



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**VERTICALIZAÇÃO AMBULATORIAL: GESTÃO EM SAÚDE,  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SUSTENTABILIDADE DE  
OPERADORA DE SAÚDE**

**Tânia Kadima Magalhães Ferreira**

São Paulo

2016

**TÂNIA KADIMA MAGALHÃES FERREIRA**

**VERTICALIZAÇÃO AMBULATORIAL: GESTÃO EM SAÚDE,  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SUSTENTABILIDADE DE  
OPERADORA DE SAÚDE**

São Paulo

2016

**TÂNIA KADIMA MAGALHÃES FERREIRA**

**VERTICALIZAÇÃO AMBULATORIAL: GESTÃO EM SAÚDE,  
PREVENÇÃO DE DOENÇAS E SUSTENTABILIDADE DE  
OPERADORA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentada a Universidade de  
São Paulo para obtenção do  
título - MBA Gestão em Saúde  
Orientadora: Prof. Dr.<sup>a</sup> Léia Maria  
Erlidh Ruwer

São Paulo

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, a Deus, pelo Caminho Iluminado desde sempre.

À minha família, pela presença constante em todos os momentos.

À minha orientadora Prof. Dr.<sup>a</sup> Léia Maria Erlih Ruwer, profissional extremamente dedicada e comprometida em compartilhar as experiências e os valiosos conhecimentos.

Ao amigo Ministro Antonio Saldanha Palheiro, pelos valiosos ensinamentos e apoio desde que assumi na Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro.

À amiga Rosiléa Di Masi Palheiro, pelo apoio desde que assumi na Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro.

À Mútua dos Magistrados, pelo apoio e incentivo no percurso desses 10 anos.

Aos queridos amigos Maria Amélia M. N. Lima , Adriane O Sales, Sergio A. G. Anjo, Leandro S Ribeiro e Erick M. Borda, pela amizade e ajuda na confecção deste trabalho.

“Quem não sabe o que busca, não identifica o que acha”.

**Immanuel Kant**

## RESUMO

Ferreira, T. K. M. **Verticalização Ambulatorial: Gestão em Saúde, Prevenção de Doenças e Sustentabilidade de Operadora de Saúde**. 2016. 119 f. TCC (MBA Gestão em Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Organizações de saúde e gestão em saúde são questões relevantes para a sociedade, em razão de sua complexidade, e porque os recursos são escassos, além do aumento crescente da demanda e inflação médica. O trabalho é baseado em pesquisa, cujo tema, Verticalização Ambulatorial: Gestão em Saúde, Prevenção de Doenças e Sustentabilidade de Operadora de Saúde, encontra-se no eixo temático Paradigmas de Gestão e Gerência em Saúde. O estudo foi realizado na Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro, operadora de saúde, pequeno porte (5.298 associados) e autogestão, objetivando investigar se as ações de verticalização ambulatorial e prevenção de doenças (Programas de Saúde), adotadas pela Mútua desde 2006, foram efetivas, eficazes e eficientes em proporcionar qualidade de vida (dimensão saúde) a seus associados, medida pelo controle das doenças e comorbidades diagnósticas pelo *check-up* e redução das internações dos participantes dos Programas de Saúde, em comparação com os não participantes, e consequente redução de custos (controle da sinistralidade e manutenção da sustentabilidade). Aplicou-se método estudo de caso, pesquisa bibliográfica e documental (documentos internos do Sistema de Gestão da Empresa: Prontuário Eletrônico, Balancetes de Verificação, Balanços e Demonstrações Financeiras), período 2006/2015, e externos, publicados pela Agência Nacional de Saúde. Análise quantitativa, exploratória e descritiva dos dados foram realizadas, e tratamento estatístico (estatística descritiva; correlação de *Pearson*) efetuado pelo *Software Minitab*. Resultados mostraram que a verticalização ambulatorial pode ser aplicada pelas operadoras de saúde suplementar, independentemente do porte, suprimindo lacuna no conhecimento científico sobre a estratégia de verticalização ambulatorial, assim como o resultado não vai ao encontro da literatura, que sustenta que o porte da operadora de saúde influencia no sucesso da integração vertical.

**Palavras chave:** Integração Vertical. Gestão Estratégica. Operadora de Saúde Suplementar

## **ABSTRACT**

Ferreira, T. K. M. **Verticalization Outpatient treatment: Health Management, Prevention of Diseases and Sustainability of Health Operator.** 2016. 119 f. TCC (MBA Gestão em Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Health and health management organizations are relevant issues for society, because of its complexity and because the resources (health financing) are scarce, in addition to increasing demand and medical inflation. The study is based on research on the theme, Verticalization Outpatient treatment: Health Management, Prevention of Diseases and Sustainability of Health Operator, is within the main theme Paradigms Management and Health Management The study was conducted at the Mutual of Magistrates of the State of Rio de Janeiro, health operator. small (5,298 members), self-management mode, in order to investigate whether the actions of outpatient verticalization and disease prevention (health programs), adopted by the Mutual from 2006 were effective, and efficient, in order to provide quality of life health to their members, as measured by disease control and diagnostic comorbidity for check-up and reduction of hospitalizations of participants health Programs, compared with non-participants, and consequently reducing costs (control of accidents and maintenance of sustainability) . It used the case study method, and bibliographical and documentary research, ie internal documents relating to the Company Management System (Electronic medical records, Verification Trial Balance, Balance Sheets and Financial Statements) in the period 2006-2015, and external, published in the National Health Agency website. quantitative analysis, exploratory and descriptive of the collected data was performed, and statistical analysis (descriptive statistics and Pearson correlation) made by Minitab software. The results showed that outpatient verticalization can be applied by health insurance carriers, regardless of size, supplying gap in scientific knowledge about the outpatient verticalization strategy and also contradicting data from the literature that the size of the health operator influence the success of vertical integration.

**Keywords: Vertical Integration. Strategic management. Supplemental Health Operator**

## TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Programas de Prevenção: adesão (2006 - 2015).....	51
<b>Tabela 2</b>	Adesão por faixa etária e gênero a partir de 2008.....	52
<b>Tabela 3</b>	Perfil Epidemiológico.....	55
<b>Tabela 4</b>	Comparativo das internações (não participantes X participantes).do <i>Check-up</i> .....	75
<b>Tabela 5</b>	Comparativo das internações por doença cardiovascular (participantes X não participantes).....	76
<b>Tabela 6</b>	Comparativo do quantitativo de procedimentos ortopédicos (participantes X não participantes).....	77
<b>Tabela 7</b>	Comparativo dos custos com OPME (participantes X não participantes).....	79
<b>Tabela 8</b>	Redução das internações por pneumonia.....	80
<b>Tabela 9</b>	Resultado econômico-financeiro - análise horizontal.....	94
<b>Tabela 10</b>	Lucro operacional ajustado e EBIT positivos (2011/2015).....	96
<b>Tabela 11</b>	Indicadores de rentabilidade (ROA E ROE) e EBITDA.....	98
<b>Tabela 12</b>	Sinistralidade geral dos participantes do <i>check-up</i> e das demais operadoras de autogestão.....	101
<b>Tabela 13</b>	Sinistralidade dos participantes dos Programas de DCV e Endocrinologia.....	101
<b>Tabela 14</b>	Variação percentual - reserva técnica.....	103

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Estratificação por gênero – Programa de Prevenção.....	53
<b>Gráfico 2</b>	Estratificação por faixa etária – Programa de Prevenção.....	54
<b>Gráfico 3</b>	Média percentual do perfil epidemiológico.....	56
<b>Gráfico 4</b>	Evolução da dislipidemia.....	57
<b>Gráfico 5</b>	Evolução da hipertensão arterial.....	57
<b>Gráfico 6</b>	Evolução do excesso de peso.....	58
<b>Gráfico 7</b>	Evolução da diabete.....	59
<b>Gráfico 8</b>	Evolução da esteatose hepática.....	60
<b>Gráfico 9</b>	Estratificação por gênero - Programa <i>Check-up</i> .....	61
<b>Gráfico 10</b>	Estratificação por faixa etária – Programa <i>Check-up</i> .....	62
<b>Gráfico 11</b>	Evolução das adesões – Programa <i>Check-up</i> .....	63
<b>Gráfico 12</b>	Estratificação por gênero - Programa Nutrição.....	63
<b>Gráfico 13</b>	Estratificação por faixa etária - Programa Nutrição.....	64
<b>Gráfico 14</b>	Evolução das adesões – Programa Nutrição.....	65
<b>Gráfico 15</b>	Estratificação por gênero – Programa Cardiovascular.....	65
<b>Gráfico 16</b>	Estratificação por faixa etária – Programa Cardiovascular.....	66
<b>Gráfico 17</b>	Evolução das adesões – Programa Cardiovascular.....	67
<b>Gráfico 18</b>	Estratificação por gênero – Programa Endocrinologia.....	68
<b>Gráfico 19</b>	Estratificação por faixa etária – Programa Endocrinologia.....	68
<b>Gráfico 20</b>	Evolução das adesões – Programa Endocrinologia.....	69
<b>Gráfico 21</b>	Estratificação por gênero – Programa Ortopedia.....	70
<b>Gráfico 22</b>	Estratificação por faixa etária – Programa Ortopedia.....	70
<b>Gráfico 23</b>	Evolução das adesões – Programa Ortopedia.....	71
<b>Gráfico 24</b>	Estratificação por gênero – Programa Afecções da Coluna.....	71
<b>Gráfico 25</b>	Estratificação por faixa etária – Programa Afecções da Coluna.....	72
<b>Gráfico 26</b>	Evolução das Adesões – Programa Afecções da coluna.....	73
<b>Gráfico 27</b>	Média percentual das internações (não participantes X participantes do <i>Check-up</i> ).....	75
<b>Gráfico 28</b>	Comparativo percentual das internações (participantes X não participantes).....	76

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 29</b>	Diferença percentual (participantes X não participantes dos Programas de Ortopedia e Coluna) .....	78
<b>Gráfico 30</b>	Comparativo dos custos de OPME e redução percentual (participantes X não participantes dos Programas de Ortopedia e Coluna).....	79
<b>Gráfico 31</b>	Queda das internações com diagnóstico de pneumonia comunitária (2006 – 2015).....	81
<b>Gráfico 32</b>	Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão sistólica descompensada (2010).....	85
<b>Gráfico 33</b>	Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão sistólica descompensada (2015).....	86
<b>Gráfico 34</b>	Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão diastólica descompensada (2010).....	87
<b>Gráfico 35</b>	Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão distólica descompensada (2015).....	88
<b>Gráfico 36</b>	Distribuição da frequência dos diabéticos descompensados (2010).....	90
<b>Gráfico 37</b>	Distribuição da frequência dos diabéticos descompensados (2010).....	91
<b>Gráfico 38</b>	Percentual de perda de peso.....	92
<b>Gráfico 39</b>	Variação da receita líquida.....	95
<b>Gráfico 40</b>	Variação das despesas assistenciais.....	96
<b>Gráfico 41</b>	Margem EBITDA.....	97
<b>Gráfico 42</b>	ROA.....	99
<b>Gráfico 43</b>	ROE.....	99
<b>Gráfico 44</b>	Comparativo de média da sinistralidade: Mútua geral, Programas de Saúde e Autogestão (ANS).....	102
<b>Gráfico 45</b>	Variação percentual acumulada.....	103

## LISTA DE SIGLAS

ABRANGE	Associação Brasileira das Medicinas de Grupo
ABRASPE	Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinada pelas Empresas
ADM	Administrativo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
AT	Ativo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIEFAS	Comitê de Integração de Entidade Fechadas de Assistência à Saúde
EBIT	<i>Earnings Before Interest and Taxes</i> (Lucro antes dos Juros e Tributos)
EBITA	<i>Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization</i> (Lucro antes de Juros, Imposto, Depreciação e amortização)
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i>
IDAS	Índice de Atenção à Saúde
IDEF	Índice Econômico-Financeiro
IDSB	Índice Satisfação - Beneficiário
IDSS	Índice de Desempenho em Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LL	Lucro Líquido
OECD	<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPME	Órtese Prótese e Materiais Especiais
PL	Patrimônio Líquido
PPA	Prevenção de Aterosclerose
ROA	<i>Return on Assets</i> (Retorno sobre Ativos)
ROE	<i>Return on Equity</i> (Retorno sobre o Patrimônio Líquido)

## LISTA DE SIGLAS

RSC	Responsabilidade Social Corporativa
TI	Tecnologia de Informação
UNICEF	Fundos das Nações Unidas para a Infância
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
3.1	Sistemas de Saúde no Brasil.....	17
3.2	Agência Nacional de Saúde (ANS).....	22
3.3	Verticalização em Saúde Suplementar.....	23
3.4	Atenção Integral e Integrada à Saúde e Promoção à Saúde.....	31
3.5	Avaliação do Desempenho Financeiro.....	38
3.6	Responsabilidade Social Coportativa.....	39
<b>4</b>	<b>PESQUISA NO SISTEMA DE GESTÃO .....</b>	<b>47</b>
4.1	Análise e Tratamento dos Dados.....	47
4.2	Impacto da Verticalização nos Indicadores Econômico-Financeiros.....	93
4.3	Impacto da Verticalização Ambulatorial nos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), na Aprovação dos Programas de Prevenção e na Classificação de Risco.....	104
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>106</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE A - Protocolo do Check-up – Adulto e Idoso.....</b>	<b>113</b>
	<b>APÊNDICE B - Protocolo do Check-up – Infância e Adolescente.....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE C - Balanço Social da Mútua dos Magistrados .....</b>	<b>115</b>
	<b>APÊNDICE D - Aprovação dos Programas de Prevenção pela ANS.....</b>	<b>116</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As organizações de saúde e a gestão em saúde são questões relevantes para a sociedade, em razão de sua complexidade, e porque os recursos (financiamento em saúde) são escassos, além do aumento crescente da demanda e da inflação médica. Nesse sentido, Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 39) afirmam que as Operadoras de Saúde (plano privado de assistência à saúde) enfrentam pressões crescentes causadas pelos custos operacionais, sendo três os principais fatores responsáveis pelo aumento dos custos, ou seja, a inflação geral, a incorporação contínua de tecnologias emergentes para diagnóstico e tratamento, e a elevada taxa de utilização dos recursos e serviços de saúde.

Mudanças internas e externas, que se deram no âmbito das organizações de saúde e sua gestão e dos planos de saúde, como por exemplo, alteração do perfil demográfico da população (envelhecimento da população), e a regulação dos planos de saúde pela Agência Nacional de Saúde (ANS), respectivamente, foram ocorrendo ao longo dos anos e influenciando, principalmente, as operadoras de saúde que, como solução para o problema, viram na adoção da promoção da saúde e prevenção de doenças uma estratégia gerencial.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde, desde 1984, preconiza a inclusão da promoção da saúde na política pública mundial. (RABELLO, 2010, p. 21). O autor (2010, p.25) refere “que a “atenção primária à saúde” é uma atenção de primeiro contato que assume uma responsabilidade longitudinal em relação ao cidadão, esteja este enfermo ou não, e que é o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos, sociais da saúde”, acrescentando que (2010, p. 37)

A promoção da saúde, portanto, insere-se no debate de transformação social e no desenho de políticas e ações sociais integradas que possibilitem alternativas de desenvolvimento, o que enfatiza a importância do Estado e da sociedade civil na consecução de suas propostas.

Nesse cenário, a integração vertical do cuidado (verticalização ambulatorial, hospitalar ou laboratorial) e a implementação da atenção integral à saúde pelos planos de saúde surgiram como alternativas para vencer os desafios decorrentes do aumento constante da inflação médica e da fragmentação do cuidado, respectivamente, e promover a sustentabilidade dos participantes e das operadoras de saúde.

Segundo Porter (2007, p.68):

Os planos de saúde deveriam ser recompensados por possibilitarem que seus clientes/associados aprendam e obtenham o tratamento que lhes ofereça o melhor valor, ajudando os clientes/associados a prevenirem e gerenciarem doenças, simplificando os processos administrativos e trabalhando de fato com os prestadores para alcançar esses objetivos.

No mesmo sentido, BALZAN (2011, p. 6) refere que “No cenário ideal, esperado pela ANS, as operadoras de saúde deveriam se comportar como gestoras da Saúde, os prestadores como produtores de cuidados e os beneficiários, desenvolver a consciência sanitária”.

No Dicionário Abrange de Saúde Suplementar (on line, acesso em: 10 de maio de 2016), a verticalização em Saúde Suplementar é definida como o nome dado ao negócio de operadoras de planos de saúde que privilegia a utilização de recursos assistenciais próprios – hospitais, laboratórios e clínicas.

Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p.40) relatam que “Para Williamson (1979), a definição micro-econômica de integração vertical implica o envolvimento de uma empresa em mais de um estágio da cadeia de um determinado processo produtivo”.

Para Zucchi e Ferraz (2010, p. 58), “Sistemas verticalizados que têm no ambulatório sua porta de entrada são, hoje, a forma adotada pelas operadoras, particularmente, pelas de medicina de grupo, para controlar o acesso ao sistema”.

Acrescentam que “Estudos mostram que cerca de 80% das pessoas que procuram os serviços de urgência e emergência deveriam ser tratadas em serviços de atenção primária com a mesma eficiência e a um custo bem menor”, motivo pelo qual há um aumento na tendência das operadoras de investimento em recursos próprios (processo de verticalização), com a aquisição e/ou construção de hospitais, ambulatórios e centro de diagnósticos.

Folland (2007, p.185) complementa que os gastos crescentes, em razão da incorporação tecnológica e do sistema de remuneração *fee-for-service* (pagamento por serviço prestado), sistema inflacionário e gerador de procedimentos muitas vezes desnecessários, serviram de estímulo para as operadoras ajustarem a gestão no sentido da verticalização como uma forma de melhorar e controlar a assistência, e também de reduzir custos, uma vez que as melhorias tecnológicas na produção da assistência à saúde podem aumentar ou diminuir os custos, dependendo do efeito que tiverem sobre a qualidade.

De acordo com Porter (2007, p. 100), “o principal problema do sistema, hoje, não é a tecnologia, mas o gerenciamento”, acrescentando que (2007, 104):

A intervenção precoce aumenta os benefícios de orientação aos pacientes quanto a hábitos saudáveis de vida e de gerenciamento de questões de saúde relacionadas, como anemia, doença óssea, hipertensão, dislipidemia e má nutrição (2007, p. 104).

Cheschin (2011, p. 7) esclarece que a tecnologia é considerada como o conjunto de medicamentos, equipamentos, dispositivos e procedimentos médicos/cirúrgicos usados no cuidado médico, bem como os sistemas organizacionais de apoio mediante os quais esse cuidado é dispensado. Esse cuidado é continuamente atualizado na mesma proporção em que o mundo avança, e de acordo com a complexidade pode gerar maior ou menor impacto nos custos.

Dessa forma, em decorrência do contexto atual da organização e do financiamento do sistema de saúde, o conhecimento em economia da saúde

(subdisciplina da economia) é necessário, sendo esta definida como a alocação eficiente de recursos para a promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida (na dimensão saúde), pois avalia os custos e os benefícios de saúde associados com uma tecnologia em saúde, comparados com a alternativa padrão ou concorrente (Bristol Meyers Squibb, p. 6), sendo, por isso, relevante em sua capacidade de informar e, posteriormente, influenciar as decisões daqueles que formulam as políticas de assistência à saúde (FOLLAND, 2008, p.50). Folland (2008, p. 134,135) refere ainda que

O estado de saúde é mostrado aqui como uma função crescente da assistência à saúde. Além disso, para evitar uma perspectiva com um foco demasiadamente estreito sobre a assistência à saúde, especificamos ainda que o estado de saúde depende do legado biológico, do meio ambiente e do estilo de vida da população.

Conforme Ramos (2011, p. 24), o tamanho da carteira dos planos de saúde é um dos fatores relevantes para uma verticalização, pois a autora sustenta que “uma carteira precisa ser muito grande para ter sucesso no empreendimento de verticalização, acrescentando ainda que as autogestões, em razão da cultura na utilização da livre escolha, é um entrave para a estratégia.

A verticalização ambulatorial foi adotada pela Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro, autogestão de pequeno porte (5.298 associados) e, que tem como objeto atuar como Operadora de Saúde Suplementar, assim como auxiliar na cobertura de despesas com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de seus associados; desenvolver ações, incluídas pesquisas científicas e tecnológicas, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças; executar a política de saúde a ser definida pela entidade em conjunto com o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, e firmar convênios para a realização de tais finalidades, bem como desenvolver programas específicos que forem aprovados em Assembleia de acordo com seus objetivos sociais e seu Estatuto Social.

Os Programas de Prevenção de Doenças da Mútua, autogestão, com 5.298 associados, foram iniciados em 2006 com o *Check-up*. Em 2008, foi traçado o perfil epidemiológico dos participantes, e novos programas foram implantados para acompanhamento dos associados, tais como o de nutrição, endocrinológico, cardiológico, ortopedia e doença da coluna; esses dois últimos em razão do alto percentual de pacientes com idade acima de 60 anos. A verticalização ambulatorial foi, então, implementada, e gradativamente a fidelização e a confiança dos associados nos serviços oferecidos se tornou uma realidade verificada por meio da adesão aos Programas de Saúde.

A autora do Trabalho de Conclusão de Curso é Diretora Executiva da Mútua, e responsável pela elaboração e coordenação dos Programas de Saúde e pela estratégia de verticalização ambulatorial adotada pela operadora com apoio da Alta Administração. Os objetivos de proporcionar qualidade de vida na dimensão saúde (verificada pelo controle das comorbidades diagnosticadas e diminuição das internações), e não no sentido da percepção de qualidade de vida medida por instrumentos validados; e redução dos custos (controle da sinistralidade: relação entre despesas assistenciais e receitas operacionais) foram alcançados. A operadora de saúde é, hoje, considerada referência em qualidade, em resolubilidade e em sustentabilidade.

O fenômeno do ganho em qualidade de vida e maior longevidade geral também é fruto dos avanços científicos e tecnológicos, porém um aspecto problemático desse avanço é o custo crescente na assistência à saúde em razão da incorporação tecnológica, que assume um caráter cumulativo e não substitutivo (DAMÁZIO; GONÇALVES, 2013, p. 45).

A Mútua passou por períodos anteriores à verticalização ambulatorial em que a média da sinistralidade, indicador financeiro verificado pelo seu Balancete, foi de 98% em 2004 e 2005, o que apontava para a insustentabilidade no curto prazo, porém, tal situação foi gradativamente ajustada por meio da estratégia de verticalização ambulatorial e prevenção de doenças. Em 2014, a sinistralidade foi de

86,0%, percentual mais baixo do que o divulgado pela ANS para as autogestões (91,0%) em sua publicação Prisma dezembro de 2014. Os índices do ano 2015 ainda não foram divulgados, porém os parciais referentes ao primeiro semestre de 2015, já divulgados pela ANS, em seu Carderno Prisma – 2º semestre de 2105, mostraram que a Mútua mantém excelente desempenho em comparação com as demais operadoras de saúde de autogestão, ou seja, 79,71% (Mútua) e 88,00% (demais autogestões).

Quanto aos índices de desempenho em saúde suplementar (IDSS) divulgados anualmente pela ANS, a Mútua obteve pontuação significativa quando comparada com outras operadoras de pequeno porte (até 19.999 associados) em 2014. O índice de atenção à saúde – IDAS - foi alto, assim como o econômico-financeiro – IDEF – e o de satisfação do beneficiário – IDSB –, demonstrando que os programas de prevenção estão com excelentes resultados e, em consequência, influenciando os indicadores financeiros e de satisfação.

Em 2015, os indicadores em atenção à saúde obtiveram pontuação máxima (1), o que demonstra melhoria contínua dos serviços oferecidos.

A Mútua atenta às necessidades dos envolvidos no sistema de saúde suplementar, e visando compartilhar conhecimento com a sociedade, vem realizando pesquisas sobre verticalização ambulatorial e atenção integral à saúde desde 2010, como forma de consolidar seus resultados e generalizar essa forma de gestão, para que outras operadoras possam se utilizar do modelo implantado e alcançar a sustentabilidade.

A utilização da estratégia de verticalização é recente no setor saúde, representando uma lacuna no conhecimento científico e uma dificuldade para o suprimento das necessidades dos associados e dos planos de saúde, que se pretende suprir. As pesquisas sobre o assunto são escassas, conforme Albuquerque e Fleury (2011, p. 42), que mencionam que “Devido à escassez de análises

acadêmicas sobre integração vertical na medicina suplementar no país recorreu-se à literatura sobre gestão em saúde norte-americana, relativamente pródiga na década de 90”.

Em relação às demais operadoras de saúde, algumas iniciaram, ao longo dos anos, implantação de alguma forma de verticalização dos serviços e prevenção de doenças, porém, estudos a respeito da estratégia não foram encontrados.

Além disso, Souza e Salvalaio (2010, p. 309) referem que pesquisa bibliográfica identificou um expressivo crescimento nos estudos sobre custos na área médica, porém são poucos os estudos que abordam os custos dos planos de saúde, e sua gestão pelas operadoras.

A Mútua encontra-se em situação privilegiada quanto à verticalização ambulatorial e aos programas de prevenção implantados (cinco dos quais aprovados pela ANS), conforme índices de desempenho e de avaliação de risco divulgados pela Agência Reguladora, o que contradiz a literatura específica sobre ser necessário uma carteira de associados grande para se obter sucesso com a estratégia.

Sendo assim, com base no descrito acima, a pesquisa no sistema de gestão da operadora de saúde Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro sobre sua estratégia de verticalização é relevante, uma vez que no Brasil há poucos estudos sobre o assunto.

A pesquisa objetiva demonstrar que o fator crítico de sucesso a ser considerado no desempenho assistencial e econômico-financeiro da operadora de saúde é a verticalização ambulatorial, e não o seu porte; apoiada a verticalização por gestão profissionalizada e focada na prevenção de doenças, contradizendo a literatura especializada, que afirma que as operadoras de saúde de pequeno porte são de grande risco, conforme mencionado por Albuquerque, Fleury MTL e Fleury

AL (2011, p. 43), “A pequena escala tende a aumentar os riscos nesse negócio de “natureza securitária”, além de dificultar negociações com prestadores de serviço e limitar o poder de investimento em serviços próprios”.

Dessa forma, o trabalho é inédito, porque não vai ao encontro do entendimento científico sobre o critério tamanho da operadora (porte) como um dos fatores para o sucesso da verticalização ambulatorial, conforme sustentado por Ramos (2014, p. 24), e por Santacruz (2011, p. 22), que ensina que “O processo de verticalização é mais evidente entre as grandes operadoras que, devido ao tamanho de suas carteiras de beneficiários (escala) têm capacidade para investir na cadeia de prestação de serviços”.

### **1.1.Problema de Pesquisa**

A verticalização ambulatorial em saúde suplementar surgiu como alternativa de gestão estratégica em proporcionar qualidade de vida na dimensão saúde e redução dos custos, tendo em vista a fragmentação do cuidado e a alta inflação médica nos últimos anos.

O que se pretende investigar é: as ações de verticalização ambulatorial da Mútua foram eficazes e eficientes no sentido de proporcionar qualidade de vida (na dimensão saúde<sup>1</sup>, e não na percepção medida por instrumento apropriado) a seus associados, verificada pelo controle das doenças e comorbidades diagnosticadas e consequente redução das internações e, ainda diminuição de custos (controle da sinistralidade)?

---

<sup>1</sup> A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (WHO/Unicef, 1978), em Alma Ata, estabelece como meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e ainda refere que a saúde passaria a contribuir para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

## 1.2.Objetivos

### 1.2.1.Geral

Pesquisar e apresentar a verticalização ambulatorial implementada pela Mútua no período 2006-2015 e verificar aspectos relativos à sustentabilidade da operadora (sinistralidade e índices financeiros) e de seus associados (qualidade de vida na dimensão saúde).

### 1.2.2. Específicos

1) pesquisar e apresentar os indicadores no sistema de gestão da Mútua referentes à verticalização ambulatorial, contemplando os programas *check-up*, nutrição, endocrinologia, cardiologia, ortopedia e neurocirurgia em relação à qualidade de vida e à redução dos custos;

2) pesquisar e apresentar os indicadores financeiros, que demonstram a sustentabilidade da operadora, tais como: EBIT, EBITDA, ROE, ROA, Reserva Técnica.

3) demonstrar que os fatores críticos de sucesso estão relacionados com a responsabilidade social da empresa, englobando a atenção com todos os *stakeholders* (associados, colaboradores e prestadores de serviços) no que se refere ao suprimento de suas necessidades. Associados, suprimento das necessidades em saúde; colaboradores, em valorização e reconhecimento; prestadores de serviços, em respeito e remuneração adequada.

4) pesquisar e apresentar a performance da gestão da Mútua em relação à verticalização dos serviços quanto ao risco assistencial definido pela ANS.

### **1.3. Justificativa**

As doenças crônicas são responsáveis pela sobrecarga econômica dos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. O impacto do envelhecimento e da incorporação acrítica de tecnologia, igualmente, acarretam ônus importante.

Sendo assim, o gerenciamento da saúde/doença é fundamental, e para isso o acompanhamento ambulatorial cuidadoso por equipe multidisciplinar e integrado não só atua na promoção à saúde, como também previne hospitalizações por meio de diagnóstico e tratamento precoce e reabilitação. Daí a importância da verticalização ambulatorial para a promoção da qualidade de vida na dimensão saúde e para a redução de custos, o que interfere diretamente na sustentabilidade dos associados e das operadoras de saúde, e principalmente, nas de pequeno porte, em razão da reduzida capacidade em diluir seus custos assistenciais e, conseqüentemente, na sociedade como um todo, uma vez que a população saudável é mais produtiva e gera mais riqueza ao país, e ainda porque o financiamento na saúde pública é deficitário, e por isso o sistema suplementar de saúde precisa se manter sustentável, porque assume importância vital no atendimento às demandas em saúde da população.

O tema é atual, pertinente e relevante, em razão da inflação médica superar os demais índices de inflação, os custos em saúde aumentar a cada ano, e haver poucos estudos na literatura nacional sobre o impacto da verticalização ambulatorial no desempenho assistencial e econômico-financeiro das operadoras de saúde.

