



GESTÃO DE CUSTOS ASSISTENCIAIS: UM ESTUDO DE CASO NO SETOR DE SAÚDE

Eliana Andrea Severo (UCS)

elianasevero2@hotmail.com

Darla Silvana Risson Ranna (UCS)

darla.ranna@terra.com.br

Maria Emilia Kamargo (UCS)

kamargo@terra.com.br

Pelayo Munhoz Olea (UCS)

pelayo.olea@gmail.com

Atualmente, a inserção no contexto econômico mundial, bem como a pressão da concorrência regional, vem impondo pressões às organizações do setor de saúde. As estratégias para superar a crise tendem a modificar o sistema de saúde no sentido de dar-lhe maior flexibilidade de gestão e maior estabilidade financeira. O presente estudo tem como objetivo explorar a gestão de custos em uma empresa operadora de planos de saúde, apresentando uma alternativa de mitigação de custos assistenciais. Utilizou-se um comparativo de aplicação do modelo de Estratégia de Saúde da Família - ESF, e sua adequação aos modelos praticados no mercado suplementar. Trata-se de um estudo de caso por meio de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Os resultados gerados pelo novo modelo, utilizando-se da ESF, mostraram que a adoção de alguns preceitos de gestão pública pode ser benéfica ao setor privado no que tange a redução de custos assistenciais das operadoras de planos de saúde e concomitante contribuição para expansão dos programas de prevenção e promoção da saúde definidos pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Palavras-chaves: Custos. Gestão. Saúde

1. Introdução

Atualmente, a inserção no contexto econômico mundial, bem como a pressão da concorrência regional, vem impondo pressões às organizações do setor de saúde. Conforme Couttolenc e Zucchi (1998) o setor se insere nesse novo panorama de três maneiras distintas: primeiro, ele próprio se abre à competição internacional com a chegada de empresas multinacionais do segmento; segundo, a saúde (e seu oposto, a doença) representa um componente significativo e crescente do custo de produção de bens e serviços comerciais, influenciando decisivamente na competitividade de cada país no cenário internacional; e, terceiro, a diminuição da capacidade de financiamento do setor público torna cada vez mais difícil manter o financiamento público de serviços de saúde sem mudanças profundas na organização, financiamento e gerenciamento do sistema de saúde.

As estratégias para superar a crise tendem a modificar o sistema de saúde no sentido de dar-lhe maior flexibilidade de gestão e maior estabilidade financeira. A visão econômica do setor concentra-se em uma empresa produtora de serviços, uma entidade transformadora de recursos, que utiliza os recursos tecnológicos, físicos e humanos de que dispõe para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente ou contra pagamento.

Em outras palavras, no processo de produção de serviços de saúde “entram” insumos e “sai” um produto final, o serviço de saúde propriamente dito (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998). Neste contexto, os insumos utilizados abarcam os materiais médicos ou hospitalares, os recursos humanos, equipamentos e instalações e a tecnologia para operá-los. Estes insumos têm necessariamente, um custo, que pode ser ressarcido quando da entrega do serviço ao usuário (quando este paga ao prestador pelo serviço), coberto mediante algum sistema de pré-pagamento ou seguro.

Qualquer que seja a forma de financiamento dos serviços, esse custo existe e é arcado, em última instância, pela população, seja via pagamento direto ao prestador, prêmio de seguro ou mensalidade, ou impostos e contribuições. A responsabilidade do prestador de utilizar

esses recursos da melhor maneira possível, e de oferecer o melhor produto pelo preço que custa.

Para Porter (1999), as empresas de seguros e planos de saúde só deveriam ser capazes de lucrar através da efetiva melhora de assistência médica e da redução de custos, e não pela transferência da responsabilidade pelo pagamento dos altos custos aos pacientes e provedores do sistema. Salienta que, o atendimento de melhor qualidade é em geral de custo inferior, devido à eficiência das equipes, menor incidência de complicações e à superioridade de resultados a longo prazo.

Neste cenário, corroborando com o tema defendido pela Agência Nacional de Saúde – ANS, Pasche e Hennington (2006) afirmam que o padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde sob a lógica de mercado, direcionada para a cura de doenças e centrada na prática médica realizada, constituíram formas de produção e consumo de serviços de saúde que tiveram como conseqüências a elevação de custos, o baixo impacto na saúde da população, a grande especialização e o aumento das barreiras de acesso. Dessa forma, a Promoção da Saúde apresenta críticas ao modelo biomédico e proposições para a reorientação dos modelos de atenção à saúde, buscando intervir sobre os determinantes da saúde e basear suas ações de acordo com as premissas da intersetorialidade.

