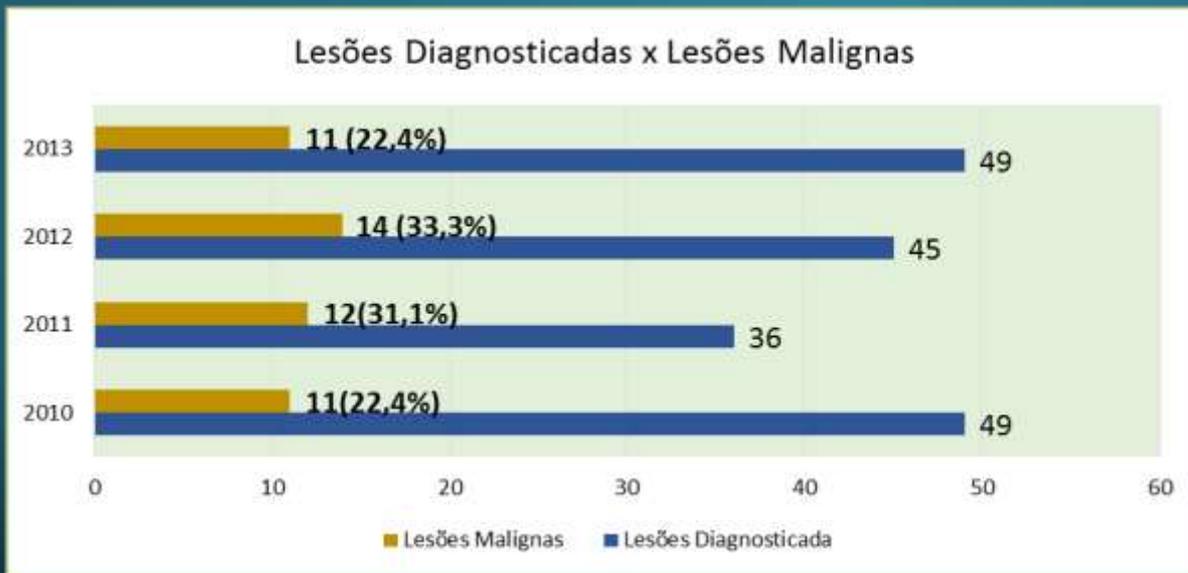
	2010		2011		2012		2013	
Total de Atendimentos	120		82		98		120	
	Benignas	Malignas	Benignas	Malignas	Benignas	Malignas	Benignas	Malignas
0-19 anos	5	0	0	0	2	0	5	0
20-40 anos	6	0	4	2	9	0	6	0
41-60 anos	15	6	9	5	7	4	15	6
61-80 anos	9	4	9	5	11	8	9	4
≥ 80 anos	3	1	2	0	2	2	3	1
Total de Associados c/ lesões detectadas	49 (40,83 %)		36 (43,90%)		45 (45,91 %)		49 (40,83 %)	

Total de lesões malignas diagnosticadas.

		2010	2011	2012	2013
Lesões Diagnosticadas (48 lesões = 26,81%)	Malignas - n=179	11	12	14	11