A pesquisa é inédita, porque não vai ao encontro da literatura especializada sobre os critérios de risco assistencial e de verticalização. A Mútua é uma das operadoras com maior número de programas de saúde aprovados pela ANS, o que a torna uma referência na saúde suplementar.

Assim, a pesquisa trará como benefício o compartilhamento de estratégia de intervenção na gestão de saúde realizada pelo autor do trabalho/pesquisa, uma vez que contribuirá para a redução da escassez de análises acadêmicas sobre integração vertical na medicina suplementar no país, conforme apontado por Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 42).

#### **1.4.Estrutura do Trabalho**

No capítulo 1 será a Introdução que traz o Problema da Pesquisa, Objetivos (geral e específico), a Justificativa, Estrutura do Trabalho e a Limitação do Trabalho.

No capítulo 2 será a Metodologia da Pesquisa que traz a Amostra, Coleta de Dados e Período da Coleta, Etapas da Pesquisa e suas Limitações.

No capítulo 3 será o Referencial Teórico, com base em pesquisa bibliográfica em artigos e livros sobre o assunto, abordará o Sistema de Saúde no Brasil, Sistema Privado de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar, Agência Nacional de Saúde, Verticalização Ambulatorial e Atenção Integral à Saúde e Promoção à Saúde e Indicadores financeiros e Responsabilidade Social.

No capítulo 4 e 5 será a Pesquisa, que traz a análise dos dados coletados e a Conclusão, respectivamente.

#### **1.5.Limitações do Trabalho**

O estudo pretende avaliar, por meio de pesquisa no sistema de gestão da Mútua, a importância da verticalização ambulatorial para os participantes dos programas em relação à qualidade de vida na dimensão saúde (redução das internações) e, para a Mútua, quanto à sustentabilidade (queda da sinistralidade) desde 2006. Tanto os dados do check-up, quanto dos demais programas implantados para o acompanhamento das alterações diagnosticadas (perfil

epidemiológico dos participantes), ou seja, nutrição, endocrinológico, cardiológico, ortopedia e coluna (neurocirurgia) serão analisados, assim como os divulgados pela ANS em seu site, de forma a serem analisados e comparados com o descrito na literatura especializada.

Alguns dados ficaram disponíveis apenas a partir de 2008/2009, após algumas correções realizadas no sistema de gestão da Mútua. Os programas não foram implantados em uma mesma data, por isso os dados iniciais de pesquisa de cada programa são diversos e não coincidem, uma vez que a data da pesquisa é a da criação do programa.

A Mútua vem atualizando suas pesquisas sobre a verticalização ambulatorial a cada ano, visando demonstrar a consolidação dos seus resultados, e a generalização dessa forma de gestão em saúde, para que outras operadoras possam se utilizar do modelo implantado e alcançar a sustentabilidade.

## 2. METODOLOGIA

Jacobsen refere que Lakatos e Marconi (2009, pag. 22) apontam ciência como “uma sistematização de conhecimentos, um conjunto de proposições logicamente correlacionadas sobre o comportamento de certos fenômenos que se de deseja estudar”.

A presente pesquisa é quanto aos métodos empregados, isto é, segundo a natureza dos dados, quantitativa; quanto à área de conhecimento, Ciências da Saúde; quanto aos objetivos, exploratória e descritiva; quanto à finalidade, pesquisa aplicada; quanto ao grau de controle das variáveis, não experimental e em relação ao delineamento, é pesquisa bibliográfica e documental (Gil, 2010, p. 26 a 29).

Quantitativa, uma vez que busca traduzir opiniões e informações em números, para que essas possam ser classificadas e analisadas. E para isso, técnicas estatísticas, tais como percentagem, média, mediana, desvio-padrão, coeficientes de correlação e análise de regressão, entre outras são usadas (Jacobsen, 2009, pag. 63).

Jacobsen (2009, pag. 63) ensina que “Para Fialho, Otani e Souza (2007, pag. 39), este tipo de pesquisa caracteriza-se pelo “emprego da quantificação tanto no processo de coleta de dados quanto na utilização de técnicas estatísticas para o tratamento dos mesmos”.

Outro fator importante sobre a pesquisa quantitativa é a existência da precisão dos resultados, e a possibilidade de se estabelecer associações e relações de causalidade entre as variáveis estabelecidas pelo pesquisador, a partir dos dados quantitativos, que entram para a realização da pesquisa.

É exploratória, porque tem como finalidade sondar determinado assunto, permitindo que se amplie o conhecimento sobre a questão em estudo, isto é, é usada para esclarecer certos aspectos que ajudam o pesquisador a detectar e mensurar problemas.

Ainda conforme Jacobsen (2009, pag. 67)

De acordo com Hair Jr. et al (2005, p.84), este tipo de pesquisa é especialmente interessante em empresas inovadoras, que passam a adotá-la com vistas a descobrir novas ideias e tecnologias que atendam as suas necessidades ou as do consumidor.

Para Gil (2010, p. 27)

As pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

É descritiva, pois pretende descrever as características de uma população ou fenômeno. E “Para Cervo e Bervian (1983, pag. 55) a pesquisa descritiva é aquela que se limita a observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los” (JACOBSEN, 2009, pag. 67).

É aplicada, uma vez que “pretende gerar conhecimentos visando à aplicação prática e que sejam dirigidos à solução de problemas específicos”, segundo Vergara (JACOBSEN, 2009, pag. 67).

Quanto aos meios (procedimentos técnicos) é pesquisa documental (eletrônica), pois os dados foram coletados do prontuário eletrônico dos participantes dos programas de prevenção, e do sistema de gestão da empresa. É bibliográfica, uma vez que material impresso, também, foi pesquisado na geração das informações (JACOBSEN, 2009, pag. 69 e 70). Para Marconi e Lakatos (2010, p.

157), “A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre ou depois”. Enquanto que Gil (2010, p. 31) cita que “A modalidade mais comum de documento é constituída por um texto escrito em papel, mas estão se tornando cada vez mais frequentes os documentos eletrônicos, disponíveis sob os mais diversos formatos”.

## **2.1. Amostra**

A amostra será aleatória para que se possa fazer inferência dos resultados para toda a população-alvo, e para que não haja viés nos resultados.

Segundo Gil (2010, p. 32) [...] “sem a distribuição aleatória não se pode garantir que os estudos experimentais e de controle sejam iguais no início do estudo”.

## **2.2. Coleta de Dados**

A Pesquisa Bibliográfica e Documental foi utilizada para a necessária fundamentação teórica, e utilizou fontes primárias (dados extraídos dos prontuários eletrônicos dos pacientes) e fontes secundárias (bibliografia pertinente à temática, produzida nas universidades e livros) com vista ao aprofundamento da argumentação sobre o objeto em investigação e para melhor percepção e análise dos resultados.

Cervo e Bervian (1996, p.48) apresentam a pesquisa bibliográfica com “[...] meio de formação de excelência”. É por meio da pesquisa bibliográfica que se proporcionou o contato direto com tudo o que foi publicado, dito, filmado ou de alguma outra forma registrado sobre o tema, inclusive através de conferências, de

debates, artigos, dissertações e teses; além de fontes aceitáveis academicamente disponíveis na internet.

A documental pesquisa foi realizada nos prontuários eletrônicos dos participantes dos programas, sem identificá-los, e abrangerá o estudo comparativo entre os indicadores dos associados participantes dos programas de saúde e dos não participantes, e o referente à sinistralidade (despesas assistenciais/receitas operacionais (mensalidade do plano de saúde)); percentual de internação geral e por doença cardiovascular; cobertura por programa de saúde; percentual de associados com perda de peso entre 5 e 10%; percentual de associados com Pressão Arterial e Diabetes *Mellitus* compensados.

O Presidente da empresa autorizou, por escrito, a utilização dos dados e da citação do nome da empresa no presente estudo, uma vez que não haverá identificação dos participantes, e porque os resultados gerados serão usados para convencimento dos associados não participantes à adesão aos programas de saúde.

### **2.3. Coleta de Dados e Período da Coleta**

A coleta dos dados ocorrerá no mês de abril de 2016, incluindo dados de 2006 a 2015, e a análise dos dados por *software* Minitab.

### **2.4. Etapas da Pesquisa**

Gil (2010, p. 65) refere que a pesquisa documental apresenta muitos pontos semelhantes com a pesquisa bibliográfica e, por isso, em muitos casos, as etapas de seu desenvolvimento são as mesmas. Acrescenta que “é o caso de pesquisas *ex-post-facto* (“a partir do fato passado”), que são elaboradas com dados disponíveis, mas que são submetidos a tratamento estatístico, envolvendo até mesmo teste de hipóteses”.

As etapas são:

- 1) formulação do problema;
- 2) elaboração do plano de trabalho;
- 3) identificação das fontes;
- 4) localização das fontes e obtenção do material;
- 5) análise estatística interpretação dos dados pelo *software minitab* (estatística descritiva, análises transversais);
- 6) redação do relatório.

## **2.5. Limitações da Pesquisa**

A pesquisa realizada sofreu algumas limitações em razão do sistema de gestão em 2006 não estar ajustado adequadamente, e por isso alguns dados não foram registrados na ocasião, o que reduziu a amostra.

Outra limitação refere-se ao fato de os programas terem sido implantados ao longo dos 10 anos de Verticalização Ambulatorial e, por não ter ocorrida a criação de todos os programas no mesmo período, a avaliação dos programas foi efetuada a partir da criação de cada Programa de Saúde, porém tal fato não inviabiliza o estudo, porque os dados foram registrados separadamente por programa.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Sistemas de Saúde no Brasil

##### 3.1.1. Sistema de Saúde no Brasil

O sistema de saúde no Brasil abrange o sistema público e o privado de saúde. A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, porém na prática, verifica-se no sistema público, Sistema Único de Saúde (SUS), maior demanda do que oferta. E, por isso, a lacuna das demandas do mercado é suprida pela iniciativa privada, ou seja, por recursos próprios e pela saúde suplementar, sendo que essa última ocorre por meio das operadoras de planos de assistência à saúde, que financiam os tratamentos, diante dos altos custos dos mesmos (DAMÁZIO; GONÇALVES, 2012, p. viii).

Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 39) referem que o sistema privado no Brasil corresponde a 57% de todos os gastos em saúde no país, os quais equivalem a 7,6% do PIB nacional. “Os mecanismos de financiamento do sistema de saúde constituem atores importantes, uma vez que viabilizam o acesso dos usuários (população) aos prestadores de serviços de saúde: hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e outros profissionais de saúde”, compondo ainda a cadeia de valor os fornecedores de equipamentos, materiais e medicamentos (DAMÁZIO; GONÇALVES, 2012, p. viii).

No Brasil, assim como em diversos países, os serviços de saúde enfrentam desafios em relação ao alto custo assistencial e a alterações no perfil demográfico da população (aumento da expectativa de vida), o que exige esforço, profissionalização da gestão e gestão estratégica, no sentido de proporcionar e manter a sustentabilidade de todos os *stakeholders* envolvidos na assistência, ou seja, pacientes, prestadores de serviços, e governo.

Damázio e Gonçalves (2012, p. ix) enfatizam que

Em tempos de mudanças, a sobrevivência e a sustentabilidade dos serviços de saúde requerem o exercício da gestão estratégica, a fim de possibilitar à direção desses serviços, definir os caminhos a serem seguidos pela instituição, avaliando o que deve e o que não deve ser feito, diante da complexidade ambiental.

O sistema privado de saúde em razão do foco financeiro e gestão de saúde insipiente, “vive momentos de tensão nas relações entre operadoras, prestadores e usuários, em que cada um procura resolver seu problema sem a percepção de que a solução passa pelo envolvimento de todos os participantes da cadeia da saúde” (ZUCCHI; FERRAZ, 2010, p.57). Os autores acrescentam que um dos problemas é o não gerenciamento da demanda dos serviços, uma vez que os “os instrumentos de gestão no sistema de saúde são aplicados somente após o usuário ter utilizado o sistema, ou seja, ter passado em consulta médica”, e que sistemas verticalizados que tem no ambulatório sua porta de entrada são, hoje, adotados pelas operadoras e, principalmente, as medicinas de grupo, como meio para controlar o acesso ao sistema” (2010, p. 58).

Assim, a evolução crescente dos gastos, juntamente com utilização excessiva dos serviços, e o modelo de remuneração dos prestadores de serviços baseado nas doenças, chamado *fee-for-service*, “sabidamente inflacionário e gerador de procedimentos desnecessários, são citados como os principais problemas a serem focados na busca de equilíbrio e sustentabilidade do sistema (ZUCCHI; FERRAZ, 2010, p.58 e 60).

#### 3.1.1.2. Sistema Privado de Saúde

De acordo com Cury (2010, p. 53; 54), o sistema privado de saúde surgiu nos anos 1930 com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões e a oferta, por determinadas caixas, de serviços médicos aos assistidos. Nos anos 1940 e 1950, empresas do setor privado implantaram ambulatórios médicos, algumas com extensão aos familiares, devido a preocupações com a assistência à saúde de seus

funcionários. O autor acrescenta que, nos anos 1960, com a implantação do convênio-empresa pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), as indústrias que participavam do sistema passaram a ser atendidas por empresas prestadoras de serviços médicos, surgindo, também, nessa época as medicinas de grupo, o sistema de cooperativas médicas e o crescimento da assistência médico hospitalar nas estatais (Unidas, 2005).

Seguindo a evolução do sistema privado de saúde, Cury refere que, em 1976, a Superintendência de Seguros Privados (Susep), responsável pela regulação do setor, iniciou a normatização do seguro saúde. Já em 1980, o sistema privado contava com cerca de 18 milhões de usuários e nos anos 1990 os planos individuais e familiares começaram a ser comercializados.

Em 1998, é aprovada a lei 9.656, que dispõe sobre os planos seguros privados de assistência à saúde, e criado o Departamento de Saúde Suplementar na estrutura do Ministério da Saúde. Pela lei, foram estabelecidos padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos, regras de ressarcimento ao SUS, dentre outras medidas (CURY, 2010, p. 54).

A lei 9.661/2000 criou a Agência Nacional de Saúde (ANS), 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.

### 3.1.2. Sistema Suplementar de Saúde

Atualmente, o Sistema de Suplementar de Saúde é responsável pela cobertura de assistência médico hospitalar de milhões de usuários distribuídos entre planos coletivos (80,51%) e individuais (19,40%), e uma característica da saúde suplementar no Brasil é a fragmentação do setor com 1.340 operadoras de saúde

em atividade (Caderno de Saúde Suplementar – março 2016 - dados de Dezembro de 2015, *on line*, acesso em: 14 de julho de 2016).

Para Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 43), “A pequena escala tende a aumentar os riscos nesse negócio de “natureza securitária”, além de dificultar negociações com prestadores de serviço e limitar o poder de investimento em serviços próprios”.

Nesse setor, atuam operadoras de planos de saúde representadas por diversos segmentos e classificadas em 8 modalidades, incluindo administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas ou não), medicina de grupo e odontológica, e seguradoras especializadas em saúde (ZUCCHI; FERRAZ, 2010, p.55; ALBUQUERQUE; FLEURY MTL; FLEURY AL, 2011, 43). Essas instituições diferem em relação a porte, finalidade lucrativa ou não, com ou sem rede hospitalar própria etc, apresentando, portanto, diferentes peculiaridades. As operadoras de medicina de grupo predominam, respondendo por 33% do total das empresas (SOARES, 2006, p.7).

Ferreira et al (2014, p. 3) acrescenta que

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%), segundo Caderno de Informação da Saúde Suplementar – junho/2104, e oferecidos pelas modalidades de 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) e Seguradoras especializadas em saúde (caracterizada pelo sistema de livre escolha e a oferta de uma rede referenciada).

### 3.1.2.1. Autogestão

É caracterizada por ser plano próprio de saúde fechado, sem fim lucrativo e voltado para os empregados de empresas ou associados, dependentes legais ou familiares até o quarto grau de parentesco, assim como aposentados e ex-empregados, utilizando rede credenciada e/ou própria de assistência aos beneficiários. Pode ser patrocinada, quando a empresa assume as despesas total ou parcialmente, e não 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, nesse caso, a necessidade de manter reserva técnica. O segmento de autogestão é representado pela Unidas, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (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)) (ZUCCHI; FERRAZ, 2010, p.55; FERREIRA et al, 2014, p. 3 e RAMOS, 2011, p. 22).

As autogestões abrangem cerca de 16% dos beneficiários da medicina suplementar e gerenciam a assistência à saúde de seus associados através de recursos próprios, rede credenciada (convênios) ou de reembolso (seguros), sem recorrer às medicinas de grupo ou seguradoras (ALBUQUERQUE; FLEURY MTL; FLEURY AL, 2011, p. 43).

Ramos (2001, p.22) refere que a proximidade em relação ao beneficiário é também uma característica da autogestão, assim como limites na expansão da carteira, dispersão da carteira de clientes e concentração de idosos. O envelhecimento da carteira causa impacto nos custos assistenciais, em razão de ocorrências de internações mais frequentes em comparação com os beneficiários mais jovens, e conseqüentemente há aumento da sinistralidade.

### **3.2. Agência Nacional de Saúde (ANS)**

A ANS é uma agência reguladora e foi criada para promover o equilíbrio do setor da saúde suplementar, estando vinculada ao Ministério da Saúde (SOARES, 2006, p. 10).

O setor de saúde suplementar, a partir da vigência da lei 9.656 de 1998, evoluiu com a padronização dos requisitos mínimos de cobertura aos beneficiários, e com a normatização sobre preços entre as diferentes faixas etárias, dificultando o repasse dos custos da ineficiência em gestão das operadoras de saúde ao cliente final, enquanto que o aparecimento de mecanismos de controle sobre a atuação das operadoras de saúde ocorreu com a criação da ANS pela lei 9.661/2000 (ALBUQUERQUE; FLEURY MTL; FLEURY AL, 2011, p. 44).

Segundo Chechin (2011, p. 8), “Hoje, a ANS acompanha a evolução normal da curva de custos dos planos de saúde, a partir de informações que as próprias operadoras enviam sobre o comportamento de custos e preços”. Na busca pela qualidade, criou o Programa da Qualificação da Saúde Suplementar, objetivando melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de saúde, e privilegiar a transparência dos resultados da avaliação do desempenho do setor medidos pelos indicadores IDSS – Índice de Desempenho de Saúde Suplementar, composto por quatro dimensões de qualidade e com pesos diferentes, sendo a atenção à saúde, a dimensão com maior peso – 40% - na composição do indicador final. Assim, notas são atribuídas às empresas, conforme seu desempenho no mercado e sua capacidade financeira, revelando aos clientes e fornecedores o equilíbrio e a confiança da sua continuidade como empresa (SOARES, 2006, p. 10).

Relatório da Qualificação das Operadoras, 2015, ano base 2014, estabelece os percentuais de cada indicador, conforme abaixo (on line, acesso em: 29 de junho de 2016):

1) IDAS - Atenção à Saúde (peso 40%);

- 2) IDEF - Econômico-financeiro (peso 20%);
- 3) IDEO - Estrutura e operação (peso 20%); e
- 4) IDSB - Satisfação dos beneficiários (peso 20%).

Segundo Soares (2006, p. 9), “O principal objetivo da ANS é que o consumidor tenha garantida a continuidade da prestação da assistência à saúde. Esta garantia também está associada à situação econômico-financeira das operadoras...”. Acrescenta ainda que “Na busca da qualidade, a ANS (2005f) implantou um Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e criou o indicador IDSS – Índice de Desempenho em Saúde Suplementar” (2006, p. 10).

### **3.3. Verticalização em Saúde Suplementar**

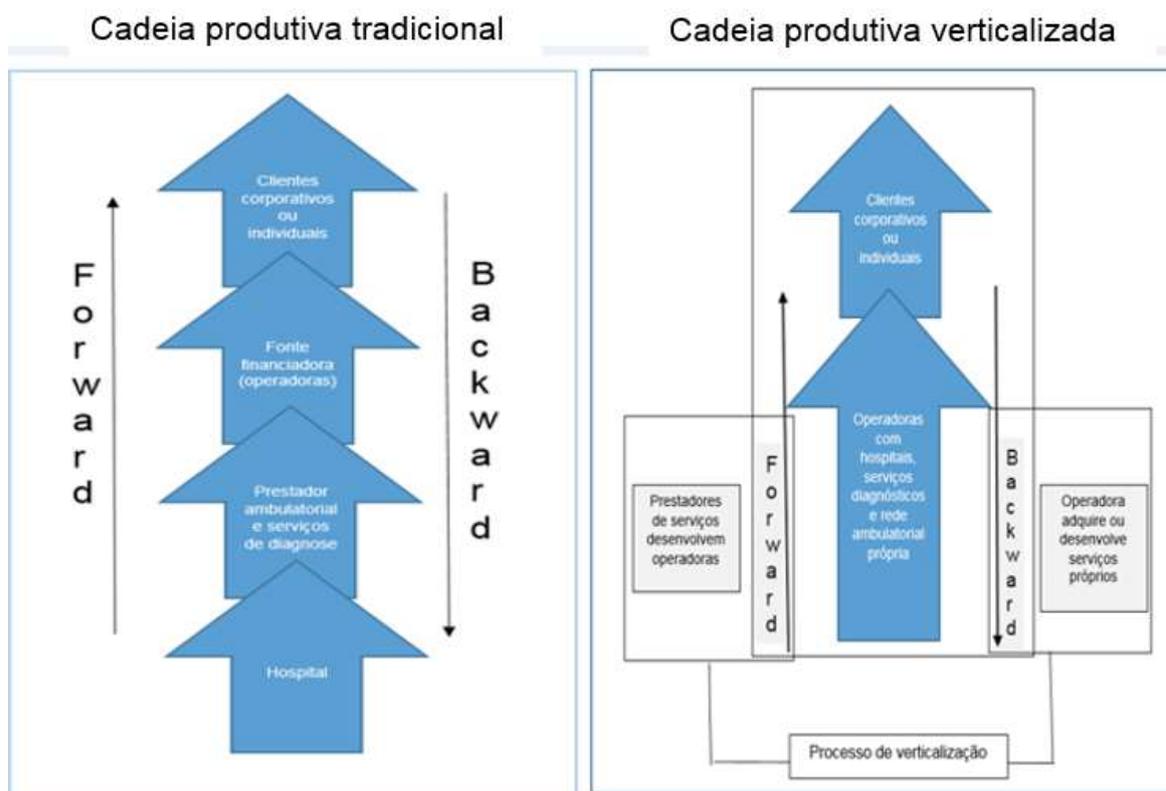
A assistência médica encontra-se sobre crescentes pressões de custos, seguindo uma tendência mundial, nos âmbitos público e privado. A taxa de utilização dos serviços de saúde é alta, e a Associação Brasileira das Medicinas de Grupo (ABRANGE, 2005) divulgou que seus 15,2 milhões de beneficiários realizam, em média, mais de seis consultas por ano, enquanto a Organização Mundial de Saúde preconiza, como faixa máxima, quatro por habitante por ano (ALBUQUERQUE; FLEURY MTL; FLEURY AL, 2011, p. 45).

O custo assistencial é medido pela sinistralidade, indicador financeiro, e segundo Ramos (2011, p.23), “significa que se temos uma receita de 100 reais, no caso da autogestão que representa 94,1 de sinistralidade, 94 são despendidos com a cobertura assistencial”, não estando incluídos despesa administrativa e tributos, daí a necessidade de gestão estratégica, visando a sustentabilidade.

No contexto de elevação dos custos, Zucchi e Ferraz (2010, p. 58, 59) referem que “Sistemas verticalizados que têm no ambulatório sua porta de entrada são, hoje, a forma adotada pelas operadoras, particularmente pela medicina de grupo, para controlar o sistema”. Acrescentam ainda que “Estudos mostram que 80% das pessoas que procuram os serviços de urgência e emergência deveriam ser tratadas em serviços de atenção primária com a mesma eficiência e a um custo bem

menor”, motivo pelo qual há um aumento na tendência das operadoras de investimento em recursos próprios (processo conhecido como verticalização), com a aquisição e/ou construção de hospitais, ambulatorios e centro de diagnósticos. Abaixo, esquema do modelo tradicional e da verticalização (Figura 1).

**Figura 1:** Modelos de Cadeia Produtiva Saúde Suplementar



**Fonte:** Albuquerque,GM; Fleury,MTL; Fleury AL. Integração Vertical nas Operadoras de Assistência Médica Privada: um estudo exploratório na região de São Paulo

“A literatura sobre integração vertical começa nos estudos de economia das organizações de Ronald Coase, em 1937, e ganha corpo 40 anos mais tarde com o emprego da Teoria dos Custos de Transação”. Riscos e custos de longo prazo em relações contratuais são abordados e “subsidiaram a decisão da empresa de integrar outra etapa da cadeia produtiva em que atua, como forma de buscar eficiência sob as chamadas hierarquias (ALBUQUERQUE; FLEURY MTL; FLEURY AL, 2011, p. 40).

Utilizada pela siderurgia, linha de montagem Ford, indústrias têxteis, química, eletroeletrônica, farmacêutica, economia política e estratégica e organização industrial, e atualmente em saúde suplementar, que segundo Dicionário Abrange de Saúde Suplementar (acesso on line: 10 de maio de 2016), define o conceito de verticalização como o “Nome dado ao negócio de operadora de planos de saúde que privilegia a utilização de recursos assistenciais próprios – hospitais, laboratórios e clínicas”.

Com relação ao grau de verticalização, Porter relata a que existem três variantes, ou seja, a integração total, onde a empresa controla toda a cadeia de suprimentos; a parcial, onde a empresa produz apenas uma parte de suas necessidades e controle o resto; e a quase-integração, que seria obter as vantagens da integração, sem incorrer em seus custos com a criação de alianças interorganizacionais. A integração parcial é como se fosse uma redução da integral, isto é, a empresa se integra para frente ou para trás e continuará adquirindo o que for necessário do mercado externo, o que resulta em menor elevação dos custos fixos, porque a parcialização pode ser ajustada conforme o nível de risco que a empresa deseja assumir<sup>2</sup> (ROMERO, on line, acesso em: 10 maio de 2016) .

Para Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 43), a integração é horizontal, quando há integração entre empresas em uma mesma etapa da cadeia produtiva, podendo-se citar a agregação de hospitais com o objetivo específico de apresentar ganhos de escala e ampliar o poder de barganha na aquisição de medicamentos. Os autores acrescentam que (2011, p. 40)

Considerando-se a cadeia produtiva de cada setor, podem-se empreender integrações através da propriedade e relações contratuais, seja entre empresas competidoras num mesmo estágio da cadeia de valor, a integração horizontal, ou entre empresas fornecedoras e compradoras em estágios consequentes na cadeia, integração vertical (HARRIGAN, 2003).

---

<sup>2</sup> PUC-Rio – Certificação Digital Nº 0212193/CA

Nesse sentido, o relatório de Gestão da Unimed São José dos Campos (online, acesso em: 10 de maio de 2016) cita que “A verticalização é uma tendência nacional e tem funcionado nos diversos mercados onde foi adotada, pois sobreviverão apenas operadoras que se qualificarem e que conseguirem equilibrar gastos x receitas”.

Corroborando a tendência, Ramos (2011, p. 23) acrescenta que

Na verdade, esse conceito de verticalização na área de Saúde suplementar é relativamente novo. Trata-se da integração vertical entre operadoras de planos de Saúde com os prestadores de serviços médico-hospitalares e, em especial, com os hospitais. Alguns hospitais, pelo que se percebe, acabam lançando seus próprios planos de Saúde, como uma operadora, e as operadoras, por sua vez, abrangem todos os segmentos, não só os dos consultórios, mas dos laboratórios, dos serviços de imagem até os serviços hospitalares.

Ainda sobre o tema, Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 46) referem que

Quando algumas empresas passaram a investir em serviços médicos próprios, alegou-se a possibilidade de proporcionar maior resolutividade a seus clientes, com simultânea racionalização de recursos. Esse movimento de verticalização tem como objetivo maior controle dos custos de produção e vem ocorrendo principalmente entre as medicinas de grupo com grandes carteiras de beneficiários.

Porter e Teisberg (2007, p.155) citam que o modelo de unidades de prática integrada são centrados no paciente e dirigidas por resultados e, não, nos procedimentos ou no médico; o atendimento é prestado por uma equipe, e a unidade “gerencia as informações, integra as decisões e assegura a continuidade dos repasses”.

Levantamento feito pela ANS a pedido do Jornal O Estado de São Paulo revelou que pelo menos 40% dos planos de saúde têm rede própria de atendimento,

formada por hospitais, ambulatórios e centros de exames laboratoriais (on line, acesso em: 10 de maio de 2016).

No Brasil, estudos sobre verticalização são ainda poucos, e os sobre processos de integração vertical entre participantes do sistema de saúde foram elaborados no contexto norte-americano, onde o principal fator motivador da integração foi o estabelecimento de controles para gerenciar o aumento dos custos de produção, conforme Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 39).

Santacruz (2011, p. 22) refere que

O processo de verticalização é mais evidente entre as grandes operadoras que, devido ao tamanho das suas carteiras de beneficiários (escala), têm capacidade para investir na cadeia de prestação de serviços. Do ponto de vista do agente prestador de serviços (hospitais, centros de diagnósticos), a verticalização garante um fluxo estável de demanda. Os autores também concluíram que a fidelização de clientes é outra consequência da verticalização. Isso provavelmente ocorre porque as operadoras verticalizadas operam com menor custo, maior qualidade no atendimento e repassam esses ganhos para os clientes.

Estudo exploratório entre as maiores operadoras verticalizadas que atuam na região metropolitana de São Paulo, realizado por Albuquerque, Fleury, MTL e Fleury, AL (2010, p. 9), mostrou que os principais motivadores e benefícios da verticalização foram maior controle dos custos de produção, garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados e economia de escala.