Atualmente, as alternativas possíveis passam por novas propostas de modelos de gestão aplicáveis ao setor de saúde e que pretendem redundar, em última análise, em menos desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

O presente estudo teve como objetivo explorar a gestão de custos em uma empresa operadora de planos de saúde suplementar, apresentando uma alternativa de mitigação de custos assistenciais. Utilizou-se um comparativo de aplicação do modelo de ESF – Estratégia de Saúde da Família, e sua adequação aos modelos praticados no mercado privado da saúde.

Além desta seção introdutória, este artigo está organizado nas seguintes seções: revisão bibliográfica acerca dos temas: gestão estratégica nos serviços de saúde e programas de atenção à saúde; metodologia empregada; estudo de caso; resultados e discussões e considerações finais.

2. Referencial Teórico

2.1 Gestão Estratégica nos Serviços de Saúde

Frente a um cenário global e competitivo, em que as empresas estão inseridas atualmente, verifica-se um crescimento significativo da divulgação sobre a importância de uma adequada gestão de seus custos, objetivando a manutenção de sua sustentação competitiva no mercado (POMPERMAYER, 1999). As organizações sabem que, para continuar atuando no futuro, é imprescindível buscarem pelo aumento da produtividade, melhoria da qualidade, maximização no desempenho dos colaboradores, redução de custos, busca de vantagens competitivas, formulação de novas estratégias, melhoria dos controles internos, do relacionamento com os clientes e do acesso à informação (RODRIGUES; ASSOLARI, 2007).

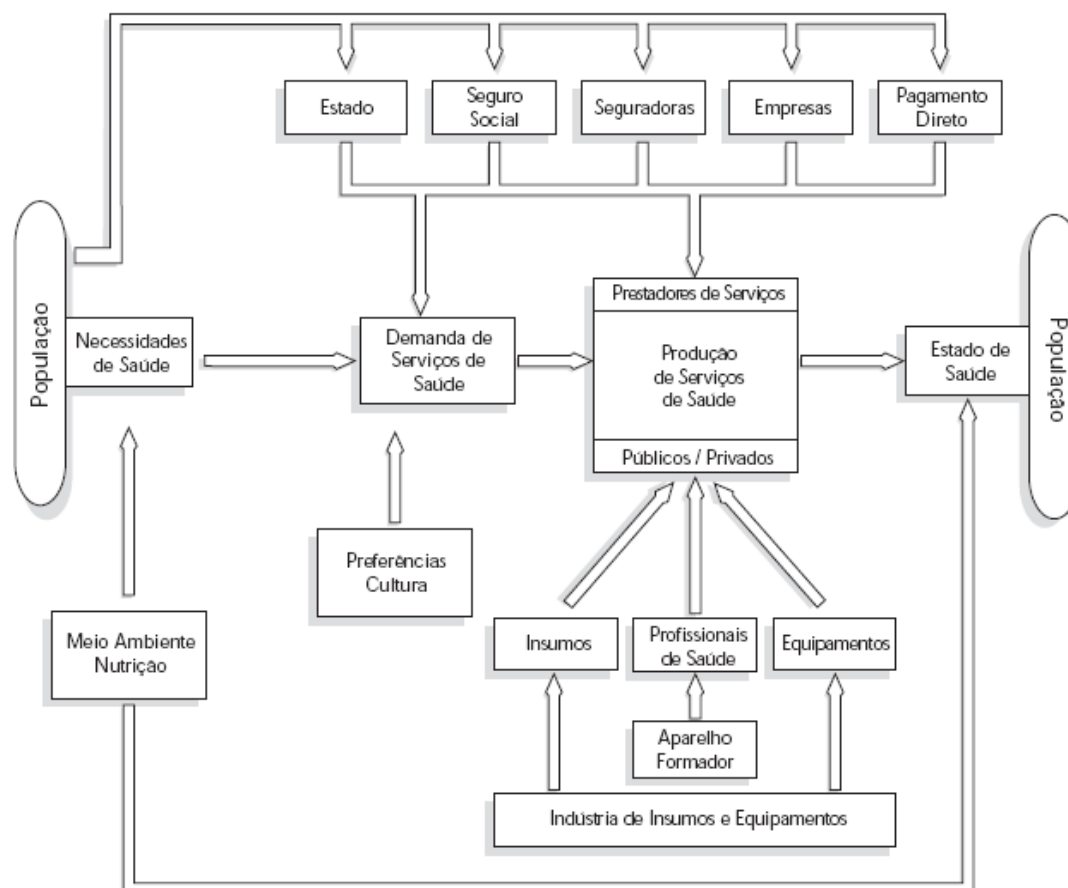
Perante o desafio da globalização, a progressiva abertura do país à competição internacional e a sua inserção no contexto econômico mundial, os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, se vêem obrigados a melhorar sua eficiência, racionalizar o uso de recursos e controlar ou reduzir custos. Assim, as organizações cada vez mais necessitam de controles precisos e de informações oportunas sobre seu negócio para adequar as suas operações às novas situações. Pois anualmente indicadores mostram a grande incidência de falência, concordata e fechamento de empresas nos primeiros anos de vida (SEBRAE, 2005; SEBRAE, 2007).