Total de atendimento = 420 associados

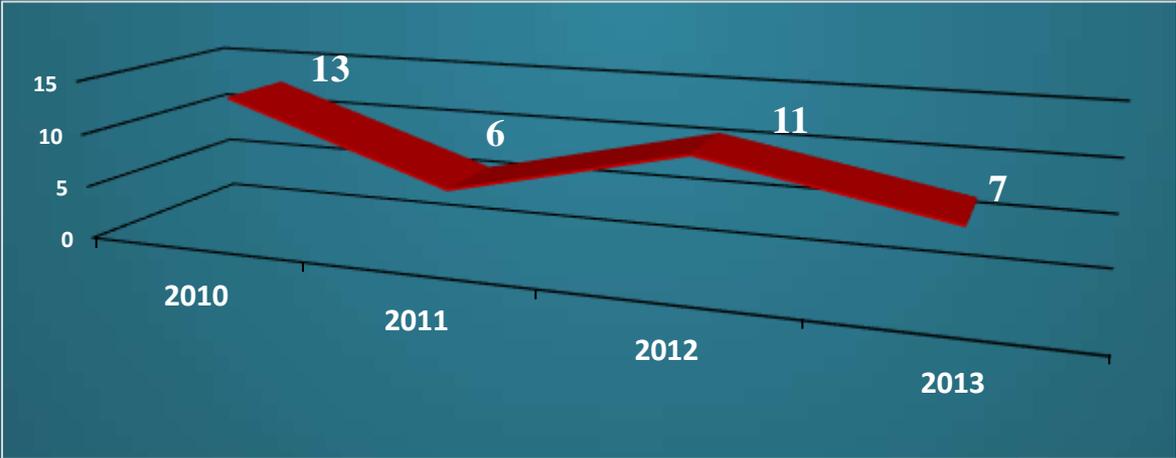
Lesões diagnosticadas = 179, sendo 48 malignas



Prevenção de Afecção da Coluna

No período de agosto de 2010 a dezembro de 2013, 343 associados foram atendidos. Em 2010, 13 cirurgias de coluna foram realizadas, e em 2013 apenas 7. O tratamento conservador (medicamento/fisioterapia) foi efetivo.

Gráfico 10 – Total de associados que realizaram cirurgia de coluna



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Evolução da Sinistralidade - Comparação com os dados da ANS

A sinistralidade (custos assistenciais), decaiu gradativamente desde a implantação dos Programas e, a partir de 2011, a Mútua apresentou percentual menor (média de 85%) do que o registrado pela ANS, no mesmo período, para as demais autogestões (média de (92,7%).

Sinistralidade da Autogestão ANS x Mútua e Associados que realizaram *Check-up*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Autogestão - ANS	83,10%	87,60%	91,60%	94,10%	89,10%	91,60%	93,90%	92,60%
MÚTUA	88,06%	92,00%	89,00%	96,00%	99,00%	81,00%	89,00%	82,70%
Mútua associados com <i>Check-up</i>	79,53%	68,17%	79,01%	80,40%	86,18%	81,84%	67,97%	59,84%

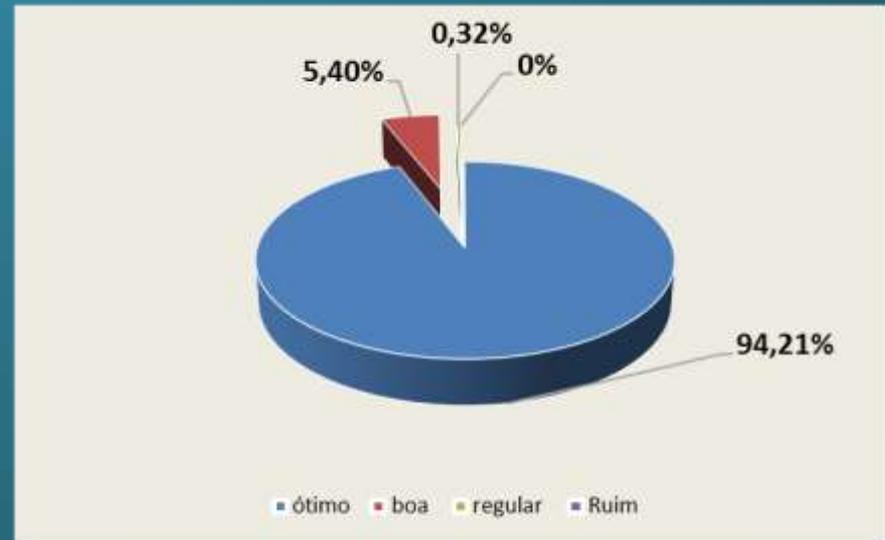


Fonte: Sistema de Gestão da Mútua, Caderno de Informação da Saúde Suplementar – ANS jun/2014

Avaliação de Satisfação

94% dos respondentes avaliaram o serviço como ótimo e, apenas, 6% como bom.