A literatura aponta vantagens econômicas, competitivas, desafios e dificuldades relacionadas à estratégia, tais como discriminadas abaixo e de acordo com Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 41):

Benefícios econômicos:

1) economia de escopo (produção de bens e serviços da cadeia produtiva pode tornar-se mais homogênea e especializada ao se voltar para um único consumidor – WILLIAMSON, 1979, KLEIN; CRAWFORD; ALCHIAN, 1978);

2) economia de integração e racionalização de recursos (coordenação comum de atividades minimiza o comportamento oportunista que ocorreria entre dois agentes distintos gerando maiores custos de transação, e além de suprimir *overheads*, a centralização do controle e a integração entre diferentes unidades de negócio podem gerar sinergias que potencializam a atividade fim da empresa – KLEIN; CRAWFORD; ALCHIAN, 1978);

3) racionalização de recursos (as atividades de marketing e comerciais podem ser suprimidas se a produção for voltada a um único consumidor, enquanto custos com distribuição podem ser minimizados considerados um ou poucos centro consumidores do bem produzido – MPOYO, 2003).

Benefícios competitivos:

1) criação de barreiras de entrada para novos competidores (Price-Squeezing, praticado nas indústrias de aço – JOSKOW, 1985);

2) proteção da propriedade intelectual na produção de insumos ou produtos intermediários(ARGYRES, 1996);

3) maior habilidade para estimar variações na demanda dos produtos seguintes na cadeia de valor contribui para direcionar a produção do bem intermediário, diminuindo os riscos associados às oscilações do mercado (HARRIGAN, 2003);

4) maior inteligência sobre o cliente final, permitindo adaptações rápidas às novas tendências de consumo (HARRIGAN, 2003);

5) facilitação de processos de auditoria e de alocação de recursos, pois a auditoria das próprias divisões é facilitada, viabilizando manter padrões de qualidade homogêneos e informações que fazem com que se possa alocar pessoal mais efetivamente entre as diferentes divisões do negócio (MAHONEY, 1992);

6) aumento da motivação, uma vez que seleção e treinamento e socialização podem minimizar as divergências entre pessoas e colaborar para convergência de objetivos (EISENHARDT, 1985).

Desafios e dificuldade enfrentados:

1) diminuição da escala e o aumento dos custos marginais do produto, uma vez que a produção é voltada a um único cliente; inovações podem não ser financeiramente viáveis;

2) possibilidade de integrações mal executadas ou mal indicadas (WILLIAMSON, 1979), sem explorar sinergias ou trocar conhecimentos específicos e permanecendo aquém dos resultados obtido pelos concorrentes (HARRIGAN, 2003);

3) distanciamento dos mecanismos de controle competitivo e burocratização de processos internos podendo tornar a empresa defasada em relação à novas tecnologias e metodologias de gestão, em razão da redução da troca de informação, conhecimento e experiências (BALAKRISHNAN; WERNERFELT, 1986).

Em relação aos motivos básicos que levam à implantação da verticalização estão as considerações sobre os custos de transação; considerações estratégicas;

vantagens de preço em *outputs* ou *inputs* e incertezas de preço dos *inputs* ou custos dos *outputs*.

Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 42) enfatizam que diversos autores, pesquisados sobre gestão em saúde norte-americana, enumeram vantagens do processo de verticalização das empresas de saúde daquele país, citando controle dos custos de produção e aumento do poder de negociação com fornecedores e compradores de serviços, gerando fortalecimento da posição competitiva das empresas verticalizadas. Porém, para Porter e Teisberg (2006), a integração vertical nos Estados Unidos contribuiu para diminuir a competitividade entre empresas de planos de saúde e prestadores de serviços médicos”, uma vez que ao estabelecer redes afiliadas de atuação local, capitaneadas por empresas de plano de saúde, HMO – *Health Maintenance Organizations*, em negociação por escala e preço, celebram acordos com prestadores de serviços de saúde (médicos, clínicas e hospitais locais) em detrimento de indicadores de resultados e valor agregado aos clientes. No entanto, os motivadores desse movimento no Brasil e Estados Unidos são distintos, e por isso podem ou não gerar benefícios na realidade das empresas verticalizadas.

No entanto, Porter e Teisberg (2007, p. 153), também mencionam que sistemas verticalmente integrados podem ter um lugar num sistema dirigido pelo valor, no sentido de atendimento total de uma condição de saúde, mas têm que conquistar esse lugar. Acrescenta que “O valor pode ser maior ainda se atendimento e aconselhamento preventivo forem fornecidos ao longo do tempo, de forma que pouco ou nenhum tratamento seja necessário (2007, p. 146).

Os autores defendem que “Sistemas integrados devem competir em resultados em nível de condição de saúde com prestadores não integrados”. E, acrescentam que as “organizações de prestadores em sistemas verticais têm que estar sujeitas à mensuração e emissão de relatórios de resultados em nível de condição de saúde” e, que “sem transparência sobre os resultados, os segurados

em um sistema fechado não terão garantia de que o atendimento que recebem seja excelente”.

Quanto às estruturas de unidades de negócios, estas devem se organizar em torno do cliente, sob um gerente geral com responsabilidade total, reunir todas as habilidades de instalações para atender às necessidades gerais do cliente, e permitir a integração da prestação de serviço, por meio do trabalho estratégico de grupos de médicos alinhados e que compartilhem os processos de atendimento.

Ramos (2011, p. 24) acrescenta que “Os fatores relevantes para uma verticalização são: tamanho da carteira, capacidade de direcionar a clientela aos serviços próprios, capacidade de investimento, gestão profissional; e situação do mercado”. Segundo a autora, uma carteira precisa ter uma carteira muito grande para ter sucesso no empreendimento de verticalização; as autogestões tem se apresentado como entrave, em razão do hábito na utilização de livre escolha (cultura e costumes); a questão investimentos é relevante, tendo em vista a necessidade de aquisição de equipamentos, materiais e pessoal especializado; o processo precisa de gestão profissionalizada, ou seja, com expertise na gestão de hospital, clínica ou laboratório, e por fim a situação de mercado aponta ser a verticalização uma boa alternativa, desde que aplicada com cuidado, com base e muito profissionalismo.

Publicação, realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRMESP), capítulo intitulado “Os riscos da verticalização”, menciona que “Em busca de uma verticalização que reduz o custo de transação” as operadoras passam a ter controle sobre toda a linha de produção, e monopolizam o mercado, acrescentando que “Há uma vantagem legal que incentiva a verticalização e desequilibra o mercado em benefício das operadoras de saúde”, que passa a ter um controle muito maior sobre os prestadores de serviço, e em um cenário competitivo, a qualidade pode ser substituída pela sustentabilidade do negócio, não se vendo “com clareza a linha divisória entre o resultado econômico e a qualidade da assistência”. Em relação aos médicos, sustenta que ameaça o mercado de

trabalho e quanto ao paciente, argumenta que haverá impacto sobre a liberdade de escolha (on line, acesso em: 10 de maio de 2016).

### **3.4. Atenção Integral e Integrada à Saúde e Promoção à Saúde**

É consenso mundial que a promoção à saúde e a prevenção de doenças são as únicas maneiras de proporcionar qualidade de vida aos clientes (pacientes), com equilíbrio na utilização dos recursos financeiros disponíveis (Relatório de Gestão – 2011 – Unimed São José dos Campos, on line, acesso em: 10 de maio de 2016).

No cenário ideal, esperado pela ANS, as operadoras de saúde deveriam se comportar como gestoras da Saúde, os prestadores como produtores de cuidados e os beneficiários, desenvolver a consciência sanitária (BALZAN, 2011, p. 6). Porém, a falta de conhecimento da epidemiologia dos atendimentos ambulatoriais torna difícil a mensuração das necessidades de internação e demanda para utilização dos vários níveis de assistência no sistema de Saúde, dificultando a operadora de plano de saúde trabalhar como gestora de saúde (BALZAN, 2011, p. 5).

Zucchi e Ferraz (2010, p.381) referem que “Os programas de prevenção e coordenação de cuidados de saúde procuram melhorar desfechos clínicos e a satisfação do paciente e de seus familiares”, acrescentando que promovem adesão ao tratamento médico; previnem exacerbações ou as detecta precocemente; previnem complicações ou retardam a história natural das doenças; previnem ou reduzem a gravidade das comorbidades que complicam o manejo da doença principal e promovem mudanças no comportamento ou estilo de vida (cessação do fumo, prática de exercício físico e alimentação saudável). Acrescentam que a falta de investimento em educação e promoção da saúde e a da prevenção de doenças mostram a visão de curto prazo nas ações das operadoras, impedindo a adoção de ações voltadas para a referida promoção e prevenção (2010, p.59).

Com a verticalização, ampliaram-se os programas de promoção de saúde, de prevenção de moléstias e de acompanhamento de casos crônicos, contribuindo para estabilizar os índices de sinistralidade. Porém, um fator que, por muitos anos, desestimulou investimentos em promoção de saúde e prevenção de doenças, caracterizadas por resultados de longo prazo, é a baixa de fidelização dos clientes. No entanto, em relação a terceira idade, sabe-se que apesar do acréscimo da qualidade de vida, obtido pelos idosos, essa faixa etária está mais sujeita a doenças crônicas, e segundo estudo da OECD (1998), o custo médico per capita dessa população com uma ou mais doenças crônicas é cinco vezes maior, e apesar das medidas preventivas e de acompanhamento, os maiores usuários em termo de gastos, dificilmente conseguirão reduzir a sinistralidade no longo prazo (ALBUQUERQUE e FLEURY, 2011, p. 46).

Nesse sentido, Porter e Teisberg (2007, p. 157), referem que o modelo de unidade de prática integrada pode ser aplicada à assistência primária, sendo esta, um “conjunto de unidades de prática, cuja extensão depende da população de pacientes a ser atendida”, e que a referida unidade é o que se poderia chamar de manutenção geral da saúde, englobando monitoração inicial, diagnóstico preliminar e atendimento preventivo ou na extremidade final do ciclo de atendimento, gerenciamento de doença, ou ambos. E, ainda, que cada unidade tem que ser obrigada a desenvolver e implementar um plano de mensuração, desenvolver a sua própria métrica em cada nível de hierarquia e melhorá-las ao longo do tempo (2007, p. 163).

Complementando a proposta de unidade prática integrada, Porter e Teisberg (2007, p.163 e 164), mencionam que medidas de resultados, avaliação das complicações, precisão de diagnóstico, registros em prontuário por longo período de tempo e *feedback* dos pacientes sobre a percepção do atendimento e resultados são passos e etapas que precisam ser seguidos para avaliação da estratégia de integração vertical.

Os autores acrescentam que a prestação dos serviços de saúde é extremamente fragmentada hoje, e de uma forma que não cria valor para os pacientes “no sentido de ter grupos de indivíduos qualificados trabalhando constantemente juntos ao longo do tempo e de um modo focado para atingir a verdadeira excelência”, pois muitos prestadores e médicos independentes são generalistas, tratando de tudo no seu campo, e sem integração com outros profissionais (2007, p.154).

O fenômeno do ganho em qualidade de vida e maior longevidade geral também é fruto dos avanços científicos e tecnológicos, porém um aspecto problemático desse avanço é o custo crescente na assistência à saúde em razão da incorporação tecnológica, que assume um caráter cumulativo e não substitutivo (DAMÁZIO; GONÇALVES, 2013, p. 45). Porém, Porter e Teisberg (2007, p. 127) referem que “os resultados dos pacientes irão melhorar se os casos complexos forem encaminhados a prestadores mais especializados, esclarecendo que

À medida que os planos de saúde se focarem em valor, eles descobrirão que prestadores excelentes normalmente custam menos, porque, em geral, a qualidade e a eficiência melhoram simultaneamente [...]. Os planos de saúde também precisarão confiar nos seus clientes e mantê-los bem informados. A evidência empírica mostra que pacientes informados tendem a escolher tratamentos menos invasivos e menos caros, e a alcançar melhores resultados [...]. A mensuração dos resultados, portanto, não é algo a que se resistir, e acarreta um papel central para os planos de saúde.

Ainda para os autores,

Não faz sentido argumentar que inovações que curam doenças não baixam os custos nem aumentam o valor. Esse ponto de vista confunde criação de valor no tratamento de uma condição de saúde com os custos de se tratar uma outra condição de saúde no futuro. Esse mesmo ponto de vista ignora as contribuições positivas de indivíduos mais saudáveis, inclusive as receitas injetadas por eles no sistema de seguro-saúde, e o valor de uma qualidade de vida (inclusive menos necessidade de tratamento) para os pacientes.

Referem também que

Estima-se que de 70 a 75% dos gastos da nação com assistência à saúde são destinados a tratamentos de condições crônicas (doenças que não se curam), como doença cardíaca, artrite, câncer, diabetes, úlceras, AIDS, anomalias congênitas, esquizofrenia e depressão, que ocorrem em idades variadas. Obviamente, as inovações médicas que evitam, curam ou minimizam os efeitos de condições crônicas trazem enormes melhorias na qualidade de vida, ao mesmo tempo que reduzem os custos vitalícios da assistência à saúde de todos os pacientes afetados. Da mesma forma, avanços no gerenciamento de condições crônicas prometem melhorar a qualidade de vida e reduzir os custos. Em resumo, a premissa de que a inovação em medicina necessariamente eleva os custos é errada e precisa ser abandonada.

A discussão sobre a importância da promoção da saúde como componente da qualidade de vida foi iniciada em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, e se estendeu gradativamente aos demais países, inicialmente focando na saúde pública e posteriormente alcançando o setor privado. A questão enfrenta desafios em todo o mundo, tendo em vista a limitação do percentual do comprometimento do PIB com os cuidados em saúde (RABELLO, 2010, p. 109).

Rabello (2010, p. 109 a 112) relata os Acordos das Conferências e Resolução OPAS/OMS sobre promoção da saúde, mostrando a evolução do conceito até alcançar o setor privado e a importância global sobre o assunto.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (WHO/Unicef, 1978), em Alma Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, estabeleceu a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, sendo a atenção primária à saúde, a possibilidade para seu alcance. Nesse sentido, a saúde passaria a contribuir para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial. A atenção primária à saúde tem por objetivo a atenção universal, integral (promoção, proteção, tratamento e reabilitação), prestada por equipe multidisciplinar (RABELLO, 2010, p. 109).

A Carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde – OMS/Associação de Saúde Pública Canadense, em 1986, teve como ponto de partida a “Declaração de Alma-Ata sobre a Atenção Primária à Saúde”, o documento “Objetivos da Saúde para Todos” e debates sobre a ação

intersetorial da Assembléia Mundial da Saúde, à época, sendo a saúde entendida como fonte de riqueza da vida cotidiana e maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e por isso considerada uma dimensão fundamental da qualidade de vida (RABELLO, 2010, p. 110).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (OMS, 1988) em Adelaide, Austrália, ratificou os documentos anteriores e aprovou a “Declaração de Adelaide”, identificando quatro áreas prioritárias para ações imediatas por meio de políticas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, combate ao alcoolismo e tabagismo e criação de ambientes saudáveis. O Brasil participou dessa Conferência (RABELLO, 2010, p. 110).

A primeira Conferência realizada na América Latina (Santafé de Bogotá, Colômbia) ocorreu em 1992, e reconheceu como desafio a promoção da saúde na região. O Brasil participou dessa conferência (RABELLO, 2010, p. 111).

A OMS, em 1994, propôs a melhoria, até 2004, de quatro áreas consideradas prioritárias: estado de saúde; atenção à saúde; estilo de vida e meio ambiente (RABELLO, 2010, p. 113).

A Quarta Conferência (1997), em Jacarta, Indonésia, orientou a promoção da saúde no século XXI, e ainda incluiu o setor privado no apoio à promoção da saúde (RABELLO, 2010, p. 111).

Evoluindo na estratégia da saúde como qualidade de vida, Rabello (2010, p. 114) refere que

Para o período 2003-2007, no Plano da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 2002) constaram as seguintes áreas estratégicas: prevenção e controle e redução de doenças transmissíveis; prevenção e controle de doenças não-transmissíveis; promoção de estilos de vida e ambientes saudáveis, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O autor acrescenta que “A atenção primária, corretamente utilizada, é a base para a promoção da saúde e exige que todo o sistema de saúde se reordene para que a equidade, o *empowerment*, a *advocacy*, a integralidade, a referência e a contrarreferência aconteçam de fato [...]” (RABELLO, 2010, p. 169).

Sobre a qualidade de vida, Porter e Teisberg (2007, p. 222 e 223) enfatizam que “Todo plano de saúde precisa conduzir programas abrangentes de gerenciamento de riscos e de prevenção e gerenciamento de doenças, dos quais participem muitos, se não a maioria, dos clientes do plano”. Complementam que “ À medida que os planos passarem progressivamente a competir em resultados na saúde e os seus horizontes de tempo se ampliarem, programas de prevenção e gerenciamento de doenças serão elementos essenciais das estratégias dos planos de saúde”.

Os autores alertam ainda que

O gerenciamento de doenças é especialmente importante para condições crônicas, que respondem por nada menos que 75% das despesas totais com assistência à saúde, e segundo as projeções, afetará mais pacientes nas próximas décadas. [...] Embora as condições crônicas sejam incuráveis, a qualidade de vida pode ser melhorada, e a necessidade de serviços médicos pode ser significativamente reduzida com o tipo adequado de tratamento. A avaliação de risco, junto com o tratamento que reduza os riscos ou evite que se contraia a doença ou lesão, é fundamental para a competição baseada em valor. A avaliação de riscos, somada à informação e aconselhamento, cria uma compreensão personalizada da necessidade de alterar hábitos de vida e cumprir as terapêuticas preventivas. Essa é outra mudança de mentalidade crítica: no lugar de pagar por tratamento da doença no estágio agudo, passar a minimizar ou prevenir a doença com uma intervenção mais precoce.

O sucesso dos programas de prevenção depende do relacionamento com os clientes e médicos e, num sistema de confiança e parceria, os clientes ajudam no gerenciamento da sua saúde ao fornecer as informações necessárias. A estratégia se consolida a medida que as empresas mensurem o valor e os resultados na saúde, e não simplesmente os custos de curto prazo dos seus programas de benefício-saúde (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 222). “O valor ao paciente é a

bússula que deve forçosamente guiar a estratégia e as escolhas operacionais de todo grupo de prestadores, hospital, clínica e prática médica” (2007, 145). Dessa forma, “A principal meta deve ser a excelência no valor ao paciente” (2007, p. 144).

Em relação aos prestadores, os planos de saúde precisam recompensá-los pela sua excelência, e alguns planos de saúde estão indo nessa direção com seus programas de pagamento por desempenho (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 226).

#### 3.4.1. Sistema de Informação – Prontuário Eletrônico

Para Zucchi e Ferraz (2010, p. 382), “O sistema de informação é condição *sine qua non* para o sucesso dos programas”, pois essa base contempla os dados cadastrais, histórico de utilização dos recursos de saúde e dados clínicos dos pacientes e epidemiológicos. Sendo assim, o prontuário eletrônico funciona como ferramenta de ligação entre a equipe multidisciplinar e a gestão do cuidado.

### **3.5. Avaliação do Desempenho Financeiro**

Gerir as finanças de uma empresa significa proteger seu caixa da utilização imprópria ou ineficiente e garantir que a organização tenha dinheiro para suas necessidades operacionais e estratégicas, ou seja, a gestão financeira foca as decisões de investimento e financiamento de recursos no curto e longo prazo, garantindo sua liquidez - honrar compromissos assumidos - e buscando rentabilidade - maior retorno em relação ao capital investido – (ZUCCHI; FERRAZ, 2010, 223).

Os autores referem que a avaliação do desempenho financeiro é realizada por meio da análise dos demonstrativos financeiros e seus indicadores, em regra, em um horizonte dos três últimos anos, no mínimo. Os indicadores auxiliam a descrever e comparar o desempenho financeiro com pares do mercado e com exercícios anteriores, sendo, estes, classificados em cinco grupos:

1) Índices de tamanho comum (resultado operacional por receita);

2) Índices de liquidez (quantidade do ativo que é caixa ou pode rapidamente ser convertido) para pagamento de curto prazo (ativo corrente/passivo corrente) ;

3) Índices de solvência ou endividamento (capacidade da empresa honrar seus compromissos por vários exercícios);

4) Índices de eficiência (giro do ativo);

Índices de Lucratividade (importância na condição de gerar lucro para se manter capaz de atualizar-se e evoluir: margem operacional; margem de lucro; ROE (retorno do investimento para o patrimônio líquido:  $ROE = LL/PL \times 100$ ); ROI (razão entre o resultado líquido e o capital total investido:  $ROI = L. OPER/Investimento \times 100$ ) e ROA (relação entre lucro líquido e o total dos ativos:  $ROA = LL/AT \times 100$ ).

Dessa forma, ROA permite avaliar a capacidade dos ativos para gerar resultados e ROE permite avaliar a rentabilidade do capital próprio.

Em relação aos resultados, EBITDA é primeiro limiar de resultados, antes de gastos financeiros, impostos e gastos com amortizações; EBIT, segundo limiar de resultados, antes de juros e impostos, e EBT, terceiro limiar de resultados, devendo ser considerados todos os itens não operacionais (rendimentos e gastos financeiros) excluídos do cálculo do EBITDA e EBIT.

Em relação ao patrimônio líquido, este corresponde ao saldo de ativos de uma empresa. Estando o desempenho financeiro de uma operadora de saúde incluído em sua responsabilidade social para como seus associados e demais *stakeholders*.

### 3.6. Responsabilidade Social Corporativa

Segundo Zarpelon (2006, p. 15)

Responsabilidade Social Corporativa é a responsabilidade assumida diante da sociedade, em relação à geração de empregos, a pagamento de salários dignos, à arrecadação correta da carga tributária, ao aumento da qualidade de vida, à assimilação e transferência de tecnologia, ou a qualquer outro fator que possa agregar benefício para a gestão e para a sociedade.

Ao considerar mais importante a função social empresarial em relação ao lucro, quebra-se o paradigma, e uma das maneiras das empresas tornarem público esse compromisso é divulgando seu Balanço Social, isto é, documento formal, que permite a visualização socioeconômica, no qual a organização demonstra possuir interesse pelo bem-estar social, e não somente pelos lucros corporativos, tendo como argumentos sustentados por Paul Samuelson, economista norte americano, (ZARPELON, 2006, 27, 29):

lucros de longo prazo nos negócios; melhor imagem social e pública dos negócios; evitar deliberações e taxas do governo; organizações possuem obrigação ética; negócios devem prover melhores condições de maneira individual e holística.

A Responsabilidade Social Corporativa (RSC) se desenvolve em estágios de maturidade, indo desde *denier* (negação; nenhuma responsabilidade social, e impacto ambiental e econômico na lei), passando pelos diversos estágios (*complier* (requerimento legal e prevenção local de negócios padrões nos mercados em que atuam); *risk mitigator* (nesse nível há maior aproximação, procurando mitigar os riscos, e encontrar oportunidades); *opportunity maximiser* (as empresas assumem mais responsabilidades pelos impactos social, econômico e ambiental, comprometimento para o desenvolvimento sustentável é requerido como forma de criar níveis verdadeiros de oportunidades sistematicamente), até alcançar a maturidade completa, isto é, *champion* (visão de sustentabilidade verdadeira, de mudança do jogo, verificada em estratégia comercial sustentável, ações visionárias,

promovendo governança e sustentabilidade de outros, tal característica se observa em alguns CEOs e em algumas questões ), conforme Aínsbury e Grayson.

Bulgacov et al (2007, pag. 80), acrescenta que estudo realizado em Harvard mostra que as empresas socialmente responsáveis apresentam taxa de crescimento quatro vezes maior do que as focadas apenas no lucro, o que se baseia no fato de que uma sociedade melhor tem maiores condições de fornecer lucro às empresas.

A Responsabilidade Corporativa da Mútua é demonstrada através de seus objetivos principais, tais como proporcionar sustentabilidade a seus associados, no sentido de prestar assistência à saúde com qualidade e baseada em boas práticas médicas (medicina baseada em evidências) e melhorar a qualidade de vida; e à empresa, ou seja, reduzir custos sem que haja cortes nos benefícios oferecidos, uma vez que a inflação dos custos médicos é crescente, assim como o envelhecimento de sua carteira de associados (aumento médio de 38% no quantitativo de associados com 70 anos ou mais em 05 anos).

Seus valores, definidos na ocasião do planejamento estratégico em 2008 e, redefinido, em 2014, são: ética, solidez, qualidade, eficácia, eficiência, compromisso, credibilidade, segurança, acesso, acolhimento, conforto, humanização, transparência, comunicação/informação e satisfação.

Sua Missão foi definida conforme seu segmento em saúde, ou seja, por ser operadora de saúde, e representa manter o foco no gerenciamento do cuidado e na ação integral à saúde de seus associados por equipe de profissionais de diferentes disciplinas de conhecimento, visando adoção de hábitos saudáveis e qualidade de vida (gestão da saúde), enquanto que, por visão pretende ser referência de excelência na Saúde Suplementar no prazo de 02 anos a partir de 2104, tanto interna (pelos associados), quanto externamente.

Pelo termo Responsabilidade Social Corporativa, a Mútua entende o comportamento ético e responsável englobando todos os *stakeholders*, ou seja,

associados, colaboradores, prestadores de serviço, governo e a sociedade como um todo. Entende que para ser sustentável, precisa observar a sustentabilidade de todos e ainda do ambiente.

### 3.6.1.Desenvolvimento da RSC na empresa

Em 2006, a empresa reestruturou os processos e implantou Unidades de Negócios (Auditoria Interna, Pertinência, Quimioterapia, Análise Médica de Tabela / Contrato,. OPME, Home Care, Auditoria Médica Externa, Auditoria Enfermagem Externa, Call Center Médico, Gestão de Associados, Digitação de Processos, Credenciamento, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Compras, Arquivo, Gestão de Contratos e Documentos, Tabela/Desenvolvimento, Telefonia, Call Center ADM, Contas a Pagar e Receber, Contabilidade, Gestão de Risco, Programação TI, Suporte de TI, Programas de Prevenção, Campanhas de Saúde, Atividade Física, Monitoramento dos Pagamentos, Qualidade/Serviço Social, ANS e Ouvidoria), melhorando substancialmente o serviço interno e a satisfação dos clientes internos e externos, e iniciou os programas de prevenção de doenças, começando pelo *check-up*, e posterior extensão aos demais programas, sendo todos mantidos até a presente data. Cinco Programas de Saúde foram aprovados pela ANS em dezembro de 2015, e 02 estão em fase de reestruturação.

Dessa forma, visando a responsabilidade social corporativa a empresa entrevistou:

1) nos processos internos administrativos;

2) nos processos assistenciais com a verticalização ambulatorial da assistência aos associados;

3) na informatização dos processos, pois prontuário eletrônico foi implantado por ser instrumento que permite acesso a todos os profissionais de saúde, facilitando a troca de informação entre os profissionais e integrando a assistência do paciente, gerando, assim, qualidade ao atendimento;

4) na gestão de pessoas, implantando diversos benefícios, procurando conciliar seus objetivos como os dos colaboradores, o que proporcionou comprometimento com dos colaboradores com a empresa, baixa rotatividade e retenção de talentos;

5) na sustentabilidade dos seus prestadores de serviços (hospitais, laboratórios e profissionais de saúde), praticando tabelas e honorários diferenciados e acima do mercado;

6) na questão ambiental, deixando de usar utensílios descartáveis (copos, pratos e talheres), e doando todo o material de descarte de tecnologia de informática para uma associação de funcionários do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, visando reciclagem;

7) no relacionamento com os *stakeholders*, por reconhecer sua responsabilidade sobre o impacto de suas atividades, reforçando a comunicação e a transparência por meio de diversos canais, tais como site, rede social, boletim eletrônico, *e-mail marketing*, informativos etc;

8) no compromisso com a sociedade, isto é, no sentido de participação em Congressos Médicos Nacionais e Internacionais, visando a divulgação de pesquisas realizadas dentro de sua área de atuação como forma de compartilhar conhecimentos;

9) nas finanças, tendo em vista que o desempenho econômico- financeiro da empresa melhorou, refletindo toda o resultado das alterações implantadas desde 2006. A sinistralidade (despesas assistenciais/receita) está equilibrada e ainda menor do que a média divulgada pela ANS para as operadoras de autogestão. A reserva técnica aumentou e a liquidez corrente é satisfatória.

A motivação da empresa em suas práticas de RSC está justificada conforme sua missão, ou seja, excelência no atendimento assistencial de seus associados e garantia e manutenção da sustentabilidade de todos, e para alcançar esse objetivo necessitou aumentar o investimento, utilizando mais recursos financeiros.

Entendendo que seus colaboradores deveriam ter também suas necessidades supridas, assim como os prestadores de serviços, para que pudessem impulsionar o desenvolvimento organizacional, não tardou em focar nos funcionários, adequando os salários e oferecendo vários benefícios, e melhorando a tabela de honorários dos prestadores, respectivamente.

Após toda a mudança voltada para a responsabilidade social corporativa a empresa alcançou sua sustentabilidade de todos e a sua própria, pois se encontra em posição favorável em relação às demais operadoras de saúde, conforme publicações da ANS. Focou na sustentabilidade a longo prazo, e não a imediata, e por isso seus resultados são consolidados.

### 3. 6.2. Estágio de maturidade

A empresa encontra-se no estágio 4 de maturidade, ou seja, *Opportunity Matigator*, uma vez que mitiga e procura minimizar o impacto social, ambiental e econômico negativos e ainda maximiza impactos positivos pelo desenvolvimento de novas oportunidades de negócios por meio da criação dos programas de prevenção de saúde.

Em alguns aspectos encontra-se no estágio 5 (*Champion*), pois a liderança tem autonomia para inovar em soluções necessárias que atendam às necessidades dos associados. A gestão de pessoas é bem avançada no sentido de proporcionar aos colaboradores muitos benefícios, reconhecendo o trabalho com comprometimento, os estagiários em regra são aproveitados e a rotatividade é baixa.