O sucesso de uma empresa operadora de serviço de saúde depende, basicamente, de competência técnica e administrativa. Normalmente, devido a maior escassez de capital, as decisões de investimento são de grande importância para o gestor, tanto com referência à aplicação de recursos próprios da empresa quanto à aplicação de recursos de terceiros, via empréstimos de crédito. Deve-se levar em conta a necessidade de as organizações de saúde adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando dia a dia (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

Couttolenc e Zucchi (1998) apresentam um diagrama representado pela Figura 1 do setor da saúde e a influência da dimensão econômico-financeira em seus distintos

componentes. Conforme os autores, a importância dessa dimensão e seu impacto sobre a qualidade e continuidade da prestação de serviços fazem com que ela deva ser planejada, monitorada e bem como avaliada.

Figura 1
Diagrama do setor da saúde



Fonte: Couttolenc e Zucchi (1998).

Atualmente, entre outras ações, torna-se imprescindível repensar o tipo de gestor de saúde adequado para essa nova realidade e como deve ser a sua formação. Esse novo profissional deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e de administração, assim como ter uma visão geral do contexto em que elas estão inseridas, bem como um forte compromisso social (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

A busca de um sistema de gestão de custos que atenda a essas necessidades deverá ser empreendida mediante um prévio conhecimento por parte da empresa sobre as dificuldades

com as quais poderá se defrontar neste percurso (POMPERMAYER, 1999). Neste cenário, a contabilidade gerencial destaca-se por gerar medidas econômicas, como custos e lucratividade dos produtos, dos serviços, dos clientes e das atividades. Assim, as medidas de desempenho econômicas estão diretamente ligadas à estratégia da empresa e a execução da estratégia individual de cada unidade operacional (ATKINSON et al, 2000).

Segundo Couttolenc e Zucchi, (1998) na prestação de serviços de saúde, existem quatro elementos que possuem dimensão financeira, com os quais o prestador e o gestor local têm que se preocupar:

- a) O financiamento da atividade, ou seja, a origem dos recursos financeiros necessários à produção dos serviços;
- b) A utilização dos diversos insumos no processo de produção de serviços, particularmente no que diz respeito à alocação (distribuição) e eficiência com que esses recursos são utilizados e o custo decorrente dessa eficiência;
- c) O acesso econômico da população aos serviços, determinado em grande parte por sua capacidade de arcar com o custo dos serviços; esse acesso econômico determina por sua vez a demanda real de serviços e, portanto, a viabilidade de os serviços serem custeados por contribuições dos usuários;
- d) O impacto dos serviços sobre o estado de saúde da população em relação a seu custo, ou seja, sua relação custo/efetividade.

Segundo Pompermayer (1999, p. 22) para ser bem-sucedida, a empresa deve:

Implantar em seu ambiente operacional uma tecnologia de gestão compatível com as suas necessidades gerenciais de controle dos elementos que compõem seus produtos, de avaliação dos resultados, de análise de margens de contribuição, de tomada de decisões de mudanças em processos de produção, de análise dos benefícios da utilização de tecnologias avançadas de produção e de apoio ao planejamento estratégico da organização.

Conforme Noronha (1987), os investimentos têm maior chance de sucesso quando são realizados de acordo com o plano de crescimento da empresa, adequado às necessidades de curto e longo prazo. Ao analisar projetos de investimento, o gestor deve considerar que determinada decisão pode afetar, no futuro, a estrutura de capital e a viabilidade de sua

empresa. Neste cenário, Frega, Lemos e Souza (2007) constataram que o alinhamento entre a gestão de custos e a estratégia organizacional é um importante diferencial no alcance dos objetivos estratégicos.

Nessa perspectiva, Machado et al. (2008) relatam que na gestão estratégica de custos, os custos são vistos de uma maneira ampla, sendo essenciais na obtenção de vantagem competitiva. Por esse motivo a junção entre informação e gestão de custos é utilizada nas quatro etapas da estratégia organizacional (formulação, comunicação, desenvolvimento e implementação).

A falta de conhecimento do mercado, foco no negócio, a formação de preços, do controle dos gastos, de planejamento tributário, da identificação de oportunidades, da legislação pertinente ao seu negócio, possibilita que poucas empresas alcancem a longevidade (SEBRAE, 2005; GRAPEGGIA et al., 2008).

Neste cenário, as organizações do setor de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

2.2 Programas de Saúde da Família

Segundo Amorim et al. (2008), a Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza que as doenças crônicas corroem quase metade dos recursos utilizados nos sistemas de saúde, ocasionando a grande maioria das internações das operadoras de planos de saúde. O excesso de peso, *Diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, associados à hipertensão, associados ao envelhecimento da população tem agravado os custos assistenciais de saúde. Desta forma o correto gerenciamento da sinistralidade, como também da prevenção de doenças aliado a promoção da saúde é fator condicionante para obtenção de resultados positivos em empresas que operam com saúde suplementar.