- Número de atendidos = 1084
- Número de avaliação = 332 , que correspondem a 30,63% do número de atendidos.
- Média das avaliações em percentual :
- Satisfação com o *Check-up* ?
 - ótimo = 94,21%
 - boa = 5,47%
 - Regular = 0,32%
 - Ruim = 0%



Avaliação de Satisfação

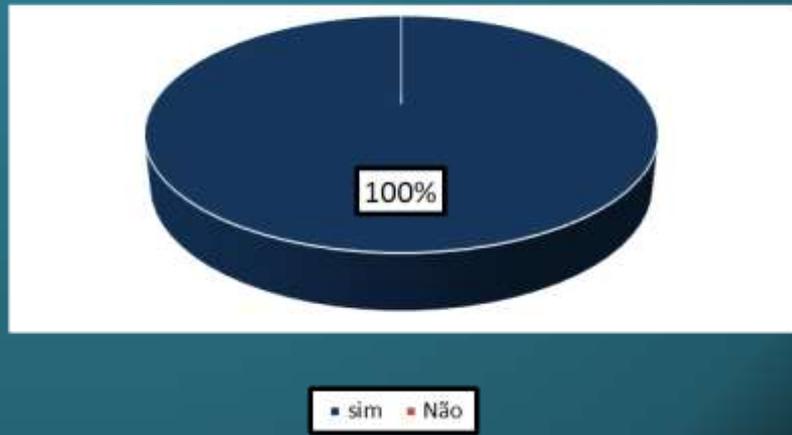
Importância das orientações ?

- Sim = 100%
- Não = 0%



Indicaria o programa para outro associado?

- Sim = 100%
- Não = 0%



Conclusão

Concluimos que:

- ✓ O maior fator de sucesso é a gestão estratégica competente e focada nas necessidades da população atendida, e não o porte da empresa, embora a literatura especializada aponte as pequenas Operadoras de Saúde como de grande risco;
- ✓ A atenção individualizada proporcionou melhoria na qualidade de vida aos participantes dos Programas de Saúde (menor número de internações e realização diagnóstico precoce, além de prevenção contra doenças infecciosas) e sustentabilidade econômica (redução dos custos (sinistralidade));

Conclusão

- ✓ Desde 2011, a sinistralidade da Mútua vem sendo menor do que as demais autogestões (81,00%, 89,00% e 82,70% X 91,60%, 93,90 e 92,60%, respectivamente), conforme ANS - Prisma (março/2014).
- ✓ Verticalizar o serviço ambulatorial em todos os níveis de atenção primária, secundária e terciária, e acompanhar continuamente os participantes de forma integrada, foi opção que gerou impacto a curto e longo prazo, com resultado consolidado a partir do 5º ano após implantação do *Check-up* e demais Programas.

Referenciais

BERRY, L.L.; SELTMAN, K.D. Management lessons from Mayo Clinical: inside one of the world's most admired service organizations. EUA, 200.

CURY, R. O Sistema Privado de Saúde no Brasil – Cenário Atual e Tendências. In: ZUCCHI, Paola; FERRAZ, Marcos Bosi. Economia e Gestão em Saúde: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP – EPM. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 53- 60.

DORNELAS, J.C.A. tradução de MARTINS, J. Plano de Negócios que dão certo: um guia para pequenas empresas, 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

FRANCO, T.B, et al. Biopolítica, Bioética E Promoção Da Saúde. In: Saúde Suplementar Biopolítica e Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2011. p. 20- 23.

OLIVEIRA, M.P.V.; SILVA, M.S. Cadeia de Valor dos Serviços de Saúde: A Necessidade Crescente de uma Gestão Transdisciplinar de Processos. In: DAMÁZIO, L.F.; GONÇALVES, C.A. (Org.). Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: Caminhos e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. tradução Cristina Bazan. Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

VELOSO, W. Prefácio. In: DAMÁZIO, L.F.; GONÇALVES, C.A. (Org.). Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: Caminhos e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Obrigada!

Tania Kadima Magalhães Ferreira

tania@mutuadosmagistrados.com.br