A empresa compartilha inovação e conhecimento interna e externamente (Congressos Médicos), e ainda criou novo modelo de gestão sustentável, podendo inclusive servir de exemplo para suprir a dificuldade de outras Operadoras nos custos da Saúde Suplementar, refutando o entendimento de que operadora de pequeno porte é de grande risco pelo porte, pois demonstrou com os resultados obtidos de que o maior fator de sucesso é a gestão eficiente e não o porte da operadora.

A empresa encontra-se preparada para iniciar processo de certificação (acreditação) e apesar da crise econômica iniciada em 2008, a Mútua expandiu seus serviços com a implantação do Espaço Barra (filial) em 2015, e um anos após a inauguração da filial (2016), o espaço foi ampliado, visando suprir ainda mais as necessidades de seus associados.

Gestão responsável com foco na responsabilidade social e qualificação na prestação dos serviços são os fatores de sucesso que a cada ano agrega valor ao cliente no que diz respeito à sua saúde (qualidade de vida) e à sustentabilidade da empresa, dos colaboradores e dos prestadores de serviço.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984) enfatizou que a promoção da Saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e seus ambientes, sintetizando a escolha pessoal e a responsabilidade social na saúde para criar um futuro saudável, onde se reconhece a necessidade de mudança no estilo de vida para promover saúde (RABELLO, 2010, p. 182).

Porter e Teisberg (2007, 240 e 241), complementam, afirmando que

Os planos de saúde precisam substituir a cultura de recusa pela cultura de saúde ao paciente. A comunicação desses valores estará não apenas no que o plano diz, mas também no que ele faz. Responsividade, justiça, consistência, integridade e capacidade de ouvir serão necessárias em todas as interações com todas as partes para dissipar a desconfiança que se acumulou.

Aqueles planos de saúde que conseguirem se mover nas direções que traçamos aqui terão funcionários muito mais motivados e dedicados. A satisfação de criar valor para os pacientes e de trabalhar com prestadores centrados em resultados, em vez de restringir e se superpor a decisões serão palpáveis para todos os envolvidos.

Imagine se um plano de saúde fosse visto como um especialista em saúde e o maior defensor de seus membros. Imagine se um plano de saúde informasse os seus membros e reduzissem a ansiedade da doença. Imagine se os membros soubessem que seu plano de saúde se dedica a obter o melhor prestador para a condição de saúde deles, e recebessem o tratamento mais eficaz e atual. Imagine se os planos de saúde assumissem a responsabilidade por ajudar um paciente a transitar pelo sistema. Imagine se os membros e os planos de saúde trabalhassem juntos para manter o membro saudável. Imagine se os interesses dos planos de saúde, dos pacientes, prestadores e patrocinadores estivessem todos fundamentalmente alinhados. Se os planos de saúde fossem dedicados à saúde, as consequências em termos de criatividade, inovações e valor da assistência à saúde seriam enormes.

## 4. PESQUISA NO SISTEMA DE GESTÃO

### 4.1. Análise e Tratamento dos Dados

#### 4.1.1. Evolução da Verticalização Ambulatorial: Avaliação Geral dos Programas de Saúde

Albuquerque e Fleury (2011, p. 46) referem que “Quando algumas empresas passaram a investir em serviços médicos próprios, alegou-se a possibilidade de proporcionar maior resolutividade a seus clientes, com simultânea racionalização dos recursos”. Complementam que o movimento de verticalização tem como objetivo maior controle dos custos de produção e que a estratégia vem ocorrendo entre as operadoras de medicina de grupo com grandes carteiras de beneficiários. Acrescentando, Zucchi e Ferraz (2010, p. 59) referem que a falta de investimento em educação e promoção da saúde e na prevenção de doenças mostram a visão de curto prazo das operadoras, impedindo a adoção de ações necessárias para o aumento da cadeia de valor ao cliente e, conseqüentemente, para o alcance da sustentabilidade.

A Mútua, operadora de saúde de pequeno porte, optou pela estratégia de verticalização ambulatorial, tendo começado o processo com o *check-up* em 2006, e com um atendimento acanhado, uma vez que os associados não conheciam o serviço e nem a equipe de profissionais de saúde.

O *check-up* da Mútua é realizado em uma manhã e, nesse dia, o associado é examinado por médico clínico e realiza exames de sangue, urina, fezes, ultrassonografia de abdomen, pelve, tireóide e carótidas, realizados por radiologistas, e teste ergométrico por cardiologista (conforme Apêndice A). Avaliação nutricional por nutricionista, onde são usados aparelho de bioimpedanciometria elétrica, para verificação da composição corporal, e *software* Nutro 1.0, para realização de dieta equilibrada e personalizada, e ainda avaliação funcional e

postural efetuadas por professores de educação física, para o diagnóstico de alterações articulares e orientação quanto à realização segura de exercícios físicos, complementam o *check-up*.

Com a adesão crescente dos associados ao *Check-up*, a Mútua optou por implantar a estratégia de verticalização ambulatorial com a intenção de integrar o atendimento e proporcionar qualidade de vida (na dimensão saúde) e redução dos custos assistenciais, uma vez que a sinistralidade era alta e a sustentabilidade estava ameaçada. Os Programas de Nutrição, Saúde do Homem e da Mulher, Cardiovascular e Reabilitação Cardíaca foram os primeiros implantados, tendo em vista o perfil epidemiológico traçado pela análise dos resultados do *check-up*.

Os Programas Saúde do Homem (para associados do gênero masculino e na faixa etária a partir de 40 anos) e da Mulher são realizados duas vezes ao ano, sob a forma de campanha, e objetivam a prevenção de câncer de próstata; ginecológico e mama, respectivamente.

Verificou-se que o Programa Saúde do Homem não evoluiu em termos de adesão ao longo do período pesquisado, enquanto que o Saúde da Mulher apresentou adesão crescente.

Quanto ao Programa de Nutrição, este foi o que obteve maior adesão dos associados, o que é explicado pela influência alimentar nas comorbidades crônicas (obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*), e pela conscientização ocasionada pela visualização gráfica da composição corporal (percentual de massa magra e gorda) medida pela bioimpedanciometria elétrica (In Body 370).

O Programa Cardiovascular foi criado para acompanhar associados portadores de alteração cardiológica ou fatores de risco para seu desenvolvimento, e vem alcançando o objetivo esperado em controlar a hipertensão arterial e em reduzir

as internações por doença cardiovascular. Exames específicos tais como: MAPA, Holter, Ecocardiograma, Cateterismo, entre outros, são solicitados pelo cardiologista se necessários.

O Programa de Reabilitação Cardíaca tem por foco idosos com doença cardiovascular complexa, porém controlada e, por isso, os exercícios físicos são efetuados por professores de educação física e monitorados por médico cardiologista. A adesão a esse programa é baixa, tendo em vista a dificuldade de deslocamento da população-alvo e as intercorrências da doença.

Ao longo dos anos, foram criados outros programas de saúde, visando o atendimento integral e integrado, tais como:

1) Programa Endocrinológico, com a finalidade de acompanhar os associados com excesso de peso, dislipidemia, diabéticos, portadores de alterações na tireóide, osteoporose ou qualquer outra alteração endócrina;

2) Programas Ortopédico e Prevenção de Afecções na Coluna, direcionados aos associados com queixas de dores articulares (grandes articulações e coluna, respectivamente). Verificou-se predomínio do tratamento conservador em detrimento do cirúrgico no serviço próprio, quando comparado com o credenciado.

3) Programas de Prevenção de Câncer de Pele, Cirurgia, Hepatologia, Sarcopenia, Osteopenia, Prevenção da Aterosclerose (PPA), Psicologia, Nefrologia e Cabeça e Pescoço foram também implantados, conforme as necessidades dos associados foram surgindo e visando oferecer atendimento integral.

Os Programas de Sarcopenia e de Osteoporose são direcionados, principalmente, aos idosos, pois são focados na prevenção e correção da redução da massa magra (sarcopenia) e da massa óssea (osteoporose), ambos, muito comuns nessa faixa etária. O rastreamento dessas patologias é realizado pela

bioimpedanciometria elétrica (sarcopenia) e densitometria óssea (osteoporose), respectivamente.

O Programa de Psicologia foi criado recentemente, isto é, há um ano, e tem por objetivo dar suporte aos casos de estresse agudo, e que necessitam de intervenção, para evitar o adoecimento crônico.

O Programa de Oncologia foi extinto em razão da ausência de paciente, e porque as prevenções contra câncer ginecológico, de mama, de próstata e de cólon estão incluídas no *check-up*. Porém, a parceria com o oncologista permanece e, sempre que necessário, os associados são encaminhados ao oncologista.

Com o conhecimento de que a incidência de câncer de cabeça e pescoço é maior em cavidade oral e laringe, o Programa de Cabeça e Pescoço foi implantado, uma vez que a tendência da Mútua é atuar de forma cada vez mais integral.

O Programa Saúde da Criança e Adolescente vem apresentando queda na adesão e, por isso, visando adequar o oferecimento do programa à disponibilidade de tempo da população-alvo (associados na faixa etária entre 09 e 17 anos), a Mútua realizou pesquisa de *marketing*. Plano de *Marketing* foi elaborado e será implantado, objetivando melhorar a frequência ao programa e alcançar 100% da população-alvo em 05 anos, tendo em vista a relevância da prevenção e acompanhamento da obesidade e da síndrome metabólica, pois, nessa faixa etária, as alterações são reversíveis e, além disso, a obesidade predispõe a alterações cardiovasculares precoces na vida adulta. Os exames constantes do programa estão relacionados no Apêndice B.

A Tabela 1 mostra a adesão dos associados aos diversos programas de saúde, desde a criação do *check-up* em 2006. Verificou-se que a adesão foi crescente, e que a fidelização demonstra que a Mútua alcançou seus objetivos no suprimento das necessidades dos seus associados.

**Tabela 1: Programas de Prevenção: adesão (2006 - 2015)**

PROJETOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Check-up	304	381	674	738	738	699	724	706	730	787	6481
Nutrição (Encaminhamento)			198	277	228	329	375	670	1381	1207	4665
Saúde do Homem			57	95	116	110	98	93	80	93	742
Saúde da Mulher			78	65	31	46	45	48	44	101	458
Cardiovascular			75	130	134	144	186	219	225	308	1421
Reabilitação Cardíaca			16	17	16	15	8	7	6	6	91
Saúde do Adolescente			0	31	82	94	84	29	28	26	374
Câncer de Pele			0	0	114	82	98	120	173	191	778
Afecções da Coluna			0	0	142	226	171	216	205	213	1173
Endocrinologia			0	0	108	288	211	236	224	284	1351
Ortopedia			0	0	0	0	239	254	309	398	1200
PPA			0	0	0	0	46	68	115	162	391
Hepatologia			0	0	0	0	0	28	36	39	103
Osteoporose			0	0	0	0	0	0	33	34	67
Sarcopenia			0	0	0	0	0	0	20	5	25
Rastreamento Oncológico			0	0	0	0	0	0	10	0	10
Cirurgia Geral			0	0	0	0	0	0	33	79	112
Psicologia			0	0	0	0	0	8	12	8	28
Avaliação Postural			0	0	0	0	0	0	187	431	618
Cabeça e Pescoço			0	0	0	0	0	0	0	12	12
Nefrologia			0	0	0	0	0	0	0	3	3

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

A estratificação dos participantes dos programas por gênero e faixa etária, discriminada na Tabela 2 abaixo, mostrou a participação maior do gênero feminino (53,16%) e das faixas etárias de 41 anos em diante (70,04%).

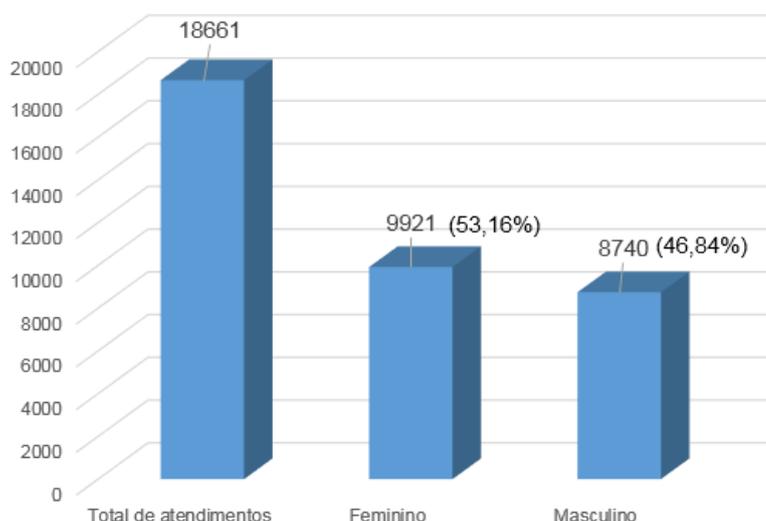
**Tabela 2:** Adesão por faixa etária e gênero a partir de 2008

PROJETOS	Total de Atendimentos	Feminino	Masculino	0 até 19 anos	20 até 40 anos	41 até 59 anos	60 anos em diante
Check-up	5801	3014	2787	49	1486	2261	2005
Nutrição	4665	2472	2193	327	1260	1726	1352
Saúde do Homem	742	20	722	2	45	310	385
Saúde da Mulher	458	458	0	6	81	169	202
Cadiovascular	1421	748	673	19	149	445	808
Saúde do Adolescente	374	184	190	374	0	0	0
Câncer de Pele	778	374	404	18	111	252	397
Afecções da Coluna	1173	707	466	16	254	430	473
Endocrinologia	1351	798	553	10	289	562	490
Ortopedia	1200	719	481	28	220	460	492
PPA	391	264	127	0	61	138	192
Hepatologia	103	38	65	0	15	46	42
Osteoporose	67	50	17	0	0	9	58
Sarcopenia	25	18	7	0	0	4	21
Cirurgia Geral	112	57	55	1	22	41	48
Total	18661	9921	8740	850	3993	6853	6965
Percentuais	100%	53,16%	46,84%	4,55%	21,39%	36,72%	37,32%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

O gênero feminino participou mais dos programas (53,15%), do que o masculino (46,85%), conforme sintetizado no Gráfico 1.

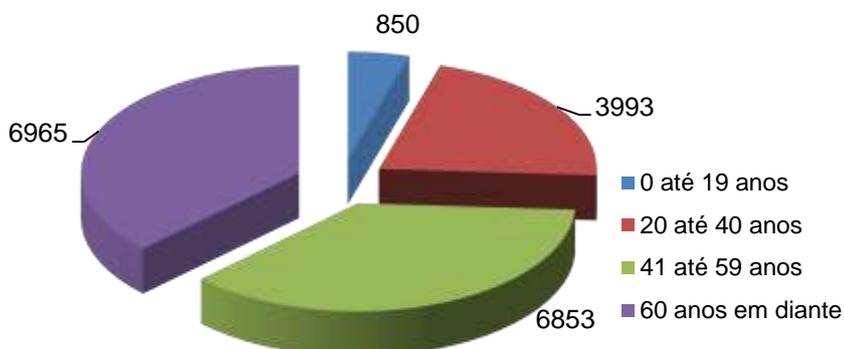
**Gráfico 1:** Estratificação por gênero (n= 18.661)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Em relação à faixa etária (Figura 2), o maior atendimento foi acima de 40 anos, apontando para o alcance dos objetivos da Operadora, uma vez que essa foi a população-alvo definida para o *check-up*. Verificou-se, também, que a população infantil foi a que menos frequentou o serviço, motivo pelo qual Plano de *Marketing* foi elaborado, visando reverter a situação.

**Gráfico 2:** Estratificação por faixa etária (n=18.661)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.2. Perfil Epidemiológico *Check-up* (2008 a 2015)

Segundo Porter e Teisberg (2007, p. 147), as condições de saúde representam a unidade básica de análise para pensar sobre o valor da assistência à saúde. Refere, ainda, que “A definição do conjunto de condições de saúde em torno do qual se deve organizar o atendimento às vezes envolve julgamentos, da mesma forma que a definição de onde deve começar e terminar o ciclo de atendimento”.

Dessa forma, o perfil epidemiológico, traçado a partir de 2008, foi a base para o desenho dos programas de prevenção de doenças da Mútua, pois a verticalização ambulatorial, para ser considerada um fator de sucesso, precisa ser fundamentada nas necessidades dos participantes dos programas, possibilitando, assim, foco no atendimento personalizado dos associados, e maior possibilidade de êxito das intervenções.

O perfil epidemiológico encontrado não foi diferente do descrito na literatura médica, e o atendimento integrado com equipe multidisciplinar, onde os diferentes saberes atuaram em prol da melhora da qualidade de vida dos participantes, favoreceu a atenção à saúde de forma holística, isto é, em todas as dimensões (biológica, emocional/psicológica, social e lazer).

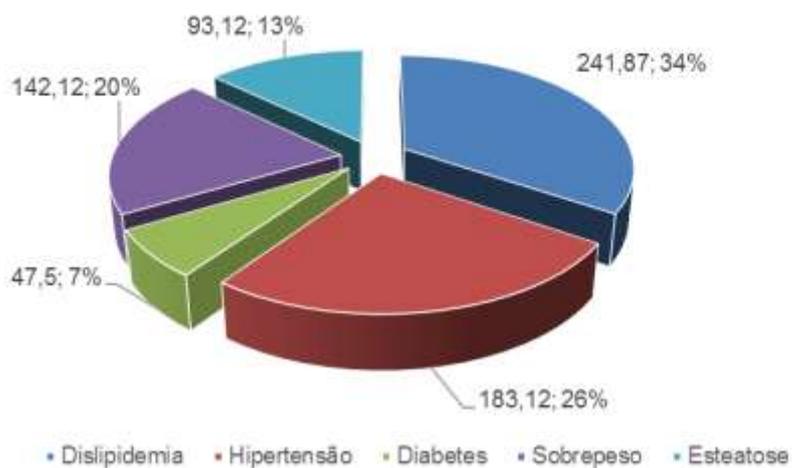
A Tabela 3 e Gráfico 3 mostram que dislipidemia e hipertensão arterial representaram os maiores desafios, representando juntas 58,60% das alterações encontradas, seguidas do sobrepeso (18,59%), esteatose (12,84%) e diabetes *Mellitus* (6,75%).

**Tabela 3:** Perfil epidemiológico

	Dislipidemia	Hipertensão	Diabetes	Sobrepeso	Esteatose
2008 (n=676 )	274	218	74	132	118
2009 (n=741 )	134	188	53	199	91
2010 (n=738 )	178	181	40	187	59
2011 (n=699 )	220	170	45	136	14
2012 (n=724 )	308	208	51	168	101
2013 (n=706 )	307	176	43	121	151
2014 (n=730 )	270	160	40	102	105
2015 (n=787 )	244	164	34	92	106
Médias	241,87	183,12	47,5	142,12	93,12
Média Percentual / Média de check-ups (n=725,12 )	33,35%	25,25%	6,55%	18,59%	12,84%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 3:** Média percentual do perfil epidemiológico



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

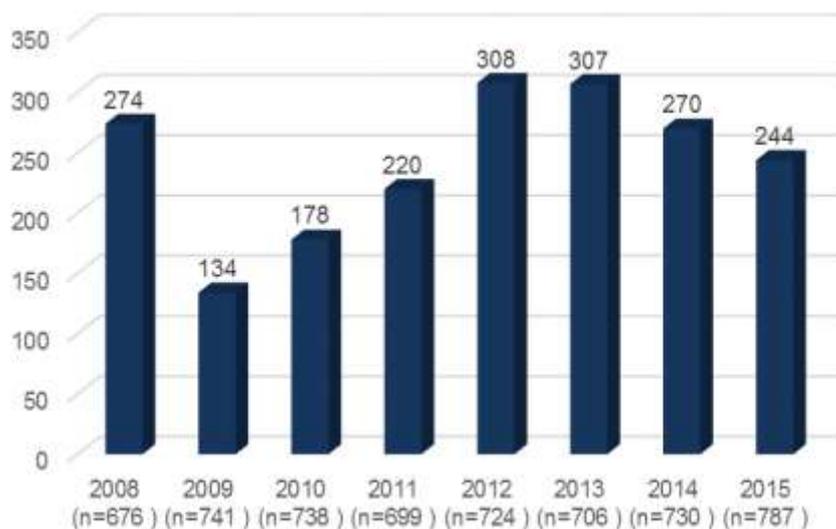
#### 4.1.2.1. Evolução do Perfil Epidemiológico ao Longo do Período

Os gráficos 4 a 8 representam as mudanças no perfil epidemiológico, no sentido de redução quantitativa das alterações diagnosticadas no início da implantação dos Programas, demonstrando que as ações/orientações foram efetivas e eficazes e prestadas com eficiência, uma vez que ao mesmo tempo que proporcionaram qualidade de vida na dimensão saúde, isto é, controle das comorbidades, reduziram o custo assistencial com internações, e em consequência diminuíram a sinistralidade.

##### 4.1.2.1.1. Dislipidemia

Verificou-se uma redução de 11% em relação à quantidade de associados que apresentaram dislipidemia, quando comparado os resultados entre 2008 e 2015.

**Gráfico 4:** Evolução da Dislipidemia

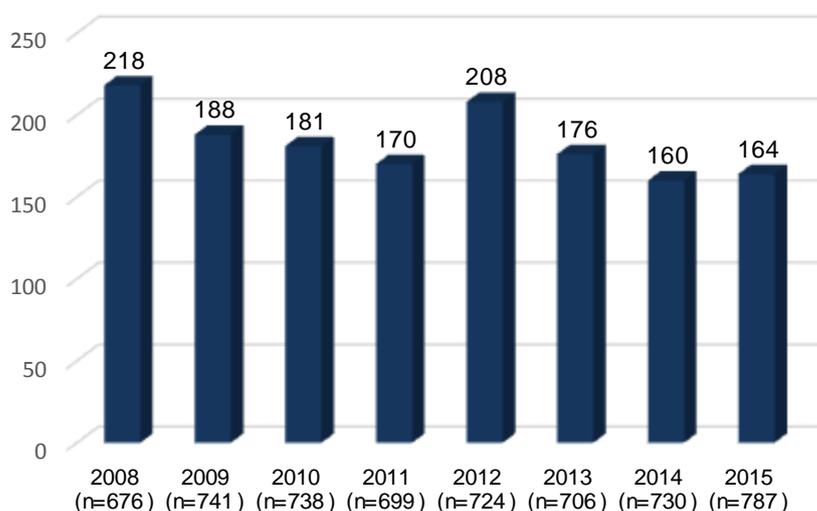


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.2.1.2 . Hipertensão Arterial

Desde 2013, o quantitativo de associados com hipertensão arterial vem decrescendo e mostrando que as orientações da equipe estão sendo seguidas pelos participantes, conforme Gráfico 5, abaixo. A queda da hipertensão, de 2008 para 2015, foi de 25%.

**Gráfico 5:** Evolução da Hipertensão Arterial

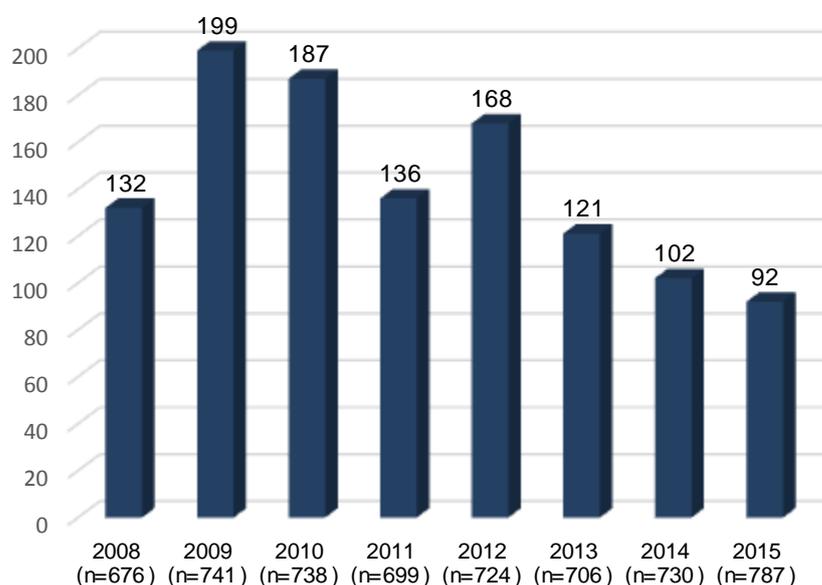


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.2.1.3 . Excesso de Peso

O programa de nutrição vem alcançando uma adesão substancial, e o resultado apresentado no Gráfico 6, mostrou que, desde 2013, o quantitativo de associados com excesso de peso vem sendo reduzido. A comparação do quantitativo de associados com excesso de peso mostrou queda de 30% entre 2008 e 2015. A mudança de hábito para ser eficaz precisa ser gradativa, para que os resultados sejam permanentes.

**Gráfico 6:** Evolução do Excesso de Peso

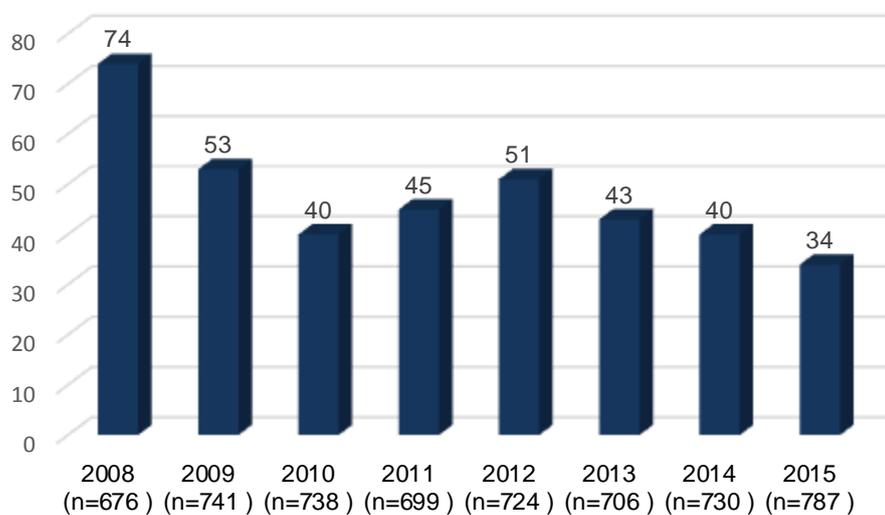


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.2.1.4 . Diabetes *Mellitus*

Comparando os resultados entre 2008 e 2015, verificou-se que a queda no quantitativo dos associados com diabetes *Mellitus* foi de 54%, o que mostra a consistência dos resultados, pois sabe-se que uma das consequências do excesso de peso é a resistência insulínica e a diabetes. O resultado da pesquisa mostrou que uma redução leva a outra, um vez que, melhorando um fator de risco, os demais vão se ajustando em direção a melhora em cascata das condições de saúde.

**Gráfico 7:** Evolução da Diabetes *Mellitus*

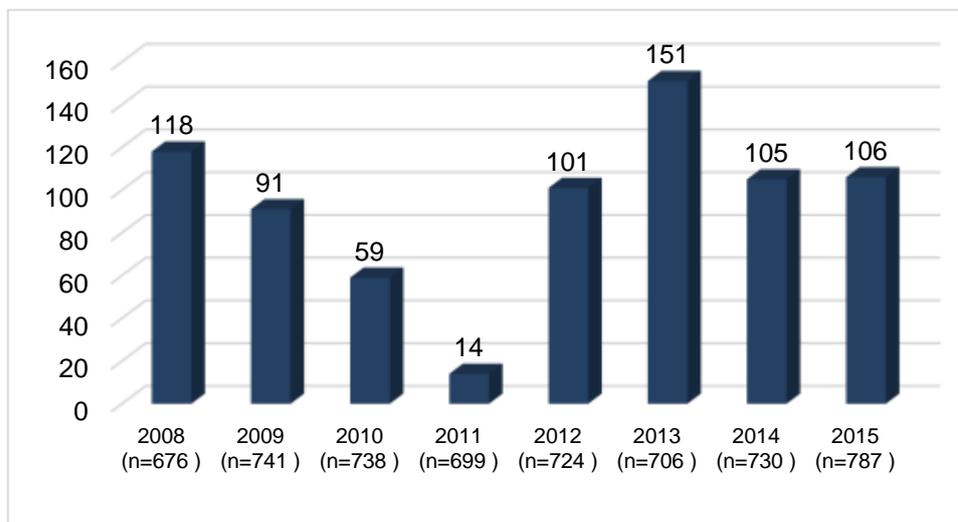


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.2.1.5 . Esteatose Hepática

A queda no número de participantes com esteatose hepática, considerando a comparação entre 2008 e 2015, foi de 10%, ou seja, a menor em relação a todos os perfis epidemiológicos traçados. Embora pequena a melhora, o resultado demonstrou a conscientização quanto à necessidade de acompanhamento da patologia para evitar complicações graves (cirrose e câncer de fígado).

**Gráfico 8:** Evolução da Esteatose Hepática



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3. Avaliação específica dos programas (Check-up, Nutrição, Cardiológico, Endocrinológico, Ortopedia e Prevenção de Afecção da Coluna)

Porter e Teisberg (2007, p. 222 e 223) enfatizam que “Todo plano de saúde precisa conduzir programas abrangentes de gerenciamento de riscos e de prevenção e gerenciamento de doenças, dos quais participem muitos, se não a maioria, dos clientes do plano”. Complementam que “ À medida que os planos passarem progressivamente a competir em resultados na saúde e os seus horizontes de tempo se ampliarem, programas de prevenção e gerenciamento de doenças serão elementos essenciais das estratégias dos planos de saúde”.

Programas de prevenção de doenças foi adotado pela Mútua, tendo, como estratégia de gestão, a verticalização ambulatorial, cujos resultados se mostraram satisfatórios tanto em qualidade de vida na dimensão saúde, quanto em redução dos custos.

O estudo mostrou que o gênero feminino participou mais dos programas de saúde em comparação com o masculino, ou seja, a participação foi de 52% (Check-up); 53% (Nutrição, Cardiovascular); 59% (Endocrinológico); 60% (Ortopédico e

Afecção da Coluna). A adesão aumentou em todos os programas no decorrer dos anos, porém o maior percentual alcançado foi o do Programa de Nutrição, com evolução de 509%, no período entre 2008/2015, apontando para uma maior conscientização da necessidade de se adotar alimentação equilibrada como forma de melhorar a qualidade de vida na dimensão saúde.