O Ministério da Saúde, conforme Giovanella et al. (2008), durante a década de 1990 fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de atenção básica, visando principalmente à promoção da saúde. A formulação do Programa de Saúde da

Família se materializou com a portaria MS nº 692 de dezembro de 1993. A concepção de atenção à saúde dá-se através da Estratégia de Saúde da Família – ESF, que é um projeto dinamizador do SUS condicionado pela evolução histórica, e pela organização do sistema de saúde no Brasil. E segundo o próprio Ministério da Saúde a ESF está consolidada nos municípios do país, bem como é referência internacional em atenção saúde, sendo destaque como desenhada no caso brasileiro, servindo de modelo para outros países.

Para o governo, o novo modelo de atenção à saúde, a ESF preconiza: saúde como qualidade de vida; saúde como direito do cidadão; atenção concentrada no coletivo; centrado na atenção integral à saúde; hierarquização da rede: níveis de atenção primário, secundário e terciário; serviços de saúde distribuídos por todo o território do município: urbano e rural; predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar; planejamento e programação baseado na epidemiologia e priorizando grupos de risco; estimulação da participação comunitária; funcionamento baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas.

A Estratégia de Saúde da Família, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2007), é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, segundo o Ministério da Saúde, tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos, na aceitação popular, e nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

A ESF apresenta referenciais paradigmáticos, segundo Andrade (2009), estes podem ser aplicados ao sistema complementar de saúde, sendo eles:

- a) Crítica profunda ao modelo hegemônico biomédico (centrado no médico);
- b) Defesa da idéia de que a saúde tem determinação social;
- c) Promoção da saúde;
- d) Epidemiologia e subjetividade.

As diferenças entre o modelo hegemônico, anteriormente adotado na saúde pública, e atual ESF, assemelham-se aos pontos críticos encontrados na saúde privada da atualidade, que são: saúde como ausência de doença; práticas clientelistas; atenção concentrada no indivíduo; centrado em ações curativas; hospital como serviço de saúde dominante; serviços de saúde concentrados em centros urbanos dos municípios; predomínio da intervenção do médico; planejamento e programação desconsiderando perfil epidemiológico da população; não consideração da realidade e autonomia local, não participação comunitária e; funcionamento baseado na demanda espontânea.

3. Metodologia Empregada

3.1 Tipo de Estudo, Objetivo e Técnicas Adotadas

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, sob a forma de estudo de caso, cujo objetivo geral é explorar a gestão de custos através da redução de custos variáveis (assistenciais) em uma empresa operadora de planos de saúde. Propôs-se a adoção de práticas da ESF preconizada pelo SUS, por estas terem um histórico positivo de resultados tanto financeiros, como em relação à adesão da população e conseqüentemente a significativa melhora da qualidade de vida.

Creswell (2007) caracteriza a pesquisa qualitativa como sendo exploratória, na qual os pesquisadores a utilizam com a finalidade de explorar um tópico quando suas variáveis e bases teóricas são desconhecidas. O autor defende que o projeto qualitativo é o momento em que o autor irá descrever um problema de pesquisa, visando à compreensão e exploração de um conceito ou fenômeno. Segundo Yin (2005, p. 32), o estudo de caso trata-se de uma “investigação empírica”, que visa investigar um fenômeno contemporâneo inserido em um contexto, especialmente quando “os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, como no caso em questão.

Quanto aos meios de investigação, a técnica de coleta de dados se deu através de um levantamento dos custos assistenciais, estratificados por uso e percentual do custo em: consultas; SADT – Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia; honorários médicos; materiais e medicamentos; taxas; diárias; OPM – Órteses, próteses e material, e outros, pelo período de 12 (doze) meses. Analisou-se a estrutura e composição da cobertura dos planos de saúde oferecidos ao mercado, bem como a estratégia de comercialização e competição adotada pela organização em estudo.

4. Estudo de Caso

A empresa Alfa foi apresentada ao mercado gaúcho em meados de 2006, atua no setor de saúde, e sua principal atividade é comercialização de planos de saúde suplementares, e uma carteira de usuários significativa para região de atuação. A empresa está enquadrada como instituição filantrópica, em função de ser originada a partir de um hospital de referência que pratica filantropia no interior do Estado.

O caso estudado está inserido no cenário competitivo de oferecer um largo número de profissionais credenciados, deixando livre escolha do profissional médico pelo usuário do sistema. Este posicionamento favorece a elevação dos custos assistenciais, pois o uso pode ser indiscriminado, gerando por sua vez a demanda de serviços desnecessários.

Nesta perspectiva, identificaram-se os principais custos assistenciais, os quais se referem ao custo variável em empresas operadoras de planos de saúde e variam conforme o uso do sistema, ocorridos no período de 12 (doze) meses na operadora em questão, através de uma estratificação apresentada no Quadro 1.