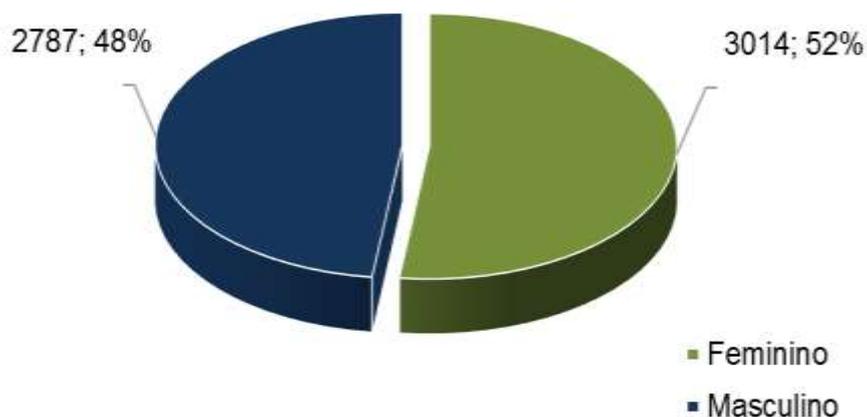
Tabelas e Gráficos abaixo discriminados por Programa de Saúde.

#### 4.1.3.1. *Check-up*

##### 4.1.3.1.1. Estratificação por gênero

O gênero feminino predominou, embora discretamente, na adesão ao *check up* (52,0%).

**Gráfico 9:** Estratificação por gênero

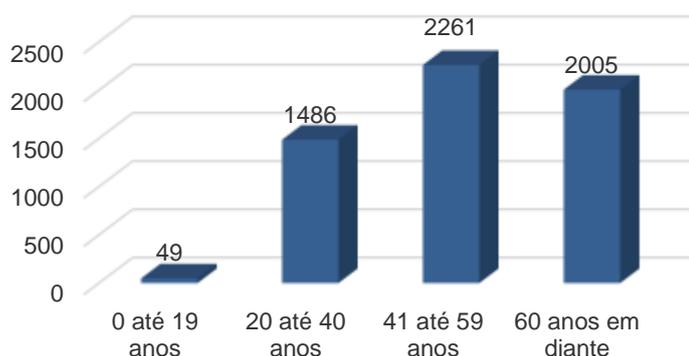


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.1.2. Estratificação por faixa etária

A maior adesão foi dos associados na faixa etária acima de 40 anos, ou seja, população-alvo do check up (4.266 participantes em um total de 5.801).

**Gráfico 10:** Estratificação por faixa etária

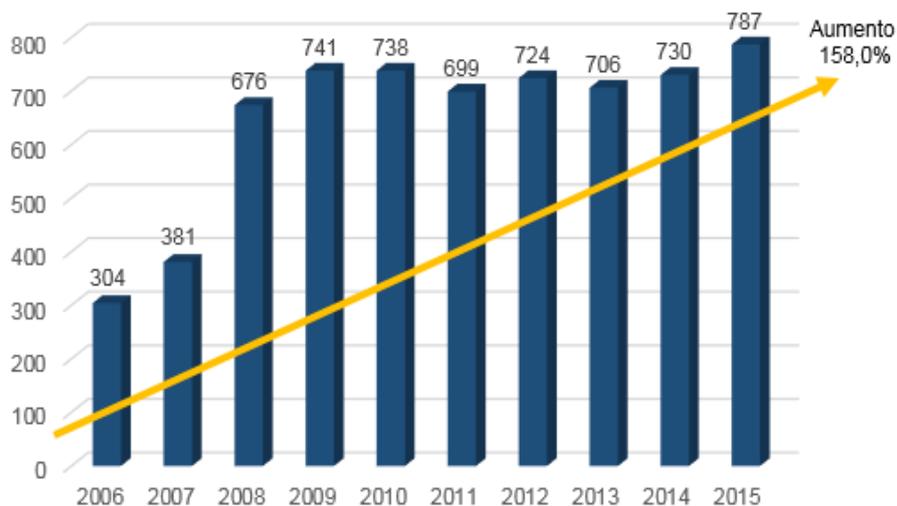


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.1.3. Evolução das adesões

Comparando 2008 e 2015, verificou-se um aumento de 158% nas adesões ao *check up*; considerando 2014 e 2015, a evolução foi de 7,8%.

**Gráfico 11:** Evolução das adesões



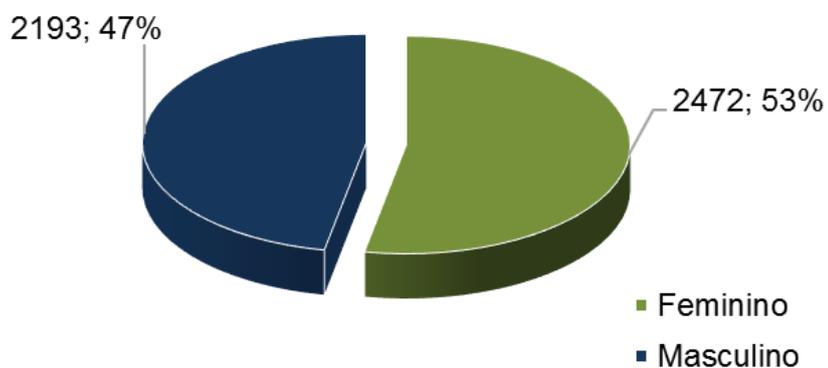
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.2. Programa de Nutrição

##### 4.1.3.2.1. Estratificação por gênero

A maior adesão foi do gênero feminino (53,0%).

**Gráfico 12:** Estratificação por gênero

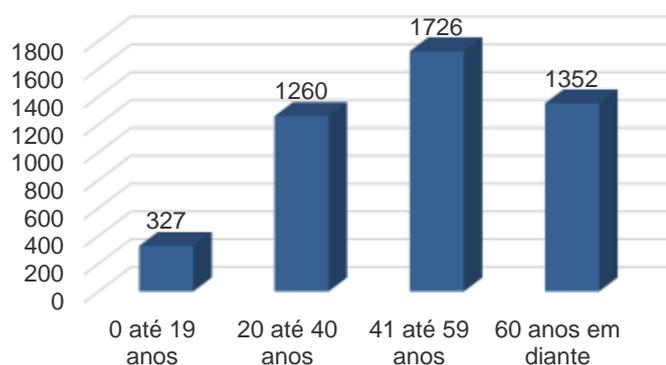


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.2.2. Estratificação por faixa etária

Maior adesão foi na faixa etária acima de 40 anos (3.078 participantes de um total de 4.665).

**Gráfico 13:** Estratificação por faixa etária

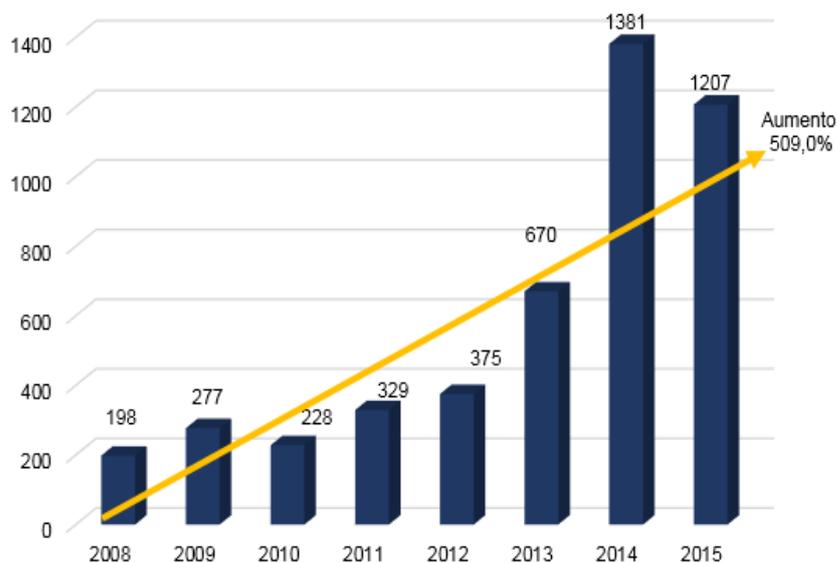


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.2.3. Evolução das adesões

Comparando 2008 e 2015, verificou-se um aumento de 509,0% nas adesões ao programa de nutrição; considerando 2013 e 2014, a evolução foi de 106,0%.

**Gráfico 14:** Evolução das adesões



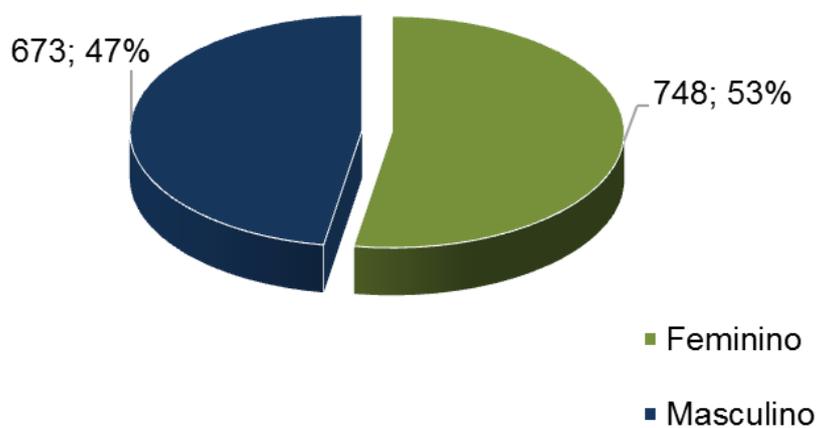
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.3. Programa Cardiovascular

##### 4.1.3.3.1. Estratificação por gênero

Também nesse programa predominou a participação do gênero feminino (53,0%).

**Gráfico 15:** Estratificação por gênero

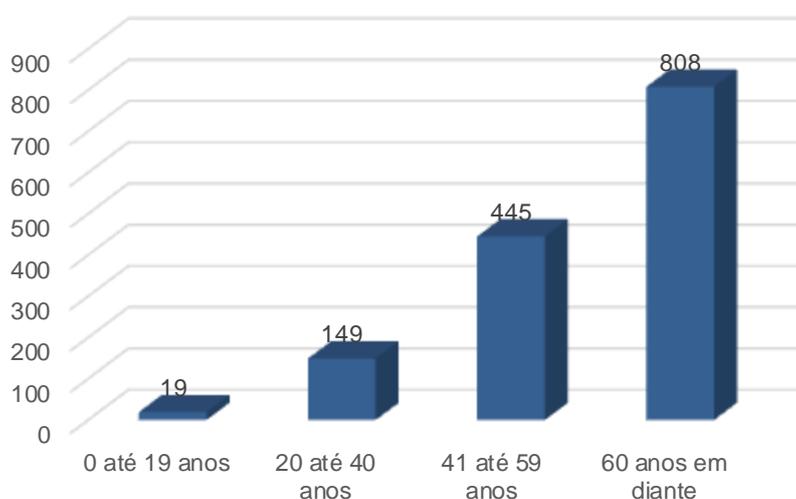


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.3.2. Estratificação por faixa etária

Como nos demais programas, o maior número de participantes encontrou-se na faixa etária acima de 40 anos, ou seja, 1.253 em um total de 1.421 acompanhados.

**Gráfico 16:** Estratificação por faixa etária

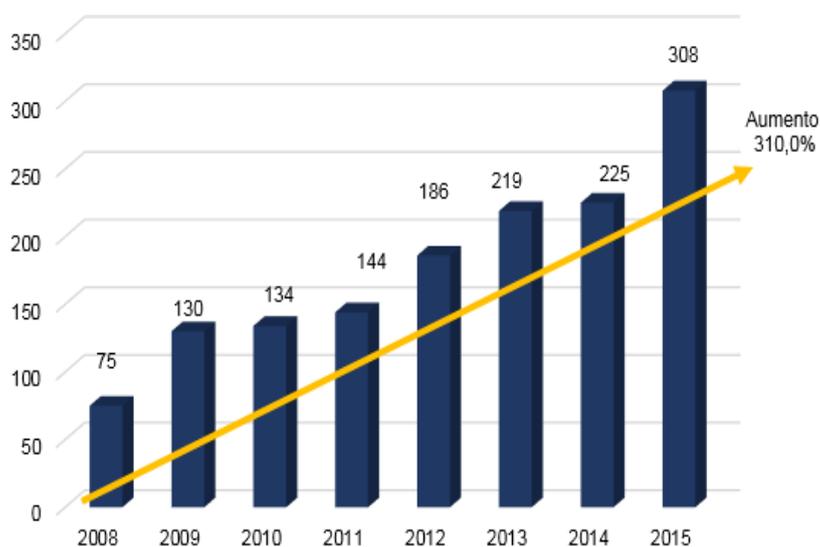


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.3.3. Evolução das adesões

A adesão cresceu de 2008 para 2009, 73,0%, e de 2008 para 2015, 310,0%, O crescimento foi significativo e importante, tendo em vista a prevalência das doenças cardiovasculares na população.

**Gráfico 17:** Evolução das adesões



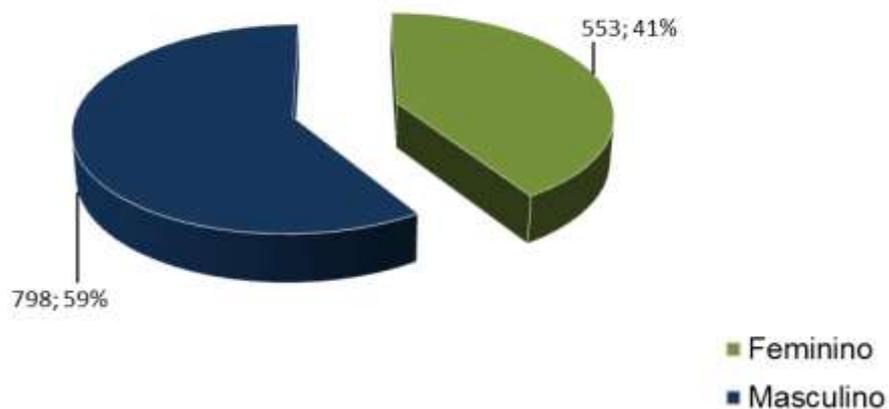
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.4. Programa Endocrinológico

##### 4.1.3.4.1. Estratificação por gênero

Mais de 50% dos participantes foram do gênero feminino (59,0%).

**Gráfico 18:** Estratificação por gênero

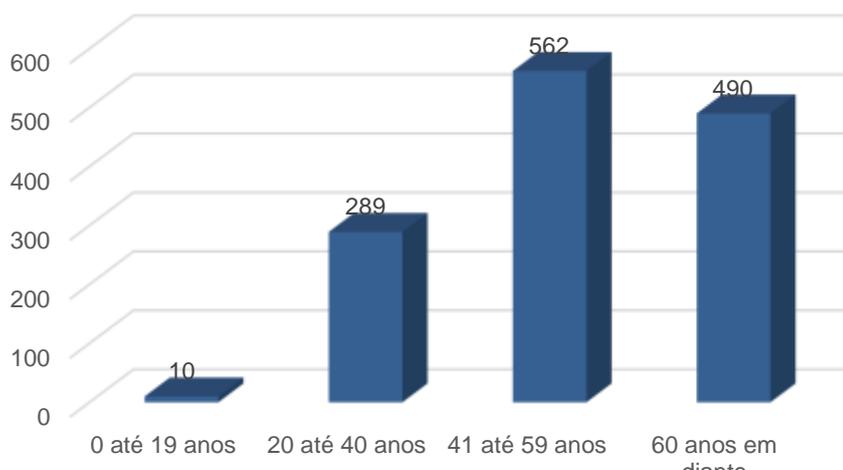


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.4.2. Estratificação por faixa etária

Dos participantes, verificou-se que 1.052 estavam na faixa etária acima de 40 anos, de um total de 1.351 acompanhados pelo programa.

**Gráfico 19:** Estratificação por faixa etária

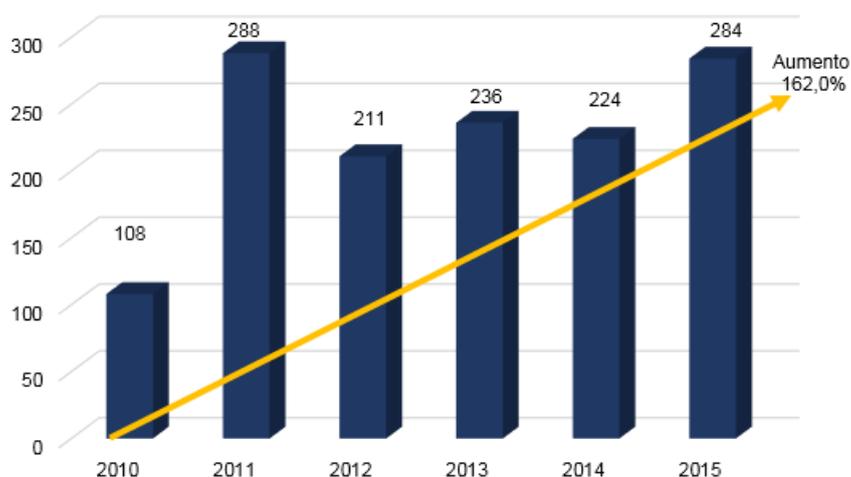


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.4.3. Evolução das adesões

O programa teve início em 2010, e a adesão cresceu ao longo dos cinco anos, alcançando o percentual de 162,0% de crescimento no período.

**Gráfico 20:** Evolução das adesões



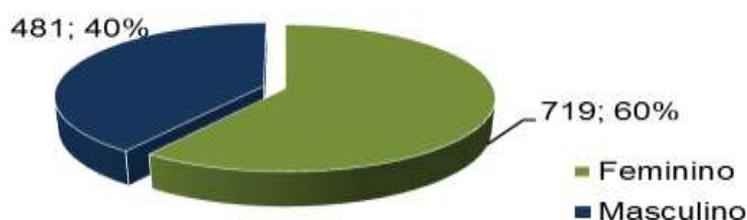
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.5. Programa de Ortopedia

##### 4.1.3.5.1. Estratificação por gênero

O gênero feminino teve participação maior, com 60 % das adesões.

**Gráfico 21:** Estratificação por gênero

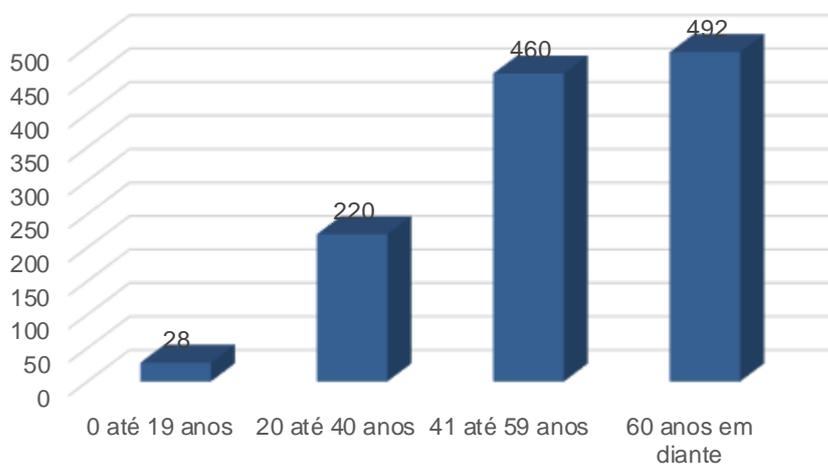


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.5.2. Estratificação por faixa etária

Os associados a partir de 40 anos foram os que mais participaram do programa, ou seja, 952 participantes, em um total de 1.200.

**Gráfico 22:** Estratificação por faixa etária

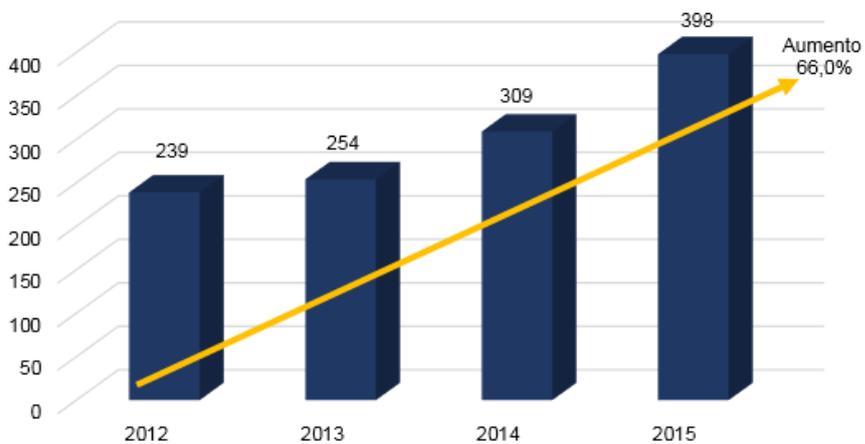


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.5. 3. Evolução das adesões

O programa teve início em 2012, e no período do estudo (2012/2015), a evolução das adesões correspondeu a 60%.

**Gráfico 23:** Evolução das adesões



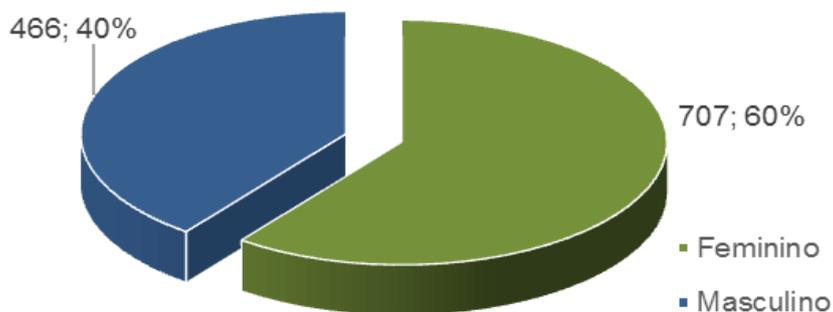
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.6. Programa de Prevenção de Afecções da Coluna

##### 4.1.3.6.1. Estratificação por gênero

O gênero feminino predominou com 60% dos participantes do programa.

**Gráfico 24:** Estratificação por gênero

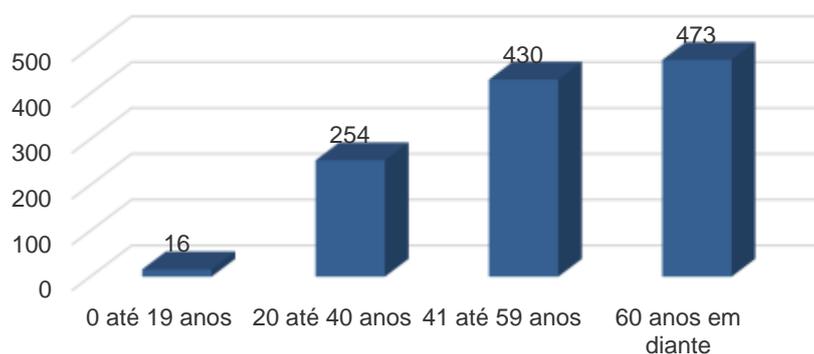


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.6.2. Estratificação por faixa etária

A maior participação foi dos associados com 41 anos em diante (903 atendimentos em um total de 1.173).

**Gráfico 25:** Estratificação por faixa etária

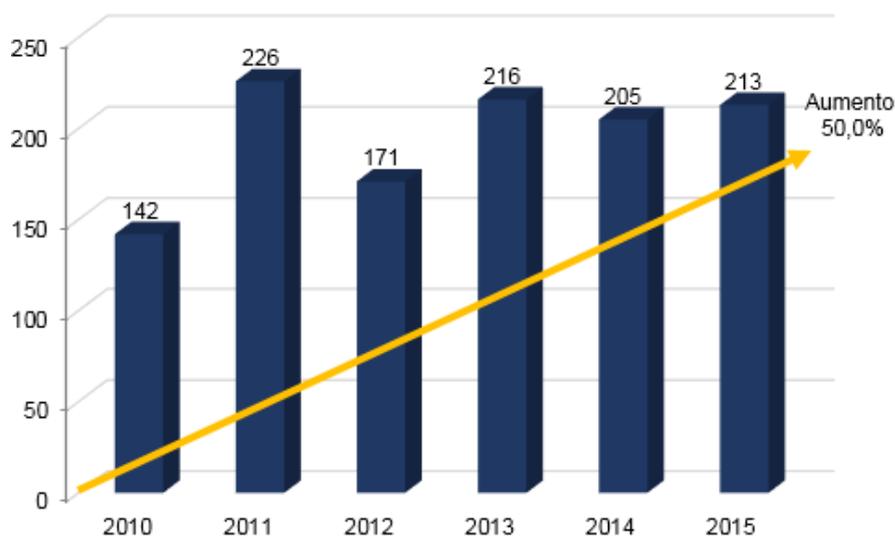


**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.3.6.3. Evolução das adesões

O número de atendimentos cresceu 50,0%, considerando o período 2010 a 2015.

**Gráfico 26:** Evolução das adesões



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.4. Impacto da Verticalização Ambulatorial: Internações e Despesas Assistenciais

Para Balzan (2011, p. 5; 6), as operadoras de saúde deveriam se comportar como gestoras da Saúde, os prestadores como produtores de cuidados e os beneficiários, desenvolver a consciência sanitária. Acrescenta, ainda, que a falta de conhecimento da epidemiologia dos atendimentos ambulatoriais torna difícil a mensuração das necessidades de internação e demanda para utilização dos vários níveis de assistência no sistema de Saúde, dificultando a operadora de plano de saúde trabalhar como gestora de saúde.

Dentro do entendimento de Balzan, a Mútua, ao definir sua estratégia de gestão pela verticalização ambulatorial, se comportou como gestora da Saúde e desenvolveu em seus associados a conscientização do autocuidado, o que porcionou redução das internações, tanto gerais, quanto por alterações específicas, ou seja, por problemas cardiovasculares, ortopédicos e por alterações na coluna (artrodese), tendo em vista o acompanhamento de forma integrada (multidisciplinar) e com foco no suprimento das necessidades individuais dos associados.

A média percentual das internações gerais dos participantes ficou em 21%, e dos não participante em 79%, e quanto aos participantes do Programa Cardiovascular, apenas, 6,02% internaram, contra 93,98%, dos não participantes. Em relação à realização dos principais procedimentos ortopédicos e de artrodese de coluna, estes foram em quantidade menor nos aderidos aos Programas, assim como os custos com próteses e materiais especiais também foram reduzidos.

A Operadora, em 2006, definiu como estratégia a imunização contra *Influenzae* (gripe) e contra pneumonia, o que resultou em redução acentuada das internações por pneumonia comunitária, gerando qualidade de vida, na dimensão saúde, dos imunizados e redução dos custos com internações.

Dessa forma, verificou-se que a verticalização ambulatorial, com atenção integrada, integral e com foco no paciente, resultou em melhoria na qualidade de vida na dimensão saúde, não se confundindo essa qualidade de vida com a percebida e medida pelos instrumentos validados, e redução dos custos assistenciais, conforme demonstrados nas Tabelas, Figuras e Gráficos abaixo.

#### 4.1.4.1. Redução das internações gerais dos associados participantes do *Check-up*

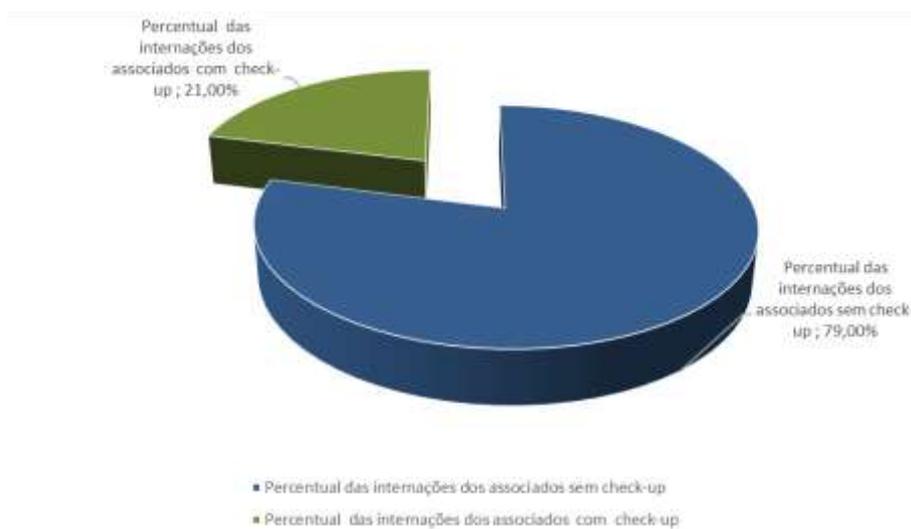
A pesquisa mostrou que os participantes do *check up* apresentaram percentual de internação menor do que os não participantes, ou seja, média de 21% contra 79%, respectivamente, considerando o período 2012/2015, conforme Tabela 4 e Gráfico 27.

**Tabela 4:** Comparativo das interações (não participantes X participantes – *check-up*)

Ano	Total de Interações	Percentual das interações dos associados sem <i>check-up</i>	Percentual das interações dos associados com <i>check-up</i>
2012	1008	76,20%	23,80%
2013	942	79,10%	20,90%
2014	1028	82,70%	17,30%
2015	1119	78,00%	22,00%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 27:** Média percentual das interações (não participantes X participantes – *check-up*)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.4.2. Redução das internações por doença cardiovascular

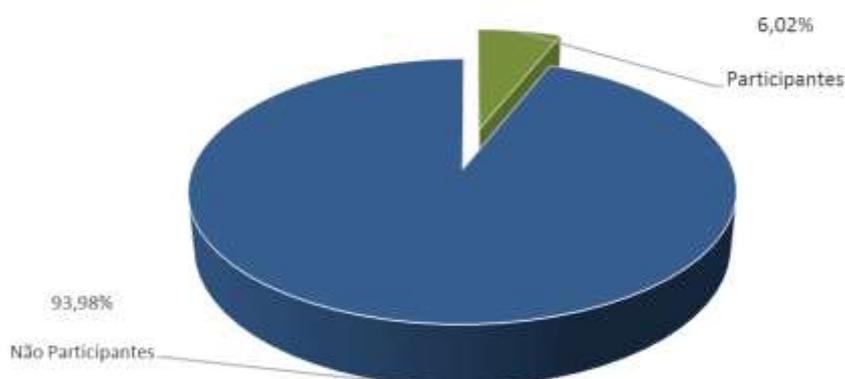
Os participantes do programa, desde 2010, em razão do acompanhamento não estão sofrendo internações, exceto 1 em 2014, diferentemente do que vem ocorrendo com os não participantes. No período 2008 a 2015, a média da internação foi de 6,02% dos acompanhados contra 93,98% dos não acompanhados, demonstrando que o acompanhamento específico e integrado proporcionou melhor qualidade de vida em saúde, de acordo com Tabela 5 e Gráfico 28.

**Tabela 5:** Comparativo das internações (participantes X não participantes)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total das Internações por Doença Cardiovascular	54	46	48	37	30	32	23	29
Participantes	12	5	0	0	0	0	1	0
Não Participantes	42	41	48	37	30	32	22	29

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 28:** Comparativo da média percentual das internações por doença cardiovascular (participantes X não participantes)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.4.3. Redução dos procedimentos ortopédicos e de coluna e redução dos custos - Programa de Ortopedia e de Prevenção de Afecção da Coluna (2012/2015)

##### 4.1.4.3.1. Redução dos procedimentos

Os participantes de ambos os programas realizaram menos tratamento cirúrgico, o que apontou para o controle das doenças ortopédicas, em regra, por tratamento conservador (participantes dos programas), de acordo com a Tabela 6. Artroscopia simples destacou-se por ser o procedimento mais solicitado pelos não participantes dos programas, ou seja, 19, quando apenas 04 indicações ocorreram para os participantes.

**Tabela 6:** Comparativo do quantitativo de procedimentos realizados (participantes X não participantes)

	Participantes dos Programas	Não Participantes dos Programas
Manguito rotador (ombro)	6	10
Artroscopia simples	4	19
Artroscopia com procedimento cirúrgico	6	9
Prótese de quadril	4	12
Artrodese de coluna	7	10

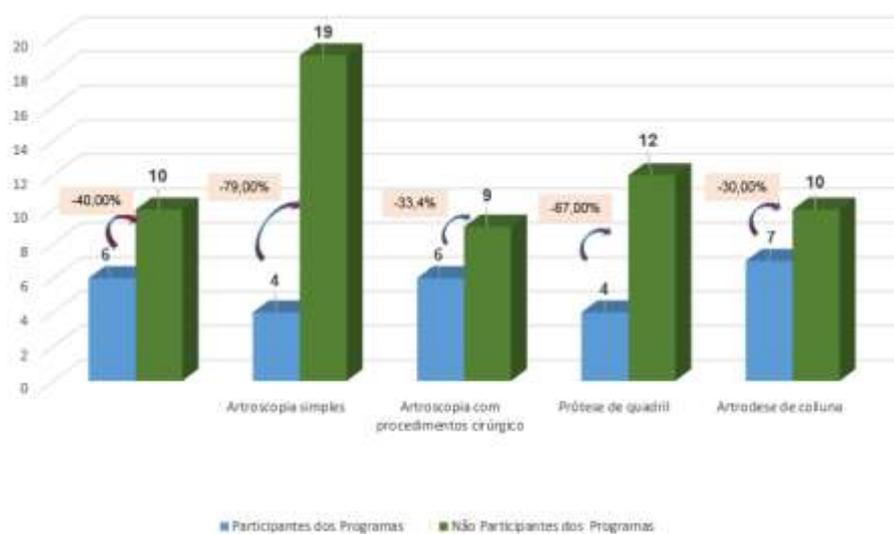
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

##### 4.1.4.3.2. Comparativo do número de procedimentos solicitados pela equipe Mútua e pela rede credenciada e diferença percentual

Os procedimentos cirúrgicos realizados pela equipe Mútua apresentaram percentual menor em relação aos solicitados pela rede credenciada. Os associados participantes dos programas foram acompanhados de forma conservadora (medicamento e fisioterapia) e com resultado satisfatório. A redução da indicação de

procedimentos variou de -30% (artrodese de coluna) a -79% (artroscopias), conforme Gráfico 29.

**Gráfico 29:** Diferença percentual (participantes X não participantes)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.4.3.3. Redução dos custos com próteses e materiais especiais (OPME) em procedimentos realizados pela Equipe Mútua (procedimento ortopédico e de coluna)

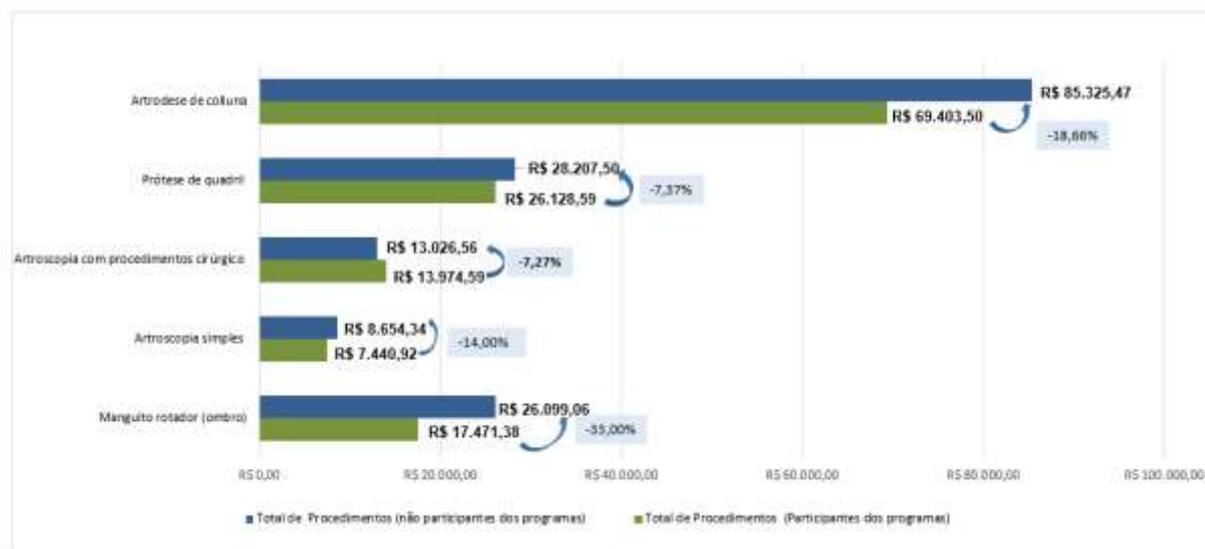
Os procedimentos relacionados na Tabela 7 apresentaram custo de OPME maior quando solicitados por médico da rede credenciada, exceto artroscopia com procedimento cirúrgico que apresentou custo 7,27% maior em sua realização pela equipe Mútua, não sendo, porém, significativo esse aumento, quando comparado com os demais procedimentos realizados. As maiores variações a favor da equipe Mútua ocorreram com os procedimentos para correção de manguito rotador (-33%) e artrodese de coluna (-18,66%), conforme Tabela 7 e Gráfico 20.

**Tabela 7:** Comparativo dos custos com OPME (participantes X não participantes)

	Participantes dos Programas	Não participantes dos Programas	Diferença Percentual de
Manguito Rotedor	R\$ 17.471,38	R\$ 26.099,06	-33,00%
Artroscopia simples	R\$ 7.440,92	R\$ 8.654,34	-14,00%
Artroscopia com procedimentos cirúrgico	R\$ 13.974,59	R\$ 13.026,56	7,27%
Prótese de quadril	R\$ 26.128,59	R\$ 28.207,50	-7,37%
Artrodese de colluna	R\$ 69.403,50	R\$ 85.325,47	-18,66%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 30:** Comparativo dos custos de OPME e redução percentual (participantes X não participantes)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.4.4. Redução das internações com diagnóstico de pneumonia após inclusão da vacinação contra pneumonia

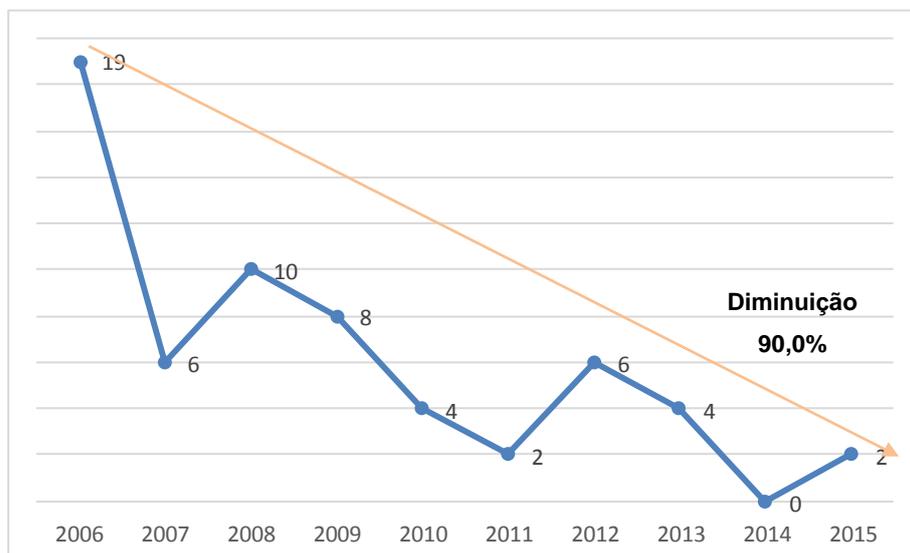
Desde 2006, a Operadora, no período de 2006/2015, aplicou 8.040 doses da vacina contra *Influenzae*. Em relação à vacina contra pneumococo, foram vacinados 970 associados e aplicadas 1.376 doses, pois 406 associados, já receberam a segunda dose de reforço, cinco anos após a primeira dose. A cobertura da vacinação contra pneumococo alcançou 50,62%. A vacinação reduziu as internações por pneumonia, isto é, 19 internações ocorreram em 2006, e apenas 2, em 2015, após 10 anos de inclusão da referida vacina nas campanhas anuais contra *Influenzae* (Tabela 8), o que correspondeu a uma queda de 90% das internações (Gráfico 31).

**Tabela 8:** Redução das internações por pneumonia

	Internações com diagnóstico de pneumonia
2006	19
2007	6
2008	10
2009	8
2010	4
2011	2
2012	6
2013	4
2014	0
2015	2

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 31:** Queda das internações com diagnóstico de pneumonia comunitária (2006 – 2015)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.5. Impacto da Verticalização Ambulatorial na Qualidade de Vida dos Associados

Damázio e Gonçalves (2013, p. 45) referem que avanços no gerenciamento de condições crônicas prometem melhorar a qualidade de vida e reduzir custos. A discussão sobre a importância da promoção da saúde como componente de qualidade de vida foi iniciada em 1978 na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, e se estendeu gradativamente aos demais países, inicialmente focando na saúde pública e posteriormente alcançando o setor privado (RABELLO, 2010, p.109).

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (WHO/Unicef, 1978, em Alma Ata, estabelece como meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e ainda refere que a saúde passaria a contribuir para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial (RABELLO, 2010, p. 109).

Para Porter e Teisberg (2007, p. 153), as unidades de negócio devem se organizar em torno do cliente, reunir todas as habilidades de instalações para atender as necessidades gerais do cliente e permitir a integração da prestação do serviço, por meio do trabalho estratégico de grupo de médicos alinhados e que compartilhem os processos de atendimento. Acrescentam que, embora as condições crônicas sejam incuráveis, a qualidade de vida pode ser melhorada, e a necessidade de serviços médicos pode ser significativamente reduzida com o tipo adequado de tratamento. A avaliação de risco, somada à informação e aconselhamento, criam uma compreensão personalizada da necessidade de alterar hábitos de vida e cumprir as terapêuticas preventivas. Essa é outra mudança de mentalidade crítica: no lugar de pagar por tratamento da doença no estágio agudo, passar a minimizar ou prevenir a doença com uma intervenção mais precoce.

Zucchi e Ferraz (2010, p.381) referem que “Os programas de prevenção e coordenação de cuidados de saúde procuram melhorar desfechos clínicos e a satisfação do paciente e de seus familiares”, acrescentando que promovem adesão ao tratamento médico; previnem exacerbações ou as detecta precocemente; previnem complicações ou retardam a história natural das doenças; previnem ou reduzem a gravidade das comorbidades que complicam o manejo da doença principal e promovem mudanças no comportamento ou estilo de vida (cessação do fumo, prática de exercício físico e alimentação saudável).

No sentido mencionado pelos autores, é a verticalização ambulatorial da Mútua focada no paciente, e com atendimento integral e integrado (equipe multidisciplinar). Sendo assim, proporcionou controle das patologias de maior prevalência, isto é, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *Mellitus* e excesso de peso, conforme estudo estatístico realizado com o *Software Minitab*.

Verificou-se que o controle dos hipertensos e diabéticos foi eficaz, e estatisticamente significativo ( $p= 0,00$ ). A média de idade dos participantes foi maior do que 60 anos e predominou a participação do gênero masculino nos acompanhamentos (59,77% e 59,32%, respectivamente).

Quanto ao acompanhamento nutricional dos participantes com excesso de peso, a média de idade foi maior que 50 anos (51,9) e com predomínio do gênero feminino (57,53%). A perda de peso ocorreu em 52,77% dos assistidos, contra 47,22%, que nada perderam. Apresentaram perda entre 0,1 a 4,99% do excesso de peso, 30,95% dos assistidos; entre 5,0% a 9,9%, 18,65% dos participantes, e perda igual ou superior a 10,0%, 3,17%. O resultado está compatível com o descrito pela literatura médica, tendo em vista a dificuldade de modificação dos hábitos de vida, porém aqueles que perderam peso foram beneficiados por uma melhoria na qualidade de vida. E os que nada perderam, mais estímulos são necessários para conscientizá-los.

#### 4.1.6.1. Controle dos Hipertensos

Foram acompanhados, 87 associados. Desses, 35 do gênero feminino (40,2%) e 52, do masculino (59,8%). Idade média de 62,4 anos (dp = 13,4) e mediana de 65 anos. Correlação de *Pearson* mostrou que o controle da pressão sistólica e diastólica foi significativo (Valor-p = 0,000).

#### **Estatísticas Descritivas: Idade**

Variável	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
Idade	87	100	63,43	13,46	65,00

#### **Estatísticas Descritivas: Idade**

Variável	Gênero	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
Idade	F	35	40,2299	66,77	10,12	65,00
	M	52	59,7701	61,17	14,98	64,00

#### **Estatísticas Descritivas: PAS 2010**

Variável	Gênero	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
PAS 2010	F	35	40,2299	151,57	16,17	144,00
	M	52	59,7701	149,42	12,87	140,00

### **Estatísticas Descritivas: PAD 2010**

Variável	Gênero	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
PAD 2010	F	35	40,2299	89,57	10,17	90,00
	M	52	59,7701	86,87	11,14	86,00

### **Estatísticas Descritivas: PAS 2015**

Variável	Gênero	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
PAS 2015	F	35	40,2299	133,43	18,34	130,00
	M	52	59,7701	133,17	16,18	130,00

### **Estatísticas Descritivas: PAD 2015**

Variável	Gênero	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
PAD 2015	F	35	40,2299	81,14	8,92	80,00
	M	52	59,7701	79,40	11,00	80,00

### **Correlação: PAS 2010; PAS 2015**

Correlação de Pearson de PAS 2010 e PAS 2015 = 0,448

Valor-P = 0,000

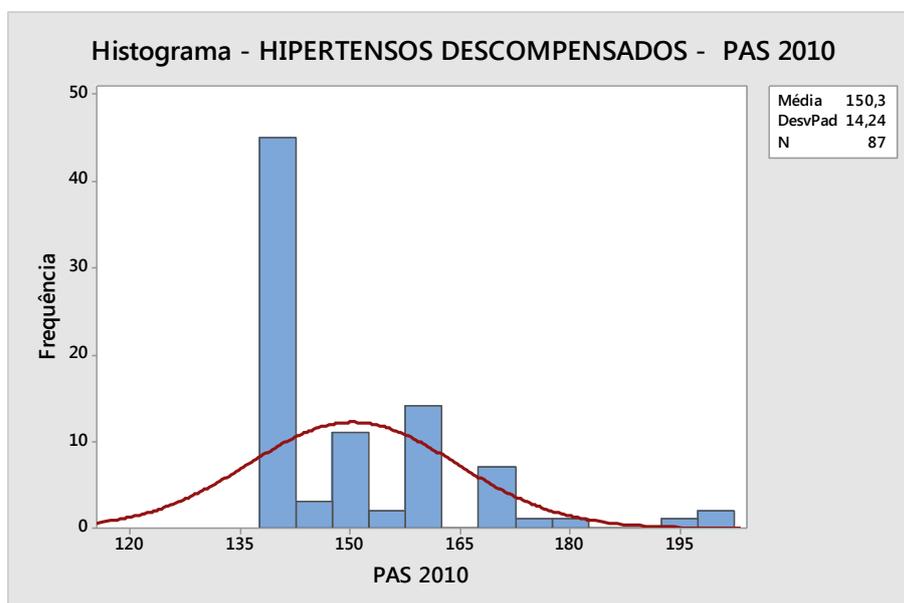
### **Correlação: PAD 2010; PAD 2015**

Correlação de Pearson de PAD 2010 e PAD 2015 = 0,419

Valor-P = 0,000

A pesquisa mostrou que, em 2010, a média da pressão arterial sistólica foi de 150,3 mmHg (dp= 14, 2 mmHg), considerando ambos os gêneros (Gráfico 32). Separadamente, o gênero feminino apresentou média de 151, 5 mmHg (dp= 16,1 mmHg) e o masculino, média de 149, 4 mmHg (dp= 12,8 mmHg), com mediana de 144,0 mmHg (gênero feminino) e 140,0 mmHg (masculino).

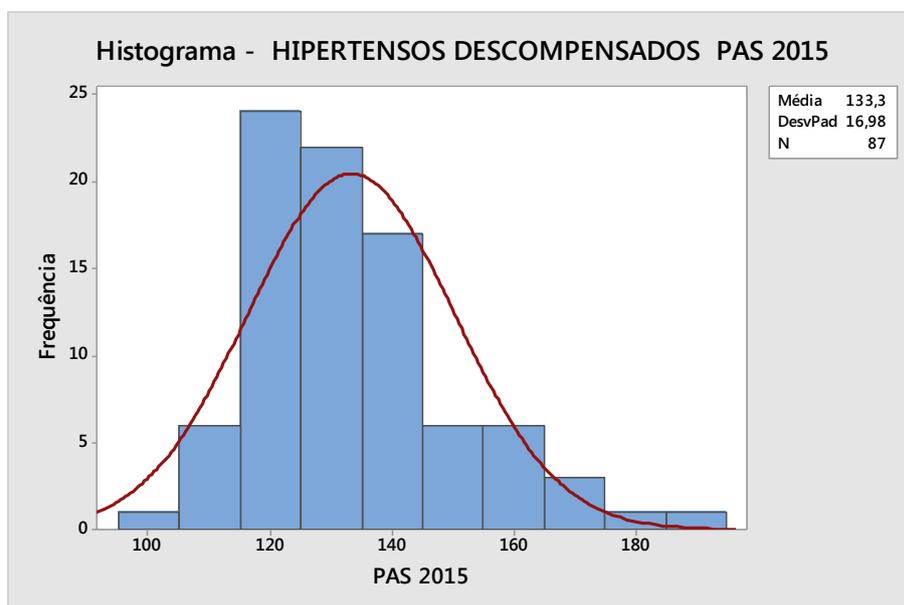
**Gráfico 32:** Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão sistólica descompensada (2010)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Em 2015, verificou-se que a média da pressão arterial sistólica sofreu alteração, passando para 133,3 mmHg (dp= 16,9 mmHg). mmHg, em ambos os gêneros (Gráfico 33). Separadamente, o gênero feminino apresentou média de 133,4 mmHg (dp= 18,3 mmHg) e o masculino, média de 133,1 mmHg (dp= 16,1 mmHg), com mediana de 130,0 mmHg em ambos os gêneros. Correlação de *Pearson* mostrou que o resultado foi satisfatório e estatisticamente significativo (Valor-p = 0,000).

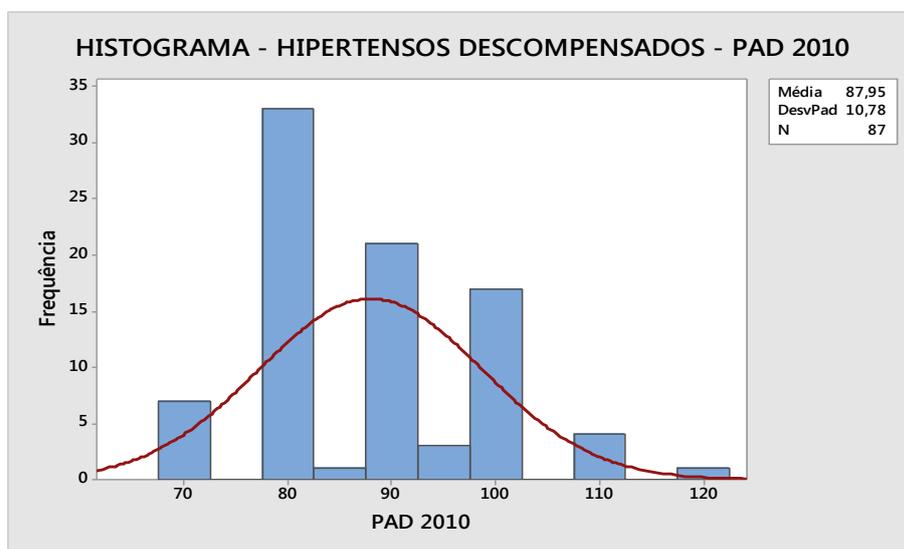
**Gráfico 33:** Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão sistólica descompensada (2015)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Quanto a pressão arterial diastólica, a pesquisa mostrou que, em 2010, a média foi de 87,9 mmHg (dp= 10, 7 mm Hg), considerando ambos os gêneros (Gráfico 34). Separadamente, o gênero feminino apresentou média de 89,5 mmHg (dp= 10,1 mmHg) e o masculino, média de 86,8 mmHg (dp= 11,1 mmHg), com mediana de 90,0 mmHg (gênero feminino) e 86,0 mmHg (gênero masculino).

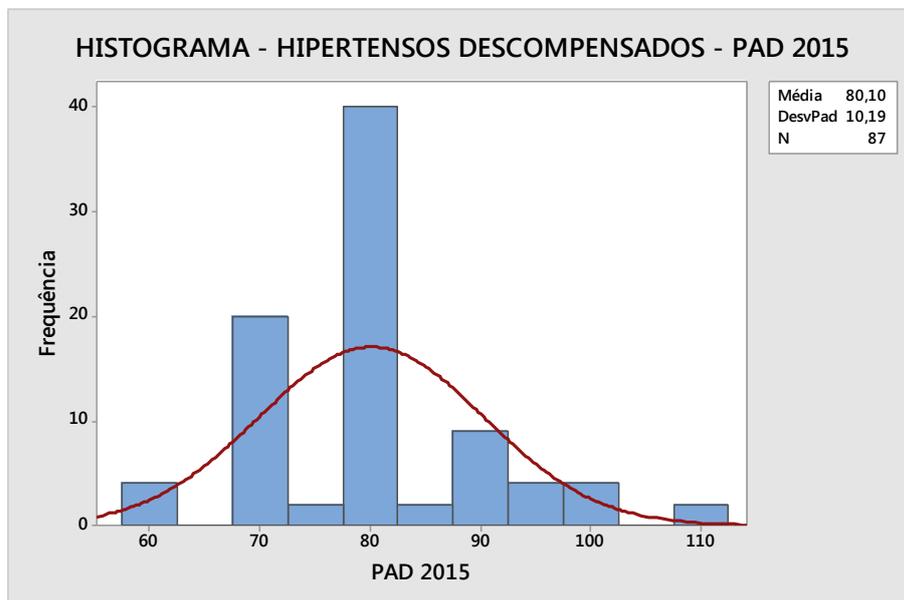
**Gráfico 34:** Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão diastólica descompensada ( 2010)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Em 2015, verificou-se que a média da pressão arterial diastólica foi de 80,1 mmHg (dp = 10,1 mmHg), considerando ambos os gêneros (Gráfico 35). Separadamente, o gênero feminino apresentou média de 81,15 mmHg (dp= 8,9 mmHg) e o masculino, média de 79,4 mmHg (dp= 11,0 mmHg), com mediana de 80,0 mmHg, em ambos os gêneros. Correlação de *Pearson* mostrou que o resultado, comparado com 2010, foi satisfatório e estatisticamente significativo (Valor-p = 0,000).

**Gráfico 35:** Distribuição da frequência dos hipertensos com pressão distólica descompensada (2015)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.6.2. Controle dos Diabéticos

Foram acompanhados, 59 associados, desses, 24 do gênero feminino (40,7%) e 35 do masculino (59,3%). Idade média de 64,6 anos (dp = 9,1) e mediana de 66 anos. Correlação de *Pearson* mostrou que o controle da diabetes foi estatisticamente significativo (Valor-p = 0,011).

#### **Estatísticas Descritivas: Idade**

Variável	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
Idade	59	100	64,61	9,10	66,00

#### **Estatísticas Descritivas: Idade**

Variável	GÊNERO	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
Idade	F	24	40,6780	65,92	7,22	64,50
	M	35	59,3220	63,71	10,20	66,00

### **Estatísticas Descritivas: GLICOSE 2010**

Variável	GÊNERO	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
GLICOSE 2010	F	24	40,6780	137,6	57,8	121,0
	M	35	59,3220	134,26	42,54	119,00

### **Estatísticas Descritivas: GLICOSE 2015**

Variável	GÊNERO	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
GLICOSE 2015	F	24	40,6780	107,79	18,86	102,00
	M	35	59,3220	121,09	29,77	117,00

### **Estatísticas Descritivas: GLICOSE 2010**

Variável	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
GLICOSE 2010	59	100	135,61	48,88	120,00

### **Estatísticas Descritivas: GLICOSE 2015**

Variável	FrequênciaTotal	Percentual	Média	DesvPad	Mediana
GLICOSE 2015	59	100	115,68	26,53	107,00

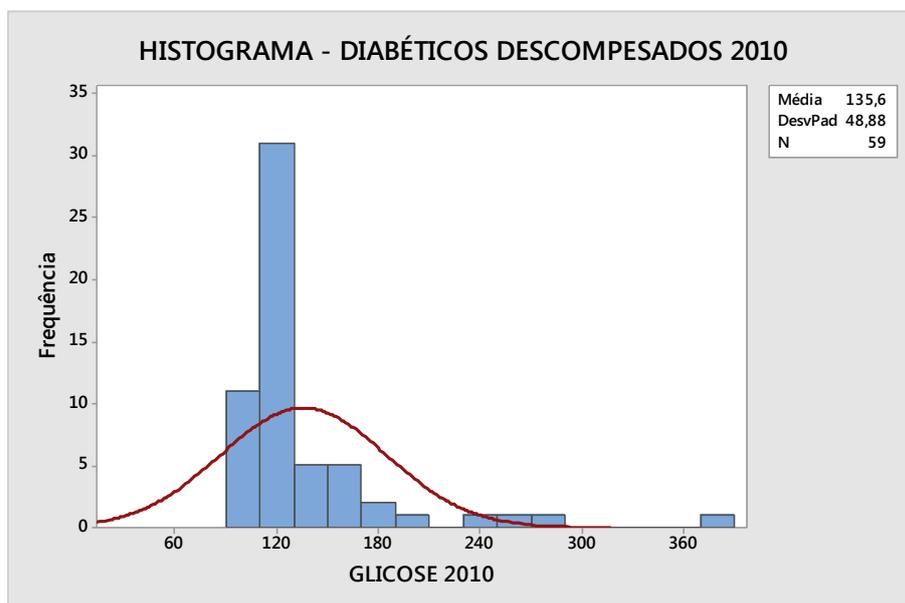
### **Correlação: GLICOSE 2010; GLICOSE 2015**

Correlação de Pearson de GLICOSE 2010 e GLICOSE 2015 = 0,328

Valor-P = 0,011

A pesquisa mostrou que em 2010 a média da glicemia foi de 135,6 mg/dl (dp= 48,8mg/dl), considerando ambos os gêneros (Gráfico 36). Separadamente, a mediana foi de 121,0 mg/dl (gênero feminino) e 119,0 mg/dl (masculino).

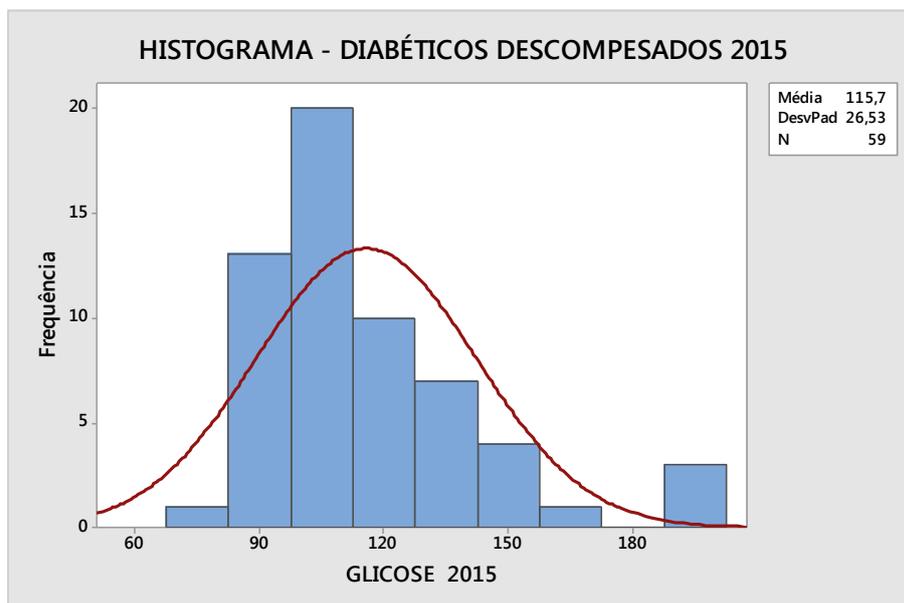
**Gráfico 36:** Distribuição da frequência dos diabéticos descompensados (2010)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Em 2015, verificou-se que a média da glicemia foi de 115,6 mg/dl (dp = 26,5 mg/dl), considerando ambos os gêneros (Gráfico 37), e a mediana de 102,0 mg/dl (gênero feminino) e 117 mg/dl (gênero masculino), ainda não normalizada a glicemia, mas mais próxima do esperado (abaixo de 100 mg/dl). Correlação de *Pearson* mostrou que o resultado, comparado com 2010, foi estatisticamente significativo (Valor-p = 0,011).