Tabela 1 – Custos assistências da empresa Alfa (fevereiro/2007 a janeiro/2008)

Estratificação de Custos Assistenciais (12 meses)			
Procedimentos Ambulatoriais	%	Procedimentos Hospitalares	%
Consultas	9	Honorários Médicos	11
SADT	15	Diárias	7
Honorários Médicos	7	SADT	5
Mat/Med	3	Mat/Met	30
Taxas	1	OPM	4
		Taxas Internação	7

Fonte: Elaboração própria.

Neste cenário os maiores percentuais concentraram-se em: materiais e medicamentos (33%); SADT – Serviço de apoio, diagnóstico e terapia (20%) e; honorários médicos em nível ambulatorial e hospitalar (18%). Neste caso a composição dos custos, entre o custo assistencial (variável) da operadora representando 99,13% da receita, e o custo fixo 20,5%, compromete a viabilidade do negócio em curto prazo.

5. Resultados e Discussões

A redução de custos assistenciais, da operadora de planos de saúde em estudo define a viabilidade e sustentabilidade do negócio. A alternativa apresentada é a utilização do modelo de ESF, bem como sua adequação aos modelos praticados no mercado da saúde suplementar, como alternativa de mitigação de custos assistenciais.

Os princípios de um sistema de atenção à saúde a exemplo da ESF, cujo objetivo é acompanhar a saúde das famílias, não é uma prática usual em operadoras de planos de saúde suplementar, com intuito de mitigação de custos assistenciais, pois as mesmas encontram-se, em sua grande maioria, apoiadas no *marketing* da livre e multi-escolha de profissionais médicos, quanto maior o número de profissionais disponíveis, em tese comercial, melhor o plano de saúde, este posicionamento mercadológico é amplamente sustentado pelo setor de saúde suplementar.

De acordo com Miranda (2007), desde os anos 70 a mensagem mercadológica emitida pelos planos de saúde foi dentro de um estímulo à demanda, em um apelo ao público de que o número de páginas que reúne a rede credenciada é uma das formas mais eficientes de comprovação da qualidade do referido plano, sendo que quanto maior o número de páginas, melhor. Mesmo que após a assinatura do contrato a operadora de saúde suplementar utilize toda a sua máquina de processos para evitar o máximo a utilização de recursos até então anunciados como fácil acesso e ilimitado.

Conforme Amorim, et al. (2008, p. 59):

Para aprimorar a qualidade e reduzir custos, Porter e Teisberg propõem um novo modelo competitivo, a competição de soma positiva, centrada na cura do paciente, baseada em valor e focada em resultados. Segundo os autores, norte-americanos, o

valor da assistência à saúde é o resultado obtido na qualidade de vida por dólar gasto, considerada a saúde do paciente, ou seja, a competição deve ser integrada em toda a linha de cuidado, desde o monitoramento até a prevenção, passando pelo tratamento, estendendo-se até a reabilitação e acompanhamento do paciente. Dessa forma, as informações sobre o paciente vão sendo acumuladas e compartilhadas, podendo seus resultados ser mensurados, analisados e relatados. Esse novo modelo, onde todos os envolvidos podem se beneficiar possibilita um controle sobre custos e uma melhor qualidade da saúde dos cidadãos.

Os planos de saúde ativos da operadora Alfa ofereciam livre acesso ao consultório médico, bem como a qualquer outro serviço oferecido, sem nenhum tipo de integração multidisciplinar, monitoramento de origem da consulta, de exames complementares gerados, ou até mesmo de acompanhamento com indicadores de resolutividade do tratamento.

Ao usuário do sistema da empresa Alfa foi disponibilizada uma rede credenciada de profissionais, os quais poderiam ser escolhidos aleatoriamente, de acordo com a percepção do beneficiário em relação ao seu sintoma e/ou doença. Muitas vezes, o que se observava era uma peregrinação dos indivíduos na busca da cura de seus sintomas, gerando um elevado número de exames complementares, muitas vezes de forma multiplicada, atenção de forma pontual e não longitudinal ocasionando procedimentos sem resolutividade de longo prazo, aliados à ausência total de um gerenciamento organizado e direcionado por parte da operadora de planos de saúde.

Os modelos de atendimento fragmentam o acolhimento do paciente em inúmeras especialidades médicas, de acordo com Amorim et al. (2008), direcionam para exames sofisticados de alto custo, em detrimento da desejada anamnese e exame físico.

No modelo ESF a atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde do paciente e da população ao longo do tempo. Realizando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção de saúde, integrando os cuidados quando há mais de um problema. Dedicar-se a problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos. Desta forma, observa-se uma maior variedade de diagnósticos, um forte componente dedicado à prevenção de doenças, uma alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe e com maior vínculo. Em ordem de frequência, os profissionais vêem

mais pacientes antigos com problemas antigos, seguido de pacientes antigos com problemas novos e por último, pacientes novos com problemas novos.