**Gráfico 37:** Distribuição da frequência dos diabéticos descompensados (2015)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.1.6.3. Perda percentual de excesso de peso (2013 a 2015)

Foram acompanhados, 252 associados, desses, 145 do gênero feminino (57,5%) e 107 do masculino (42,4%). Idade média de 51,9 anos (dp = 17,1) e mediana de 51 anos.

#### **Estatísticas Descritivas: IDADE**

Variável	FrequênciaTotal	N*	Percentual	Média	DesvPad	Mediana	Máximo
IDADE	252	0	100	51,90	17,12	51,00	95,00

#### **Estatísticas Descritivas: GÊNERO 2**

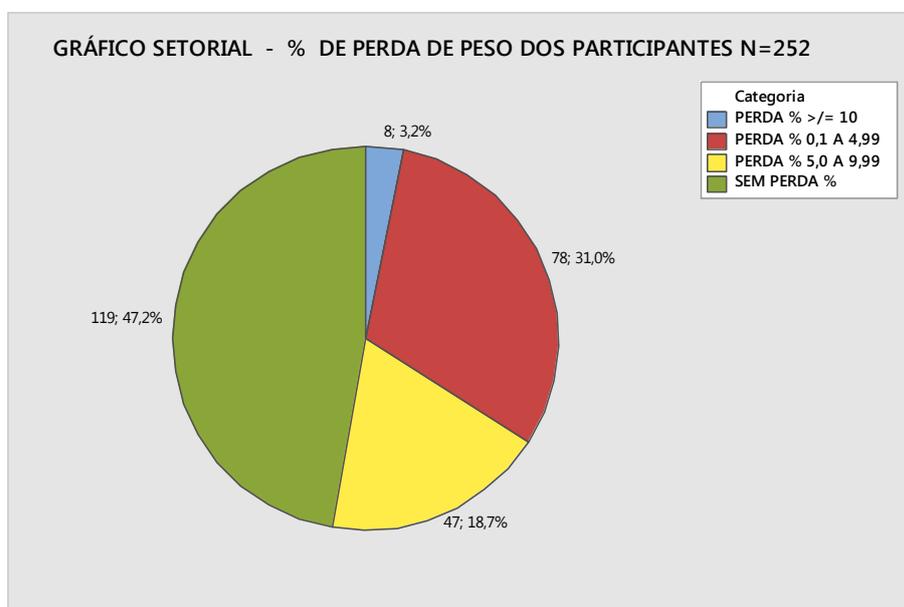
Variável	GÊNERO	FrequênciaTotal	Percentual
GÊNERO 2	F	145	57,5397
	M	107	42,4603

### Estatísticas Descritivas:

% Variável	% TEXTO	FrequênciaTotal	Percentual
%	PERDA % >/= 10	8	3,1746
	PERDA % 0,1 A 4,99	78	30,9524
	PERDA % 5,0 A 9,99	47	18,6508
	SEM PERDA %	119	47,2222

A pesquisa mostrou que 78 associados (30,9%) perdeu até 4,99% do excesso de peso; 47 (18,6%), entre 5% e 9,9% e  $\geq 10,0\%$  de perda de excesso de peso, apenas 8 associados (3,1%); 119 participantes (47,2%) não apresentaram perda de peso (quadro 38). O resultado mostrou a dificuldade encontrada para mudança de hábitos de vida, tendo em vista que o quantitativo dos que nada perderam foi significativo, porém o resultado satisfatório da intervenção foi maior (52,8%) do que o fracasso (47,2%).

**Gráfico 38:** Percentual de perda de peso



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

## **4.2. Impacto da Verticalização Ambulatorial nos indicadores Econômico-Financeiros**

### 4.2.1. Resultados Econômico-Financeiros

Zucchi e Ferraz (2010, p. 223) ensinam que gerir as finanças de uma empresa significa proteger seu caixa da utilização imprópria ou ineficiente e garantir que a organização tenha dinheiro para suas necessidades operacionais e estratégicas, ou seja, que a gestão financeira tenha foco nas decisões de investimento e financiamento de recursos no curto e longo prazo, garantindo sua liquidez – honrar compromissos assumidos – e buscando rentabilidade – maior retorno em relação ao capital investido.

Assim, com base nos ensinamentos dos autores, verificou-se pela análise horizontal (Tabela 09) que as despesas médicas consumiram praticamente toda receita líquida (operacional) em 2005, ou seja a sinistralidade foi de 98,5% ( $R\$17.939.649,56/R\$18.200.985,40 = 98,5\%$ ), o que apontava para um cenário de insustentabilidade.

A partir de 2006, com o início da implantação da verticalização ambulatorial, a partir da criação do *check-up*, o crescimento das despesas assistenciais foi se ajustando e, sua variação (crescimento das despesas médicas) ficou próxima ou menor do que a inflação médica divulgada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), conforme Tabela 09.

Assim, a variação das despesas médicas no período 2004/2005 foi de 31,48%; no período 2005/2006, foi de 16,24%; no período de 2006/2007, 7,06%, e no período 2010/2011, de -4,30%, ou seja, demonstrando ajustamento gradual e significativo a partir da implantação da estratégia de verticalização ambulatorial (Tabela 09). Nos períodos 2011/2012 e 2014/2015, a variação foi de 21,30% e 28,75%, respectivamente, em razão de alguns casos crônicos que tiveram alta permanência hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo, porém mesmo com a

variação um pouco maior nesses dois anos, não houve comprometimento da sustentabilidade da empresa e nem a variação alcançou o nível de 2005 (31,48%).

Comparando a variação do crescimento das despesas médicas com os índices de inflação médica (IESS), verificou-se que a variação daquelas ficou próxima ou foi inferior a estes, o que também sustenta o entendimento sobre a efetividade, eficácia e eficiência da verticalização ambulatorial.

Em relação à variação das receitas, essas também sofreram menor variação a partir de 2006, uma vez que não mais houve necessidade de reajustar o plano de saúde em percentual maior do que a inflação, em razão do controle das despesas médicas. Sendo certo que no período de 2004/2006, em 2 anos, a variação foi de 69,5%, e que no período de 2007/2011, em 4 anos, a variação foi de apenas 55,5%, bem menor do que a variação ocorrida antes da verticalização ambulatorial (Tabela 09).

**Tabela 09:** Análise Horizontal

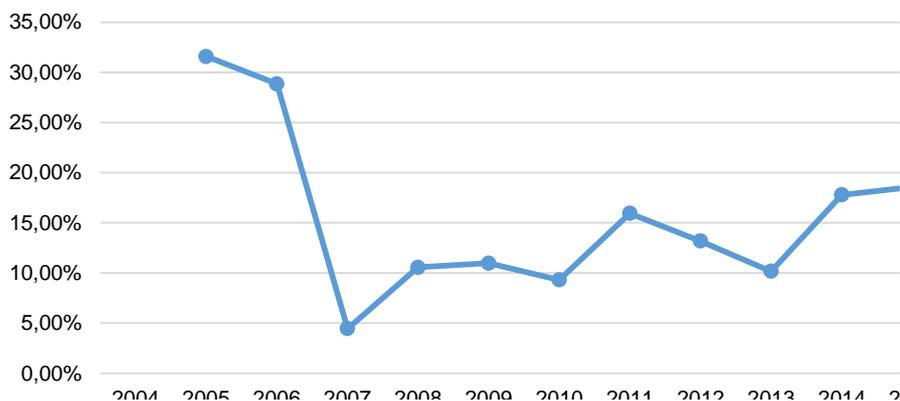
	RECEITA LÍQUIDA			DESPESAS MÉDICAS E DE PREVENÇÕES MÉDICAS			REAJUSTAMENTO MÉDIO DE TABELA	INFLAÇÃO MÉDICA (IESS)
	VALOR	VARIÇÃO	CRESCIMENTO %	VALOR	VARIÇÃO	CRESCIMENTO %		
2004	R\$ 13.832.586,08			R\$ 13.644.909,68	-	-	-	-
2005	R\$ 18.200.985,40	R\$ 4.368.399,32	31,58%	R\$ 17.939.649,56	R\$ 4.294.739,88	31,48%	-	-
2006	R\$ 23.452.746,72	R\$ 5.251.761,32	28,85%	R\$ 20.853.698,75	R\$ 2.914.049,19	16,24%	-	-
2007	R\$ 24.493.092,40	R\$ 1.040.345,68	4,44%	R\$ 22.326.975,22	R\$ 1.473.276,47	7,06%	10,00%	8,30%
2008	R\$ 27.077.232,08	R\$ 2.584.139,68	10,55%	R\$ 24.795.028,33	R\$ 2.468.053,11	11,05%	10,00%	11,00%
2009	R\$ 30.047.926,36	R\$ 2.970.694,28	10,97%	R\$ 27.825.576,21	R\$ 3.030.547,88	12,22%	10,00%	12,50%
2010	R\$ 32.843.701,46	R\$ 2.795.775,10	9,30%	R\$ 32.160.379,44	R\$ 4.334.803,23	15,58%	12,25%	7,60%
2011	R\$ 38.079.607,52	R\$ 5.235.906,06	15,94%	R\$ 30.776.835,85	-R\$ 1.383.543,59	-4,30%	7,00%	12,90%
2012	R\$ 43.095.652,26	R\$ 5.016.044,74	13,17%	R\$ 37.332.001,25	R\$ 6.555.165,40	21,30%	6,47%	15,40%
2013	R\$ 47.476.560,82	R\$ 4.380.908,56	10,17%	R\$ 40.548.069,20	R\$ 3.216.067,95	8,61%	4,10%	16,00%
2014	R\$ 55.920.227,83	R\$ 8.443.667,01	17,78%	R\$ 46.457.716,56	R\$ 5.909.647,36	14,57%	5,16%	13,95%
2015	R\$ 66.299.396,10	R\$ 10.379.168,27	18,56%	R\$ 59.816.535,11	R\$ 13.358.818,55	28,75%	10,00%	18,00%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Considerando a variação da receita líquida desde 2005, verificou-se que foi maior nos períodos 2005/2006, antes da verticalização ambulatorial, isto é, 31,0% e em 2014/2015, 18,56%, respectivamente. A variação de 31,0% foi consequência de

maior reajuste das mensalidades do plano de saúde em razão do déficit operacional em 2005, conforme Gráfico 39 abaixo.

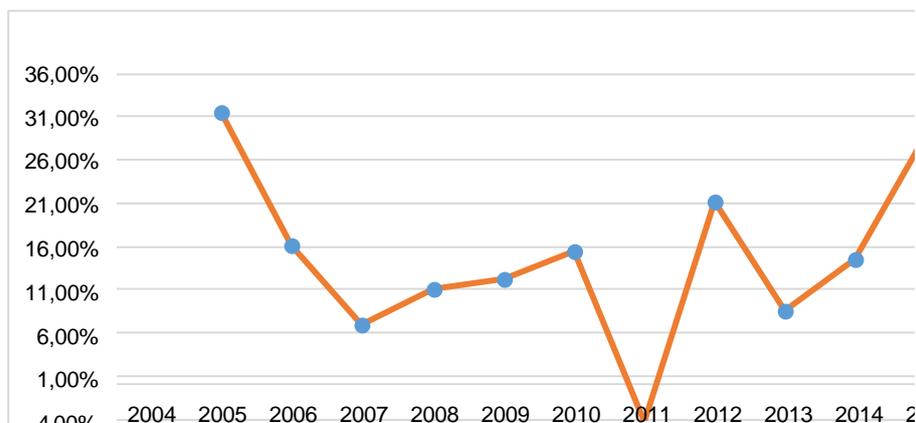
**Gráfico 39:** Variação da receita líquida



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Quanto às despesas assistenciais, verificou-se que se mantiveram equilibradas e com variação bem menor do que antes da verticalização ambulatorial. Sabe-se que os custos em despesas assistenciais são imprevisíveis, e por isso é fundamental a manutenção de reserva técnica adequada para utilização quando necessário (Gráfico 40).

**Gráfico 40:** Variação das despesas assistenciais



**Fonte:** Sistema de Gestão da Mútua

No período 2004/2007, o lucro operacional ajustado foi negativo, e a partir de 2011, ele vem se mantendo positivo, demonstrando a sustentabilidade da Mútua. Mesmo comportamento verificou-se em relação à Margem EBIT (Tabela 10).

**Tabela 10:** Lucro Operacional Ajustado e EBIT positivos (2011/2015)

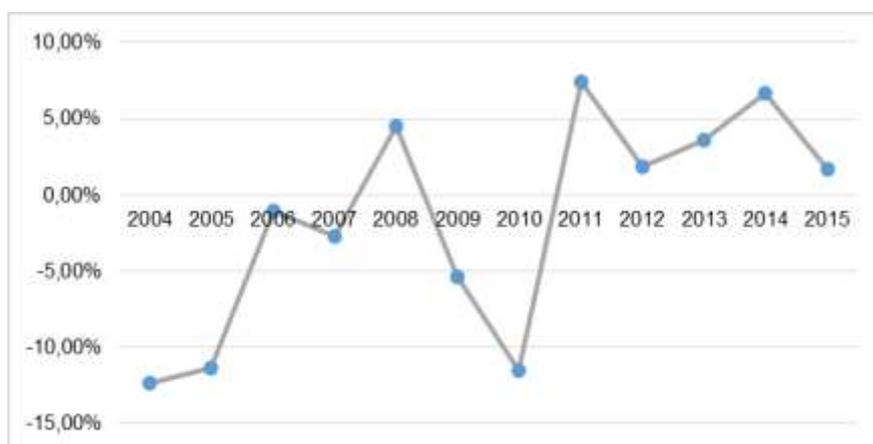
	RECEITA LÍQUIDA			DESPESAS MÉDICAS E DE PREVENÇÕES MÉDICAS			MARGEM EBIT*		
	VALOR	VARIAÇÃO	CRESCIMENTO %	VALOR	VARIAÇÃO	CRESCIMENTO %	LUCRO OPERACIONAL AJUSTADO	RECEITA LÍQUIDA	MARGEM EBIT
2004	R\$ 13.832.586,08			R\$ 13.644.909,68			-R\$ 1.709.867,45	R\$ 13.832.586,08	-12,36%
2005	R\$ 18.200.985,40	R\$ 4.368.399,32	31,58%	R\$ 17.939.649,56	R\$ 4.294.739,88	31,48%	-R\$ 2.066.578,36	R\$ 18.200.985,40	-11,35%
2006	R\$ 23.452.746,72	R\$ 5.251.761,32	28,85%	R\$ 20.853.698,75	R\$ 2.914.049,19	16,24%	-R\$ 254.198,16	R\$ 23.452.746,72	-1,08%
2007	R\$ 24.493.092,40	R\$ 1.040.345,68	4,44%	R\$ 22.326.975,22	R\$ 1.473.276,47	7,06%	-R\$ 668.058,25	R\$ 24.493.092,40	-2,73%
2008	R\$ 27.077.232,08	R\$ 2.584.139,68	10,55%	R\$ 24.795.028,33	R\$ 2.468.053,11	11,05%	R\$ 1.226.307,76	R\$ 27.077.232,08	4,53%
2009	R\$ 30.047.926,36	R\$ 2.970.694,28	10,97%	R\$ 27.825.576,21	R\$ 3.030.547,88	12,22%	-R\$ 1.609.140,47	R\$ 30.047.926,36	-5,36%
2010	R\$ 32.843.701,46	R\$ 2.795.775,10	9,30%	R\$ 32.160.379,44	R\$ 4.334.803,23	15,58%	-R\$ 3.782.585,87	R\$ 32.843.701,46	-11,52%
2011	R\$ 38.079.607,52	R\$ 5.235.906,06	15,94%	R\$ 30.776.835,85	-R\$ 1.383.543,59	-4,30%	R\$ 2.840.811,38	R\$ 38.079.607,52	7,46%
2012	R\$ 43.095.652,26	R\$ 5.016.044,74	13,17%	R\$ 37.332.001,25	R\$ 6.555.165,40	21,30%	R\$ 794.377,39	R\$ 43.095.652,26	1,84%
2013	R\$ 47.476.560,82	R\$ 4.380.908,56	10,17%	R\$ 40.548.069,20	R\$ 3.216.067,95	8,61%	R\$ 1.722.499,47	R\$ 47.476.560,82	3,63%
2014	R\$ 55.920.227,83	R\$ 8.443.667,01	17,78%	R\$ 46.457.716,56	R\$ 5.909.647,36	14,57%	R\$ 3.713.680,86	R\$ 55.920.227,83	6,64%
2015	R\$ 66.299.396,10	R\$ 10.379.168,27	18,56%	R\$ 59.816.535,11	R\$ 13.358.818,55	28,75%	R\$ 1.143.800,23	R\$ 66.299.396,10	1,73%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Margem EBITDA representa os rendimentos do negócio (operacionais) menos todos os gastos operacionais que vão originar um pagamento. Se o EBITDA for sistematicamente negativo significa que a empresa não consegue ter um nível de atividade suficiente para liquidar os pagamentos inerentes à atividade, e conseqüentemente verá rapidamente deteriorada a situação financeira.

Em relação ao EBTIDA, a operadora saiu de um percentual de -12,26%, em 2004, para + 1,94%, em 2015, porém desde 2011, o indicador tem se mantido positivo, e em 2011 e em 2014, alcançou 7,69% e 6,85%, respectivamente, demonstrando reversão do cenário de insustentabilidade (Gráfico 41 e Tabela 11).

**Gráfico 41: Margem EBITDA**



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### Rentabilidade (ROA e ROE)

ROA (Retorno sobre o Ativo) é a taxa de retorno sobre o ativo total, e mostra a relação entre o resultado líquido e o ativo total, conforme o caderno Prisma da ANS (on line, 2º trimestre de 2015, acesso em: 14 de junho de 2016, p. 56). Avalia a capacidade do ativo para gerar resultados, e quanto maior a razão, maior a capacidade.

ROE (Retorno sobre o Patrimônio Líquido) é a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido, e mostra a relação entre o resultado líquido e o patrimônio líquido conforme o caderno Prisma da ANS (on line, 2º trimestre de 2015, acesso em: 14 de junho de 2016, p. 56). Mostra o retorno contábil obtido com o investimento do capital próprio.

O indicador de rentabilidade ROA, também, apresentou variação positiva, a partir de 2011, mostrando a melhora do cenário, e a consolidação da sustentabilidade, uma vez que em 2004 e 2005 foi de - 11,01% e - 12,59%,

respectivamente. No período 2011/2015, sua variação ficou entre 3,03% a 12,04, conforme Tabela 11 e Gráfico 42.

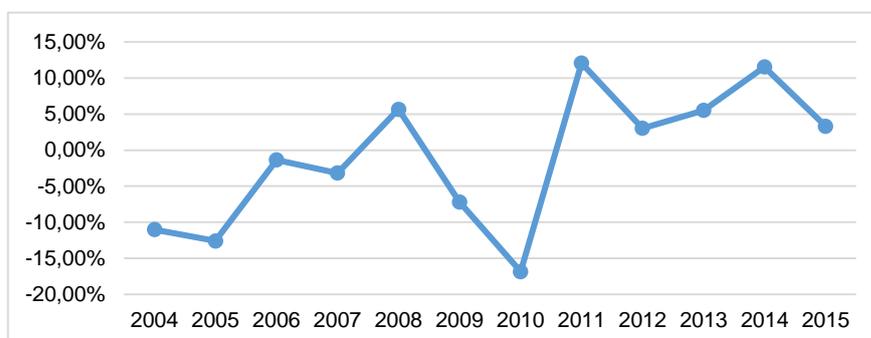
Quanto ao ROE, em 2004 e 2005, verificou-se os resultados de 3,28% e 4,20%, respectivamente e, a partir de 2006, sua variação oscilou entre 6,54% e 19,52% (aumento entre 55,7% a 364,7%, respectivamente, considerando o índice de 2005), ficando negativo apenas em 2010 (-1,68%), de acordo com Tabela 11 e Gráficos 43.

**Tabela 11:** Indicadores de rentabilidade (ROA E ROE) e EBITDA

	ROA - RETORNO DO ATIVO TOTAL			ROE - RETORNO DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO			MARGEM DE EBITDA	
	LUCRO OPERACIONAL AJUSTADO	ATIVO TOTAL	ROA	LUCRO LÍQUIDO	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	ROE	EBITDA	MARGEM DE EBITDA
2004	-R\$ 1.709.867,45	R\$ 15.523.823,38	-11,01%	R\$ 512.353,38	R\$ 15.611.043,00	3,28%	-R\$ 1.695.464,73	-12,26%
2005	-R\$ 2.066.578,36	R\$ 16.418.816,00	-12,59%	R\$ 684.990,64	R\$ 16.317.894,64	4,20%	-R\$ 1.991.080,61	-10,94%
2006	-R\$ 254.198,16	R\$ 18.768.735,15	-1,35%	R\$ 3.005.386,75	R\$ 19.323.631,39	15,55%	-R\$ 162.064,49	-0,69%
2007	-R\$ 668.058,25	R\$ 21.022.266,92	-3,18%	R\$ 1.513.222,48	R\$ 20.863.557,03	7,25%	-R\$ 663.065,05	-2,71%
2008	R\$ 1.226.307,76	R\$ 21.706.772,03	5,65%	R\$ 1.448.814,44	R\$ 22.139.563,72	6,54%	R\$ 1.278.930,99	4,72%
2009	-R\$ 1.609.140,47	R\$ 22.377.602,71	-7,19%	R\$ 2.520.920,68	R\$ 21.777.808,63	11,58%	-R\$ 1.558.090,09	-5,19%
2010	-R\$ 3.782.585,87	R\$ 22.478.701,43	-16,83%	-R\$ 333.863,01	R\$ 19.908.156,75	-1,68%	-R\$ 3.715.488,41	-11,31%
2011	R\$ 2.840.811,38	R\$ 23.585.998,23	12,04%	R\$ 3.315.591,15	R\$ 23.223.747,90	14,28%	R\$ 2.929.126,09	7,69%
2012	R\$ 794.377,39	R\$ 26.204.382,73	3,03%	R\$ 3.070.592,72	R\$ 22.397.201,06	13,71%	R\$ 895.051,21	2,08%
2013	R\$ 1.722.499,47	R\$ 31.260.588,82	5,51%	R\$ 2.322.218,96	R\$ 22.765.947,44	10,20%	R\$ 1.828.750,42	3,85%
2014	R\$ 3.713.680,86	R\$ 32.215.036,62	11,53%	R\$ 5.361.872,39	R\$ 27.468.832,38	19,52%	R\$ 3.832.049,41	6,85%
2015	R\$ 1.143.800,23	R\$ 34.548.730,49	3,31%	R\$ 3.378.970,65	R\$ 30.221.757,37	11,18%	R\$ 1.284.769,13	1,94%

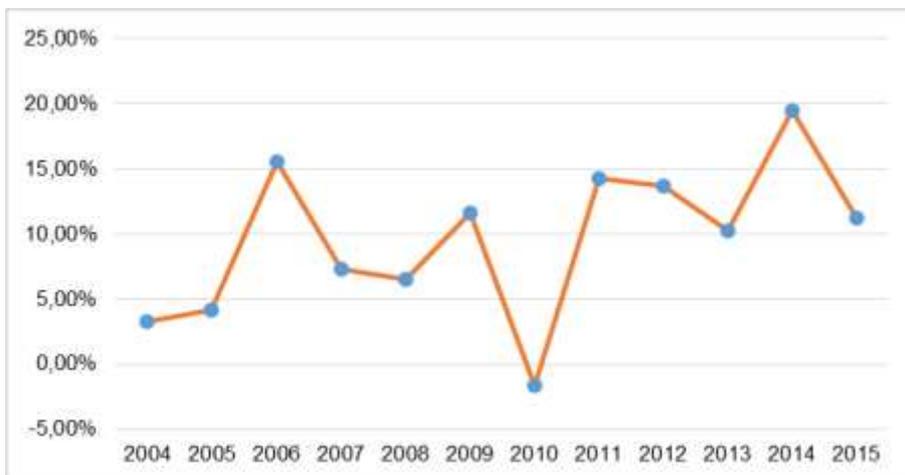
Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 42:** ROA



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 43: ROE**



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

#### 4.2.2. Impacto da Verticalização Ambulatorial na Sinistralidade

Sinistralidade ou Despesa Médicas (DM), conforme o caderno Prisma da ANS, 2º trimestre de 2015 (on line, acesso em: 14 de junho de 2016, p. 55), significa relação entre despesas assistenciais e o total das receitas com operação de planos de saúde (contraprestações efetivas).

Para Ramos (2011, p. 23), o custo assistencial é medido pela sinistralidade, indicador financeiro, e que “significa que se temos uma receita de 100 reais, no caso da autogestão que representa 94,1 de sinistralidade, 94 reais são despendidos com a cobertura assistencial”, não estando incluídos despesa administrativa e tributos.

Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 46) referem que, com a verticalização, ampliaram-se os programas de promoção de saúde, de prevenção de moléstias e de acompanhamento de casos crônicos, contribuindo para estabilizar os índices de sinistralidade.

O embrião da verticalização ambulatorial da Mútua data de 2006 com a criação do *Check-up*, e sua consolidação ocorreu com a implantação dos demais Programas de Saúde, a partir do conhecimento do perfil epidemiológico dos participantes, visando o atendimento integral e integrado dos associados.

A estratégia adotada na política de gestão de saúde da Mútua proporcionou queda da sinistralidade geral, que se encontra em menor percentual, quando em comparação com as demais operadoras de autogestão desde 2011(Tabela 12), conforme publicação da Agência Nacional de Saúde – Caderno Prisma – 2º trimestre de 2015 (on line, acesso em: 14 de junho de 2016).

Quanto à sinistralidade dos participantes do *Check-up* e Programas Cardiovascular e Endocrinológico, a queda da sinistralidade foi ainda maior e vem ocorrendo desde 2009, apontando para a eficácia e eficiência da estratégia adotada, além da qualidade de vida, na dimensão saúde, proporcionada aos associados, uma vez que os eventos por doença foram reduzidos.

Quanto ao sentido de saúde, também, como qualidade de vida, Rabello (2010, p. 110), refere que

A saúde foi entendida como fonte de riqueza da vida cotidiana, em seu conceito positivo, sendo o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, portanto uma dimensão fundamental da qualidade de vida, dependendo, para sua consecução, da ação coordenada de todos os implicados, do governo e da sociedade, individual e coletivamente, comprometidos a seu favor e em uma ação internacional, com os requisitos e estratégias prioritários, [...].

#### 4.1.5.1. Comparativo da sinistralidade dos participantes e não participantes dos Programas.

A sinistralidade dos participantes do *check-up* foi menor do que a sinistralidade geral da Mútua, isto é, a maior sinistralidade foi 86,18% (2010) a a menor, 59,84% (2013), enquanto que a sinistralidade geral da Mútua foi, 99,0%

(2010) e 84,0% (2013), e a das demais autogestões, 89,2% (2010) e 92,6% (2013), conforme Tabela 12.

**Tabela 12** : Sinistralidade geral dos participantes do check up e das demais operadoras de autogestão

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (junho)
Mútua (participantes e não participantes dos programas)	96,00%	99,00%	81,00%	91,00%	84,00%	86,00%	79,71%
Mútua - associados participantes do check-up	80,40%	86,18%	81,84%	67,47%	59,84%	66,08%	68,58%
Outras Operadoras de Autogestão	94,10%	89,20%	91,70%	93,50%	92,60%	90,55%	88,00%

**Fonte:** Dados da Pesquisa 2016 e Publicação da ANS (Caderno Prisma – 2ª trimestre de 2015)

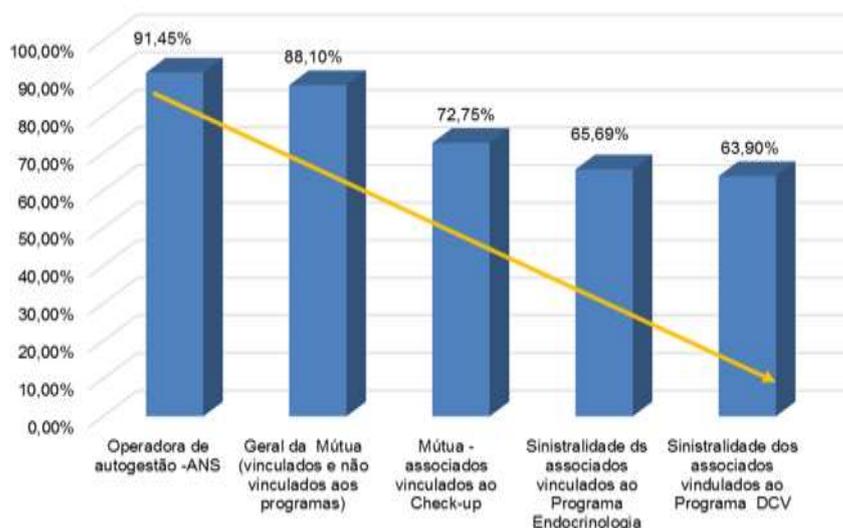
Verificou-se que, também, a sinistralidade dos participantes dos programas de doença cardiovascular e endocrinologia foi menor em ambos os programas, quando comparada com a sinistralidade geral da Mútua, e com a das demais autogestões (ANS), de acordo com Tabela 13 e Gráfico 44.