Parte-se do princípio que o acompanhamento dos indivíduos e das famílias, com o monitoramento das doenças crônicas, reduz a frequência de consultas e exames, bem como retoma a referência entre médico e paciente, podendo ser resgatada pelo modelo de médico da família, o que foi perdido em função do mercantilismo da saúde suplementar.

Outro ponto a ser considerado na saúde privada é a dificuldade na marcação de consultas com especialistas médicos, gerando descontentamento por parte do beneficiário. Muitas vezes, o especialista é procurado por desconhecimento por parte do usuário, que ao invés de procurar o clínico geral para ser encaminhado posteriormente ao especialista, faz o caminho contrário, e peregrina de consultório em consultório, gerando uso e custos multiplicados, muitas vezes sem a resolução do problema. Concomitante o fator do tratamento isolado do indivíduo também é gerador de altos custos, pois não é tratado compreendendo o todo, o que não contribui para ações de prevenção, pois não atinge o contexto familiar.

A ESF, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2007) tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Abordagem está centrada no paciente e não em sua doença. Através da atenção longitudinal que pretende a continuidade do cuidado obtêm-se a relação pessoal ao longo do tempo entre o paciente e a equipe, independentemente da presença ou não de patologia, facilitando um melhor e maior conhecimento entre paciente e médico (vínculo). Essa organização indica vantagens como menor utilização de serviços, melhor atendimento preventivo, atendimento mais precoce e adequado, menor incidência de doenças preveníveis, maior satisfação com o atendimento e, com isso custo total assistencial mais baixo, pois exige que o profissional de atendimento esteja ciente de todos os problemas de saúde identificados no indivíduo. A exemplo de depoimento de paciente **“Fui a tantos médicos nos últimos meses; preciso de um médico para juntar tudo”**.

A integralidade é outro aspecto de atenção básica onde a capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas da população, seja resolvendo-os por meio da oferta de um conjunto de serviços dirigidos, seja organizando-os para que o paciente receba os serviços que

não são de competência da atenção primária (encaminhamentos para atenção secundária e terciária).

Observa-se um comportamento desassociado por parte do usuário do plano de saúde, visto que diante de um problema de saúde, fica totalmente sem rumo, quanto a qual profissional procurar, como também onde encaminhar-se, o que o leva na maioria das vezes aos pronto-atendimentos ou urgências e emergências de hospitais, assim ocasionando um gargalo e estrangulamento do atendimento, pois estes locais estão dimensionados para atender tipicamente casos de urgência e emergência. Desta forma é comum observar-se longas filas de espera, insatisfação de usuários, médicos, bem como postos de atendimento lotados. Segundo Amorim, et al. (2008, p. 171), a luta diária contra a morte é realizada em ambientes destinados aos serviços de emergência.

Nesta atmosfera inóspita, centenas de pessoas passam brevemente sob pretensos cuidados médicos e transitam em romaria frustrada a esses serviços de “portas abertas”. Poucos reconhecem ou se preocupam com esse evidente prejuízo na eficiência dos serviços e conseqüente desperdício de recursos, altamente qualificados, deslocados para atender casos relativamente simples, em sua grande maioria.

A entrada do usuário pelo Pronto Socorro – PS, ao invés de ambulatórios ou redes de atendimento eletivas, reflete-se no desperdício de recursos financeiros, humanos e sobrecarga indevida do sistema.

As unidades descentralizadas de saúde estrategicamente posicionadas, com capacidade resolutiva para absorver os casos menos complexos, segundo Amorim et al. (2008), com acesso a exames de baixa complexidade, de patologia clínica e imagem, com assistência farmacêutica, absorveriam mais 80% dos casos, antecipando as necessidades e reduzindo o calvário da população no pronto-socorro.

Andrade (2009) afirma que no caso da ESF, a acessibilidade é ponto importante, portanto deve-se avaliar o acesso e disponibilidade, pois se não o for, a procura será adiada, talvez a ponto de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema.

Neste contexto, deve-se avaliar o acesso geográfico, pois este envolve distância, transporte e tempo exigidos para chegar à unidade de atendimento. O acesso sócio-

organizacional envolve características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados da equipe de saúde, como por exemplo, o horário de funcionamento ou a forma de marcação de consulta, bem como as horas de disponibilidade dos profissionais da unidade, tempo médio gasto na sala de espera, facilidade na linguagem, acomodações, aceitabilidade, disponibilidade de horários para consultas agendadas e eventuais, intervalo de tempo entre marcar e consultar, atenção para grupos que não procuram espontaneamente a unidade e busca ativa.

O impacto da implantação de um conceito básico de ESF, na mitigação de custos assistenciais, depende de adotar os passos a seguir:

- a) Definição e descrição do território de abrangência: território urbano, rural ou ambos com limites geográficos bem estabelecidos e população definida; localização de micro áreas de risco e situações que facilitam ou dificultam o acesso (barreira geográfica); identificação de recursos existentes: associações de bairro, praças, igrejas, escolas, etc.;
- b) Adscrição de clientela: cadastramento das famílias pelos agentes comunitários; com dados demográficos, sociais e de utilização dos serviços de saúde, com prontuário familiar e individual de cada membro da família; e outras ferramentas: fotografias da família e genogramas;
- c) Trabalho em equipe multiprofissional: apoio de outras categorias profissionais – odontólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, educador físico e terapeuta ocupacional. Estes devem trabalhar em conjunto construindo um novo campo de saber comum a todas as categorias dentro da ESF;
- d) Enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade: compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises. Identificar a relação da família com a comunidade tentando reconhecer potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares, bem como em outras redes sociais da comunidade como vizinhos, colegas de trabalho, grupos religiosos, grupos de auto-ajuda (ex: Alcoólatras Anônimos). Identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com a participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes;

e) Organização de ações de promoção de saúde: conjunto de ações assumidas pelos indivíduos, a comunidade e o Estado com o objetivo de criar condições favoráveis ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas, visando à qualidade de vida. As condições favoráveis são criadas individualmente por meio de atitudes e estilos de vida saudáveis, e coletivamente por ações conjuntas da comunidade ou ainda por intervenções dos vários setores do governo, logo, os atores da promoção de saúde são vários, ou seja, é uma responsabilidade de toda a sociedade. A prevenção da doença está inserida na promoção de saúde e atua nos determinantes da doença. As ações de cura e reabilitação estão contidas na promoção de saúde, que é uma ação mais ampla.

Com base neste roteiro preconizado pela ESF, e associando redução de custos assistencias com promoção de saúde e prevenção de doenças, é proposto para a empresa Alfa um modelo, que segue:

- a) Definição e descrição do território de abrangência: com base nos dados cadastrais de usuários a operadora Alfa tem condições de segmentar geograficamente a população e administrar a acessibilidade através de atendimento/acolhimento satélite, de atenção básica, a exemplo das unidades básicas de saúde, em bairros ou localidades onde exista concentração significativa de beneficiários do sistema.
- b) Adscrição de clientela: o cadastro das famílias consta da base de dados da operadora, estas compostas por titular e dependentes (esposa (o), filhos até 21 anos e pais) contribuintes e ativos no sistema. A sinistralidade é conhecida pela empresa Alfa, uma vez que pode obter informações a respeito da frequência de uso, tipo de serviço acessado, periodicidade e custos gerados. Esses dados, no entanto são de demanda passiva e não estão agrupados por família no que se refere aos aspectos epidemiológicos. Observa-se a necessidade de implantação de processos de adesão ativa por parte da operadora, a exemplo dos agentes comunitários de saúde que possibilite adscrever a população alvo ao sistema.
- c) Trabalho em equipe multiprofissional: os atendimentos em sua grande maioria não são integrados, sendo que não existe gerenciamento de toda a rede de serviços em termos de objetivar o tratamento e a saúde em torno do indivíduo e sua família. A operadora gerencia sua rede de serviços credenciados, porém tem dificuldades de gerenciar a

seqüência do atendimento, visto que os estabelecimentos situam-se em locais geograficamente distintos, dificultando a convergência no momento do atendimento, e não permite equipes coesas, pois via de regra são compostas por empresas que “não conversam entre si”. Um gerenciamento integrado da cadeia de prestadores de serviços de forma interligada e sistêmica com a estruturação paralela de unidades multifuncionais de atendimento traria os benefícios esperados.

- d) Enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade: na saúde suplementar o indivíduo é analisado de forma isolada, e as empresas do setor têm dificuldade de entender e organizar a abrangência familiar e das redes sociais como benefício em termos financeiros e de qualidade de vida aos seus usuários. Novamente ressalta-se a importância de equipes multiprofissionais, que coordenadas e organizadas pela operadora possibilitariam o conhecimento das famílias pela sua característica de interdisciplinaridade.
- e) Organização de ações de promoção de saúde: ações de promoção à saúde e a prevenção de doenças deverão aos poucos ser implementadas em função de programas instituídos da ANS, para a operadora Alfa em estudo, poucos programas foram operacionalizados e as ações e resultados foram insipientes durante o período analisado.

6. Considerações Finais

Como se pode observar diante de um cenário cada vez mais competitivo, a gestão de custos é fator fundamental na administração da empresa. A proposta de gestão aplicável ao setor de saúde privado com premissas oriundas do setor público pretende redundar menor desperdício e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

A proposição do estudo identificou que as premissas da Agência Nacional da Saúde em relação à promoção da saúde e seus pontos nevrálgicos são basicamente os mesmos defendidos como paradigmáticos pela Estratégia da Saúde da Família, os quais criticam o modelo hegemônico centrado no médico; centrado no indivíduo, na doença e em ações

curativas; desconsideração pelo perfil epidemiológico e funcionamento baseado na demanda espontânea.