**Tabela 13:** Sinistralidade dos participantes dos Programas de DCV e Endocrinologia

	2014	2015
SINISTRALIDADE DOS ASSOCIADOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE DCV	59,42%	68,39%
SINISTRALIDADE DOS ASSOCIADOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA ENDOCRINOLOGIA	73,96%	57,41%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 44:** Comparativo da média da sinistralidade entre os participantes dos programas (*Check-up*: 2009 – 2015; DCV e endocrinologia: 2014 - 2015), sinistralidade geral Mútua e autogestões ANS (ambas, 2009 – 2015)



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016. e Publicação Anual da ANS (Caderno Prisma – 2º trimestre de 2015)

### Reserva Técnica

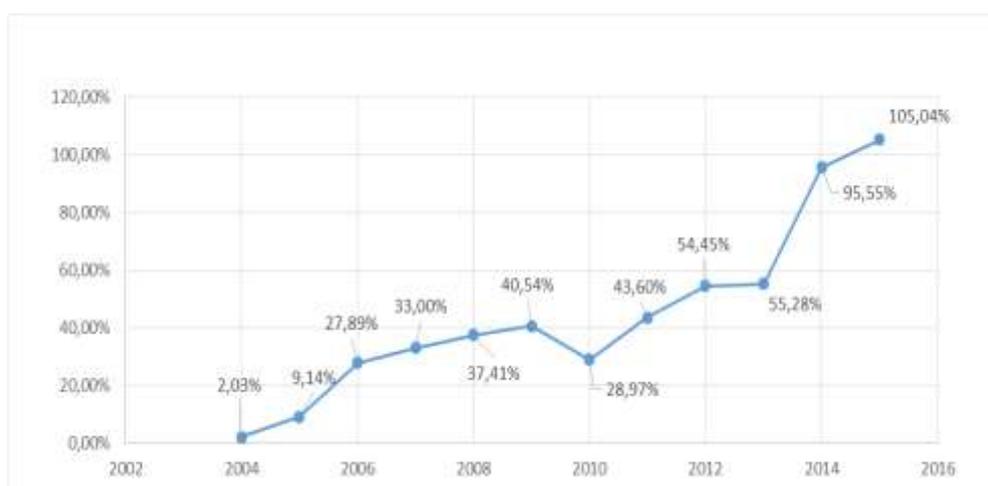
Em relação à reserva técnica, de 2004 para 2005, esta variou em 9,14%, e no período 2005 a 2015, a variação foi de 105,04 %, conforme Tabela 14 e Gráfico 45, demonstrando a reversibilidade da insustentabilidade para a sustentabilidade consolidada da Mútua, o que ratifica dados da literatura específica (estudo em Harvard) que mostra que empresas socialmente responsáveis apresentam taxa de crescimento quatro vezes maior (BULGACOV ET AL, 2007, p. 80).

**Tabela 14:** Variação percentual – reserva técnica

<b>Data</b>	<b>Variação Percentual Acumulada</b>
2004	2,03%
2005	9,14%
2006	27,89%
2007	33,00%
2008	37,41%
2009	40,54%
2010	28,97%
2011	43,60%
2012	54,45%
2013	55,28%
2014	95,55%
2015	105,04%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Gráfico 45:** Variação percentual acumulada



**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

### 4.3. Impacto da Verticalização Ambulatorial nos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), na Aprovação dos Programas de Prevenção e na Classificação de Risco, ambos divulgados pela ANS.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, criado em 2005, utiliza para avaliar o desempenho das Operadoras, os Índices de Desempenho que servem como instrumento para avaliação interna e externa quando os consumidores desejam analisar, avaliar, adquirir ou migrar de plano de saúde (SOARES, 2006, p. 10), assim como a classificação de risco.

#### 4.3.1. Índices de Desenvolvimento de Saúde Suplementar- ANS e Classificação de Risco

A Mútua alcançou a nota máxima nos indicadores das quatro dimensões, o que corresponde a nota 1. Em relação à Atenção à Saúde, o índice de 0,944 foi acrescido de pontuação igual a 0,0216 (Bonificação Promoprev), em razão da aprovação de cinco programas de saúde em 2015, constante no Apêndice D (Figura 2).

**Figura 2:** Índices de Desempenho em Saúde Suplementar



REGISTRO ANS:	418650
RAZÃO SOCIAL:	MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO:	RIO DE JANEIRO
UF:	RJ
MODALIDADE:	AUTOGESTÃO
Nº DE BENEFICIÁRIOS:	5.298
PORTE :	PEQUENO

#### **PONTUAÇÃO DA OPERADORA**

DIMENSÃO	NOTA
ASSISTENCIAL	0,9440
ATUARIAL	1,0000
ESTRUTURA E OPERAÇÃO	1,0000
INFORMAÇÃO	1,0000
RECLAMAÇÃO	1,0000
PONTUAÇÃO	0,9915
BONIFICAÇÃO PROMOPREV	0,0216
PONTUAÇÃO FINAL	1,000
STATUS	RISCO BAIXO

Fonte: Relatório ANS

### 4.3.2. Classificação de Risco Assistencial

Verificou-se que a avaliação do desempenho da operadora foi a melhor possível e que, em razão de seus resultados em gestão da saúde de seus associados e econômico-financeiros, foi classificada como de Risco Baixo, e em décima posição entre as 632 operadoras, de acordo com dados extraídos do site da ANS (posição no *ranking* do grupo igual a 844 entre 858 operadoras e posição no *ranking* do *status* igual a 623 entre 632 Operadoras (Figura 3). A referência de esclarecimento e que quanto MENOR a posição no *ranking* MAIOR o índice de Risco Assistencial.

Embora a literatura específica sustente que o tamanho da carteira dos planos de saúde é um dos fatores relevantes para uma verticalização, e que “uma carteira precisa ser muito grande para ter sucesso no empreendimento de verticalização, acrescentando ainda que as autogestões, em razão da cultura na utilização da livre escolha seja um entrave para a estratégia (RAMOS, 2011, p. 24), os resultados apresentados na avaliação de risco mostrou não ser o porte da operadora o fator de sucesso e sim a sua gestão em saúde, que no caso da Mútua, optou pela estratégia de verticalização ambulatoria.

**Figura 3:** Classificação de Risco



REGISTRO ANS:	418650
RAZÃO SOCIAL:	MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
MUNICÍPIO:	RIO DE JANEIRO
UF:	RJ
MODALIDADE:	AUTOGESTÃO
Nº DE BENEFICIÁRIOS:	5.298
PORTE :	PEQUENO

#### **RESULTADO NO GRUPO**

GRUPO:	MEDICINA HOSPITALAR
Nº DE OPERADORAS NO GRUPO:	858
POSIÇÃO NO RANKING DO GRUPO:	844 (*)

#### **RESULTADO NO STATUS E NO GRUPO**

STATUS:	RISCO BAIXO
Nº DE OPERADORAS NO STATUS:	632
POSIÇÃO NO RANKING DO STATUS:	623 (*)

(\*) quanto MENOR a posição no ranking, MAIOR o índice de RISCO ASSISTENCIAL

**Fonte:** Relatório ANS

## 5. CONCLUSÃO

O que se pretendeu investigar foi se as ações de verticalização ambulatorial, adotadas pela Mútua, foram eficazes e eficientes, no sentido de proporcionar qualidade de vida na dimensão saúde, e não na sua percepção medida por instrumentos validados, a seus associados, verificada pelo controle das doenças e comorbidades diagnosticadas pelo *check-up*, e pela redução das internações dos participantes dos Programas de Saúde, quando comparados tais resultados com os dos não participantes dos programas, e se proporcionou redução de custos (controle da sinistralidade e manutenção da sustentabilidade).

O resultado da pesquisa no sistema de gestão da operadora sobre os diferentes programas de prevenção iniciados com a verticalização ambulatorial e o *check-up*, implementado em 2006, mostrou que a qualidade de vida, na dimensão saúde, dos participantes dos Programas de Saúde foi alcançada, pois o percentual de internação geral dos participantes do *check-up* foi em média 21,00% contra 79,0% dos que não participaram, e por doença cardiovascular foi de 6,02% para os participantes contra 93,98% para os não participantes. Em relação à internação por pneumonia comunitária a queda foi de 90,00% em 10 anos. Quanto aos procedimentos ortopédicos e de coluna, os participantes dos programas realizaram menos procedimentos (variação de -30,00% a -79,00%). O controle das principais doenças crônicas, isto é, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e excesso de peso, incluindo obesidade, também apresentaram resultados satisfatórios e estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ), resultados, esses, verificados por estatística descritiva e correlação de *Pearson* realizadas pelo *Software Minitab*.

Quanto aos indicadores econômico-financeiros, verificou-se que a sinistralidade média dos participantes dos Programas de Saúde foi menor que 73,0%, enquanto que a média da sinistralidade geral da operadora foi de 88,10% (ambas extraídas do sistema de gestão da Mútua), e a média das demais autogestões, 91,45% (percentual divulgado pela ANS – Caderno Prisma – 2º trimestre de 2015). Os demais indicadores, tais como: EBIT, EBITDA, ROE, ROA e

Reserva Técnica, todos apresentaram resultados positivos, apontando para a sustentabilidade da Mútua.

Sendo assim, a *performance* da gestão da Mútua ficou comprovada, tendo em vista que a verticalização ambulatorial dos serviços possibilitou o atendimento integral e integrado aos participantes dos programas de saúde, proporcionando qualidade de vida na dimensão saúde; a aprovação pela ANS de cinco Programas de Saúde (Check-up; Programa Prevenção da Obesidade e Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência; Programa Cardiovascular; Nutrição; Nutrição para a Infância e Adolescência – Apêndice D), em razão de estarem de acordo com as boas práticas médicas, e por apresentarem a adesão estabelecida pela Agência Reguladora, ou seja, a média de adesão aos cinco programas foi igual a 52,20%, quando o mínimo exigido pela ANS é igual a 20%; a obtenção de nota máxima (nota 1) em todos os Índices de Desempenho de Saúde Suplementar (Atenção à Saúde; Estrutura e Operações; Econômico-Financeiro; Satisfação do Beneficiário) e ainda a classificação de Risco Baixo.

O resultado da verticalização ambulatorial da Mútua, operadora de saúde, modalidade autogestão, não foi ao encontro do que sustenta a literatura específica em relação ao tamanho da carteira dos planos de saúde ser um dos fatores relevantes para o sucesso da verticalização, pois Ramos (2011, p. 24) mencionou que “uma carteira precisa ser muito grande para ter sucesso no empreendimento de verticalização, acrescentando, ainda, que as autogestões, em razão da cultura na utilização da livre escolha, é um entrave para a estratégia. O entendimento de Ramos foi apoiado por Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 43), que relataram que “A pequena escala tende a aumentar os riscos nesse negócio de “natureza securitária”, além de dificultar negociações com prestadores de serviço e limitar o poder de investimento em serviços próprios”.

Conclui-se que o fator crítico de sucesso a ser considerado no desempenho assistencial e econômico-financeiro da operadora de saúde foi a verticalização ambulatorial (estratégia de gestão), e não o seu porte; apoiada a verticalização por

gestão profissionalizada e focada na prevenção de doenças, e que o presente estudo demonstrou que a Mútua tornou-se um Case de Sucesso, e que pelos seus resultados consolidados pode ser considerada referência em qualidade, em resolubilidade e em sustentabilidade, além de que o conhecimento científico gerado pela pesquisa representa o suprimento de uma lacuna na análise acadêmica quanto à estratégia de verticalização ambulatorial na saúde suplementar, uma vez que Albuquerque, Fleury MTL e Fleury AL (2011, p. 42) referiram escassez acadêmica sobre o assunto.

A Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro apresentou Responsabilidade Social Corporativa, tendo em vista que focou nos processos assistenciais e alcançou as metas e objetivos organizacionais por meio da verticalização ambulatorial, isto é, proporcionou atendimento médico personalizado e fundamentado no perfil epidemiológico de seus associados, suprimindo suas necessidades e gerando qualidade de vida na dimensão saúde, de acordo com as diversas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde; implantou prontuário eletrônico, proporcionando a integração do atendimento entre os profissionais da equipe multidisciplinar, assim como, manteve excelente relacionamento com os demais *stakeholders*, uma vez que valorizou e reconheceu o serviço prestado pelos seus colaboradores, por meio de salário acima do mercado e vários benefícios oferecidos (Apêndice C), e remunerou os prestadores de serviços com honorários acima da média praticada pelo mercado de saúde suplementar (valor de R\$150,00 para consulta médica).

Assim, destaca-se que a estratégia de gestão em saúde, ou seja, a verticalização ambulatorial, poderá ser adotada pelas demais operadoras de saúde suplementar, inclusive autogestões, independentemente de seu porte, visando o alcance da qualidade de vida na dimensão saúde de seus associados; da sustentabilidade do sistema de saúde suplementar e da responsabilidade social corporativa.

Como sugestão de melhoria, a Mútua deverá submeter os demais programas de prevenção à aprovação da ANS, mantendo estudos anuais sobre os resultados, para que possa ter como meta a melhoria contínua, necessária a toda organização e, principalmente, as que possuem, como objeto, a saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Disponível em: <<http://www.abrange.com.br/portal/files/dicionário.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

AINSBURY, R; GRAYSON, D. **Business Critical: Understanding a Company's Current and Desired Stages of Corporate Responsibility Maturity.**

ALBUQUERQUE, GM; FLEURY, MTL; FLEURY, AL. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. **Produção**, v. 21, n. 1, p. 39-52, jan./mar. 2011.

AVALIAÇÃO de Tecnologias em Saúde (ATS): Um Guia Prático para Gestores. Bristol Myers Squibb.

BALZAN, MV. O impacto do novo rol de procedimentos. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, número 11, p. 5-6, primeiro semestre de 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação de Saúde Suplementar Beneficiários, Operadoras e Planos**, Ano 10, n. 1 (mar.) 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/materiais-publicado/periódicos>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar 2º Trimestre – 2015**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Perfil\\_setor/Prisma/2015\\_prisma\\_2ºtrim.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Prisma/2015_prisma_2ºtrim.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório da Qualificação das Operadoras 2015 – Ano Base 2014**. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_operadora/area\\_da\\_oper](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_operadora/area_da_oper)

adora/IDSS/relatorio\_qualificacao\_operadora\_2015\_ano\_base\_2014.pdf>. Acesso em: 29 de junho de 2016.

BULGACOV, S; SOUZA, QR; PROHMANN, JIP; COSER, C; BARANIUK, J. PIRES, PJ (col.) **Administração Estratégica: Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2007.

CERVO, AL; BERVIAN, PA. **Metodologia Científica**. 4ª ed. São Paulo: Makron, 1996.

CESCHIN, M. O impacto do rol da ANS nos custos das operadoras. **Revista do GVsaúde da FGV-EAESP**, número 11, p. 7-10, primeiro semestre de 2011.

CREMESP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – **Os Médicos e os Planos de Saúde – Guia de direitos contra abusos praticados pelas operadoras – Os riscos da verticalização** – capítulo 14, p. 36. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/pdfs/medicos\\_plano\\_saude.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/medicos_plano_saude.pdf) >. Acesso em: 10 de maio de 2016.

CURY, R. **O Sistema Privado de Saúde no Brasil – Cenário Atual e Tendências**. In: ZUCCHI, P; FERRAZ, MB (Coord). **Economia e Gestão em Saúde: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP - EPM**. Barueri, SP: Manole, 2010, p. 53-60.

DAMÁZIO, LF; GONÇALVES, CA. **Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: Caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FERREIRA, TKM; LIMA, MAM; CONCEIÇÃO, WS; ALVES, DVA; SALES, AO. **Gestão Estratégica em Saúde: Uma Aplicação Prática com Resultados Consolidados**. In: CONGRESSO VIRTUAL BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO. **Anais eletrônico...** Disponível em: <<http://www.convibra.com.br/Sp.asp?ev=102&lang=pt>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

FOLLAND,S; GOODMAN, AC; STANO, M. BAZAN, C (trad.). **A Economia da Saúde**. 5ª ed.. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GIL AC. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ªed..São Paulo: Atlas, 2010.

JACOBSEN, AL. **Metodologia do Trabalho Científico**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC, 2009.

MARCONI, MA; LAKATOS, EV. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª ed.. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTIN, V; HENDERSON, E. DIAS, JF (trad.). **Gestão de Unidades de Saúde e Serviços Sociais**. Lisboa: Monitor – Projetos e Edições Ltda, 2004.

MOTA, AG; CUSTÓDIO, C. **Finanças da empresa: manual de informação, análise e decisão financeira para executivos**. 7ª ed..Lisboa:Bnomics, 2012.

PORTER, ME; TEISBERG, EO. BAZAN, C. (trad.). **Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007).

40% dos planos de saúde têm rede própria de atendimento. **Pesquisa**. Disponível em:<<http://veja.abril.com.br/saúde/40-dos-planos-de-saude-tem-rede-propria-de-atendimento>> 3 de fev. 2014 Acesso em: 10 de maio de 2016.

RABELLLO, LS. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Ficruz, 2010.

RAMOS, I. Custos no Mercado de Saúde Suplementar. **Revista do GV Saúde da FGV-EAESP**, número 11, p. 22-26, primeiro semestre de 2011.

Relatório de Gestão 2011, Unimed São José dos Campos. **Pesquisa**. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/14424551-2011-relatorio-de-gestao.html>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

ROMERO, APRC. **Desdobramentos e tendências atuais da Reestruturação Industrial**. 2004. 25 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Industrial) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Certificação Digital 0212193/CA – 16/03/2005. Disponível em: <[http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=6105@1](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=6105@1)>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

SANTACRUZ, R. **Verticalização do Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar**. 2011. 22 f. Textos para Discussão 282 – Universidade Federal Fluminense, Economia, 2011. Disponível em: <[http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF\\_TD282.pdf](http://www.uff.br/econ/download/tds/UFF_TD282.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

SOARES, MA. **Análise de Indicadores para Avaliação de Desempenho Econômico-Financeiro de Operadoras de Planos de Saúde Brasileiras: Uma Aplicação da Análise Fatorial**. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - USP (SP), 2006.

SOUZA, MAS; SALVALAIO, D. Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos de uma operadora brasileira de planos de saúde. **Rev. Panam Salud Publica**, 2010; 28(4); 305-10.

ZARPELON, MI. **Gestão e Responsabilidade Social: NBR 16.001/AS 8.000: Implantação e Prática**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

ZUCCHI, P; FERRAZ, MB (Coord). **Economia e Gestão em Saúde: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP - EPM**. Barueri, SP: Manole, 2010.

## APÊNDICE A

Protocolo do <i>Check-up</i> da Mútua dos Magistrados - Adulto e Idoso					
Procedimentos		Até 39 anos		De 40 acima	
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Consultas	Consulta com Clínico	x	x	x	x
	Consulta com Nutricionista	x	x	x	x
	(*) Consulta com Cardiologista (Programa de Doença Cardiovascular )				
	Consulta com Ginecologista (Campanha: Saúde da Mulher)		x		x
	Consulta com Urologista (Campanha: Saúde do Homem)			x	
	(*) Consulta com Endocrinologista (Programa: Obesidade e Doença Endócrina)				
	(*) Consulta com Neurocirurgião (Programa de Prevenção de Afecção na Coluna)				
	(*) Consulta com Cirurgião oncológico (Campanha de Prevenção de CA de Pele)				
	Exercício físico com cardiologista e professor de Educação Física (Reabilitação Cardíaca)				
	(*) Consulta com Ortopedista				
	(*) Consulta com Geriatria (Prevenção da Sarcopenia e Osteoporose )				
	(*) Consulta com Cirurgião Vascular (PPA)				
	(*) Consulta com Cirurgião Geral				
	(*) Consulta com Hepatologista				
	(*) Consulta com Especialista Cabeça e Pescoço				
	(*) Consulta com Nefrologista				
	(*) Consulta com Psicólogo				
(*) Consulta com Professor Funcional (Programa: Avaliação Funcional)					
<b>(*) Conforme necessidade detectada</b>					
Exames Laboratoriais	Hemograma completo	x	x	x	x
	Glicose	x	x	x	x
	Dosagem de insulina	x	x	x	x
	Hemoglobina glicosada	x	x	x	x
	T4 livre	x	x	x	x
	Lipidograma completo	x	x	x	x
	TGO, TGP, $\gamma$ GT	x	x	x	x
	Uréia (Fórmula de CRKROTF / Peso)	x	x	x	x
	Creatinina (Fórmula de CRKROTF / Peso)	x	x	x	x
	Ácido úrico	x	x	x	x
	TSH	x	x	x	x
	CEA	x	x	x	x
	Proteína C reativa	x	x	x	x
	Homocisteína	x	x	x	x
	HBsAg	x	x	x	x
	Anti-HBs	x	x	x	x
	Anti-HBc Total	x	x	x	x
	Anti - HCV	x	x	x	x
	PSA livre e total				
	Índice de homa	x	x	x	x
	Urina : EAS	x	x	x	x
	Fezes: parasitológico	x	x	x	x
Fezes: sangue oculto monoclonal			x	x	
Imagem	Mamografia				x
	US addomen total	x	x	x	x
	US próstata			x	
	US transvaginal		x		x
Av. Cardiovascular	Teste ergométrico com eletrocardiograma em repouso	x	x	x	x
	Papanicolau		x		x
Dopler de carótidas e microalbuminúria conforme protocolo					

## APÊNDICE B

Protocolo do <i>Check-up</i> da Mútua dos Magistrados - Infância e Adolescência			
Procedimentos		Idade 9 a 17 anos	
		Masculino	Feminino
<b>Consultas</b>	Consulta com Pediatra (Programa: Saúde da Criança e Adolescente)	x	x
	Consulta com Nutricionista	x	x
	(*) Consulta com Cardiologista (Programa de Doença Cardiovascular )		
	(*) Consulta com Endocrinologista (Programa: Obesidade e Doença Endócrina)		
	(*) Consulta com Ortopedista		
	(*) Conforme necessidade detectada		
<b>Exames Laboratoriais</b>	Hemograma completo	x	x
	Ferritina	x	x
	Ferro sérico	x	x
	Saturação da transferrina	x	x
	Glicemia	x	x
	Dosagem de insulina	x	x
	Índice de HOMA - IR	x	x
	Colesterol total	x	x
	Triglicéridos	x	x
	LDL	x	x
	HDL	x	x
	TGO	x	x
	TGP	x	x
	TSH	x	x
	PCR	x	x
<b>Imagem</b>	US addomen	x	x
	US pélvica	x	x
	US tireoide	x	x
<b>Outros</b>	Dopler de carótida	x	x

## APÊNDICE C

<b>BALANÇO SOCIAL</b>	
<b>MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b>	
<b>EXERCÍCIO: 2016 (MAIO)</b>	
<b>1- DEMONSTRATIVOS DE GESTÃO DE PESSOAS</b>	
Quantidade de Colaboradores Funcionários	57
Quantidade de Homens	16
Quantidade de Mulheres	41
Quantidade de Colaboradores (RPA) Fixos	8
Quantidade de Colaboradores (RPA) Eventuais	0
Quantidade de Homens ( RPA)	7
Quantidade de Mulheres (RPA)	1
Quantidade de Estagiários	4
Quantidade de Estagiários que se tornaram funcionários no período	0
Quantidade de Contratações no período	0
Quantidade de Afastamentos no período	0
Quantidade de Pedido de Demissões no período	0
Quantidade de Demissões no período (Pela Mútua)	0
Total de Rescisões	0
Percentual de Rotatividade	0%
<b>2-FAIXA ETÁRIA</b>	
De 20 a 30 anos	17
De 31 a 40 anos	11
De 41 a 50 anos	6
De 51 a 60 anos	16
De 61 a 70	7
Maiores de 70 anos	0
<b>3-ESCOLARIDADE</b>	
Com ensino fundamental	2
Com ensino médio	5
Cursando nível superior	14
Com nível superior	36
Pós graduado	17
<b>4-INDICADORES SOCIAIS INTERNOS</b>	
	<b>% s/ receita</b>
Auxílio em Educação (Formação)	0,0243
Auxílio Alimentação	0,6722
Auxílio Transporte	0,1934
Seguro de Vida	0,0061
Auxílio Livro	-
Auxílio Academia	-
<b>TOTAL</b>	<b>0,8960</b>
<b>5-INFORMAÇÕES RELEVANTES</b>	
	<b>% s/ receita</b>
Teto Salarial	0,4353
Gratificação por acúmulo de função (Gestora do Programa)	0,1415
Salário Médio	0,0773
Menor Salário	0,0178
Investimento em Capacitação	0,0265
<b>TOTAL</b>	<b>0,6984</b>

## APÊNDICE D

### Aprovação dos Programas de Prevenção pela ANS



Programa	Situação
<p><b>Nome:</b> PROGRAMA CARDIOVASCULAR : ACOMPANHAMENTO DE PORTADORES DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES (93827)</p> <p><b>Operadora:</b> MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> <p><b>Atuação:</b> Saúde do Adulto e Idoso</p> <p><b>Objetivo:</b> Alcoolismo, Alimentação saudável, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial sistêmica, Inatividade física, Insuficiência cardíaca, Sobrepeso / Obesidade, Tabagismo, Terceira idade</p> <p><b>Justificativa:</b> ATRAVÉS DOS RESULTADOS DO PROGRAMA DE CHECK-UP DE 2006 E 2007, ONDE 663 EXAMES FORAM REALIZADOS, CONSTATOU-SE QUE UM PARCELA SIGNIFICATIVA DOS ASSOCIADOS ERA DISLIPIDÊMICO (40%), HIPERTENSOS (32%), E COM SOBREPESO (19%). INTERNADOS POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM 2006 SOMARAM 84, REPRESENTANDO 12,53% DO TOTAL DE INTERNADOS</p>	<p>✓ Aprovado</p>
<p><b>Nome:</b> PROGRAMA DE NUTRIÇÃO (93806)</p> <p><b>Operadora:</b> MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> <p><b>Atuação:</b> Saúde do Adulto e Idoso</p> <p><b>Objetivo:</b> Alimentação saudável, Hipertensão arterial sistêmica, Osteoporose, Sobrepeso / Obesidade, Terceira idade, Outros</p> <p><b>Justificativa:</b> PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS COM ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO CORPORAL (MEDIDA ATRAVÉS DA BIOIMPEDANCIOMETRIA), SOBREPESO, DISLIPIDEMIA E DIABETES MELLITUS), TENDO COMO OBJETIVO, ALÉM DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CRIAR HÁBITOS DE VIDA SAÚDEIS TAIS COMO: CONTROLE DO PESO, ALIMENTAÇÃO SAÚDEVEL E PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS.</p>	<p>✓ Aprovado</p>

<p><b>Nome:</b> PROJETO SAÚDE TOTAL : PROGRAMA CHECK-UP &amp; ATENÇÃO INTEGRAL &amp; SAÚDE (93766)</p> <p><b>Operadora:</b> MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> <p><b>Atuação:</b> Saúde do Adulto e Idoso</p> <p><b>Objetivo:</b> Alcoolismo, Alimentação saudável, Câncer de cólon e reto, Câncer (outros), Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial sistêmica, Imunização, Inatividade física, Osteoporose, Sobrepeso / Obesidade, Tabagismo, Terceira idade, Outros</p> <p><b>Justificativa:</b> PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS ATRAVÉS DE INTERVENÇÃO ADEQUADA SOBRE OS FATORES DE RISCO, DANOS E PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS QUE ACOMETEM OS ASSOCIADOS, VISANDO PROPORCIONAR MELHOR QUALIDADE DE VIDA E REDUZIR A SINISTRALIDADE DA OPERADORA. FATORES FORAM LEVANTADOS ATRAVÉS DE PESQUISA REALIZADA EM 2005 (MEDILAR GESTÃO EM SAÚDE-COM PREENCHIMENTO DE 706 QUESTIONÁRIOS) COM ASSOCIADOS DE IDADE &gt; 18 ANOS (54% DO GÊNERO FEMININO E 46% DO MASCULINO).</p>	<p>✓ <b>Aprovado</b></p>
--	--------------------------

Programa	Situação
<p><b>Nome:</b> PROGRAMA DE NUTRIÇÃO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (93826)</p> <p><b>Operadora:</b> MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> <p><b>Atuação:</b> Saúde do Adolescente</p> <p><b>Objetivo:</b> Sobrepeso / Obesidade, Outros, Alimentação saudável, Inatividade física</p> <p><b>Justificativa:</b> PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS COM ALTERAÇÕES NA COMPOSIÇÃO CORPORAL (MEDIDA ATRAVÉS DA BIOIMPEDANCIOMETRIA), SOBREPESO, DISLIPIDEMIA E DIABETES MELLITUS), TENDO COMO OBJETIVO, ALÉM DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CRIAR HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS TAIS COMO: CONTROLE DO PESO, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS</p>	<p>✓ <b>Aprovado</b></p>
<p><b>Nome:</b> PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA SÍNDROME METABÓLICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. (93786)</p> <p><b>Operadora:</b> MÚTUA DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</p> <p><b>Atuação:</b> Saúde do Adolescente</p> <p><b>Objetivo:</b> Sobrepeso / Obesidade, Outros, Alimentação saudável, Inatividade física</p> <p><b>Justificativa:</b> A OBESIDADE, NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA VEM ATINGINDO PROPORÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS, EM VIRTUDE DE MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA E NOS HÁBITOS ALIMENTARES; O QUE TEM DETERMINADO CRESCIMENTO NO APARECIMENTO DE MORBIDADES ASSOCIADAS &amp; DOENÇA (DISLIPIDEMIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES MELLITUS 2) LEVANDO &amp; SÍNDROME METABÓLICA, QUE, NA IDADE ADULTA LEVARÁ AO AUMENTO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES.</p>	<p>✓ <b>Aprovado</b></p>