Observou-se que a operadora Alfa, na composição de seus custos variáveis em relação ao comprometimento de sua receita, apontava para um questionamento quanto a viabilidade do negócio a curto prazo. Neste cenário, foi proposta a adaptação ao sistema de saúde suplementar de alguns preceitos difundidos pelo novo modelo de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde – SUS, visto que a operadora possuía vantagem significativa em relação ao banco de dados de sua população, as condições de estruturar equipes multiprofissionais e sinérgicos entre si, a atribuir maior enfoque à atenção da saúde da família, e finalmente culminando com a organização de ações de prevenção e promoção à saúde.

A operadora passando a aplicar em sua gestão assistencial os princípios defendidos e aplicados pela ESF terá como consequência a redução de seus custos assistenciais, a elevação da condição de saúde de sua base instalada de usuários, bem como uma elevação nos níveis de qualidade de vida da população coberta pelos seus planos de saúde.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Programas de prevenção e promoção à saúde**. Disponível em: <

http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil_operadoras/promocao_prevencao.asp>. Acesso em abr. de 2009.

ANDRADE, C. L. **Curso de Educação Continuada para Desenvolvimento de Médicos de Família**. Universidade de Araquara - SP, 2009.

AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. F ; et al. **Para Entender a Saúde no Brasil 2**. São Paulo: LCTE, 2008.

ATKINSON, A. A; BANKER, R. D.; KAPLAN, R. S.; YOUNG, S. M. **Contabilidade gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume10.pdf>. Acesso em mar.
de 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed.
Porto Alegre: Artmed, 2007.

MIRANDA, C. R. M. **Economia e Políticas de Saúde no Brasil**. MBA em Saúde 05. FGV
Management, 2007.

FREGA, J. R.; LEMOS, I. S.; SOUZA, A. **Relação dinâmica entre as estratégias
competitivas e os sistemas de gestão de custos: um estudo de caso**. ENANPAD – Encontro
Nacional da ANPAD, XXXI, 2007, Rio de Janeiro, Anais. 1 CD-ROM

GRAPEGGIA, M.; ORTIGARA, A. A.; LEZANA, A. G. R.; SANTOS, P. C. F. **Causas que
condicionam a mortalidade e/ou sucesso das micro e pequenas no Estado de Santa
Catarina**. ENEGEP – Encontro Nacional de Engenharia de Produção, XXVIII, 2008, Rio de
Janeiro, Anais. 1 CD-ROM.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.
Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MACHADO, E. A.; CLEMENTE, A.; SANTOS, A. R.; ARAÚJO, A. M. P. **Estratégias e
práticas de gestão de custos: investigação empírica na indústria da construção civil do
Estado do Paraná**. CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE,
VIII, 2008, São Paulo, 2008, Anais. 1 CD-ROM.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de atenção básica**. Disponível em: <
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 13 mai. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: 2007.

NORONHA, J. F. **Projetos agropecuários: administração financeira, orçamento e
viabilidade econômica**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E.A. **O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde**.
In: CASTRO, A. & MALO, M. SUS: Resignificando a Promoção da Saúde. São Paulo:
Hucitec - OPAS; 2006. p. 19-40.

POMPERMAYER, C. B. **Sistemas de gestão de custos: dificuldades na implantação.**

Revista FAE, Curitiba. Vol. 2, n.3, set./dez., p.21-28, 1999.

PORTER, M. **Competição.** Rio de Janeiro: Campus, 1999.

RODRIGUES, M.; ASSOLARI, L. M. A. **A tecnologia da informação ERP e seus benefícios na gestão de processos e crescimento dos negócios.** ENANPAD – Encontro Nacional da ANPAD, XXXI, 2007, Rio de Janeiro, Anais. 1 CD-ROM

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE. **Fatores condicionantes e taxas de sobrevivência e mortalidade das micro e pequenas empresas no Brasil 2003 – 2005.** Disponível em: <

[http://201.2.114.147/bds/bds.nsf/8F5BDE79736CB99483257447006CBAD3/\\$File/NT00037936.pdf](http://201.2.114.147/bds/bds.nsf/8F5BDE79736CB99483257447006CBAD3/$File/NT00037936.pdf)>. Acesso em 16 fev. 2009.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE. **Boletim estatístico de micro e pequenas empresas.** 2007. Disponível em: <

[http://201.2.114.147/bds/bds.nsf/03DE0485DB219CDE0325701B004CBD01/\\$File/NT000A8E66.pdf](http://201.2.114.147/bds/bds.nsf/03DE0485DB219CDE0325701B004CBD01/$File/NT000A8E66.pdf)>. Acesso em 16 fev. 2009.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.