

GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE: UMA APLICAÇÃO PRÁTICA COM RESULTADOS CONSOLIDADOS

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

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

tania@mutuadosmagistrados.com.br

Resumo

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

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

Abstract

The article argues the importance of strategic management adopted since 2006 in the generation of improved quality of life, and in reducing the costs (sustainability) with the vertical integration of outpatient services, based on the epidemiological profile outlined by the check-up. The strategic option chosen was the care, differentiated and integrated service, resulting in success demonstrated by the accession of the associated to the programs and by the results obtained (fewer hospitalizations and decreased costs). The focus on prevention of health and prevention of disease have enabled the realization of the objectives of the Company.

Key words: strategic management, vertical service, check-up.

1. Introdução

A saúde é questão que desafia a sociedade, interessando o governo, as organizações sociais, instituições privadas, entidades de classe e população. O controle das doenças crônicas degenerativas é uma preocupação mundial. Com o envelhecimento da população, estratégias em saúde passaram a ser o foco dos sistemas de saúde públicos e privados, tendo em vista o conceito de sustentabilidade, em uma visão ampla, incluindo a sobrevivência das pessoas e das instituições de saúde. Para Costa (2007, p. 39) é fundamental a seleção de uma das três opções estratégicas (fornecimento de produtos e serviços de ponta; busca da excelência operacional; ou estreitamento de seu relacionamento e de sua intimidade com os seus clientes (trilema estratégico)). Assim, gestão estratégica da Operadora de Saúde (autogestão de pequeno porte), voltada à visão de longo prazo (05 anos), iniciou-se com elaboração do Planejamento Estratégico, cuja ação principal focou na verticalização gradual dos serviços (fornecimento de serviços de ponta) para suprir deficiências assistenciais. Mudança no estilo de vida dos associados (promoção à saúde e prevenção de doenças) foi a transformação de impacto na Organização para garantir a sustentabilidade (sobrevivência das pessoas e instituições). A verticalização ocorreu por meio da criação de Programas de Saúde diversos, após avaliação do perfil epidemiológico traçado no *check-up*. Dessa forma, Operadora de Saúde no Estado do Rio de Janeiro (autogestão não patrocinada) com 5.000 vidas, implantou, desde 2006, *check-up* e demais programas de saúde com equipe multidisciplinar (médicos clínicos, cardiologistas, endocrinologistas, neurocirurgião, nutricionistas, enfermeiros, professores de educação física e fisioterapeutas, assistente social), visando melhorar a qualidade de vida dos participantes e equilibrar os custos assistenciais.

Objetivo geral do trabalho foi avaliar a eficiência/eficácia da gestão estratégica implantada, desde 2006, com a execução de programas de saúde quanto à melhoria da qualidade de vida dos associados e à redução dos custos (sinistralidade). Os específicos referem-se aos indicadores definidos para cada Programa: 1- *Check-up* redução do percentual de internações e diagnósticos realizados; 2- Doença Cardiovascular (DCV) – redução do percentual de internações e número de hipertensos compensados; 3- Nutrição – adesão e perda média de peso; 4- Vacinação – redução do número de internações por pneumonia; 5- Saúde da Mulher – aumento do número de mamografias realizadas; 6- Saúde do Homem – aumento do número de PSA realizados; 7- Saúde da Criança e Adolescente – adesão e rastreamento das alterações preditoras da síndrome metabólica; 8- Rastreamento de Câncer de Pele – número de lesões malignas diagnosticadas e tratadas; 9- Controle de Afecção da coluna – redução do número de cirurgias de coluna.

2. Sistema Privado de Saúde

2.1. Evolução histórica

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 (CURY, 2010).

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).

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.

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.

2.1.2. Sistema de 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 (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).

2.1.3. Autogestão

Caracterizada por ser plano próprio de saúde voltado para os empregados de empresas, e às vezes também para seus familiares, utilizando rede credenciada para assistir os beneficiários. Pode ser patrocinada, quando a empresa assume as despesas total ou parcialmente, 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 a necessidade de manter reserva técnica. O segmento de autogestão é representado pela Unidas (fusão entre Comitê de Integração de Entidades Fechadas em Assistência à Saúde (Ciefas) e Associação Brasileira de Seguridade Social dos Servidores Públicos Estadual, Civil e Militar (Abraspe)).

2.2. Tendências

Na Saúde Suplementar, o modo de produzir saúde tem sido caracterizado por um modelo tecnoassistencial de fragmentação do cuidado e pela ênfase na produção de procedimentos. Nesse sentido, a instituição hospitalar foi eleita como espaço privilegiado de intervenção sobre

o corpo doente, o que foi elevando os custos financeiros para as operadoras de planos de saúde (FRANCO, 2011, pg. 20).

Assim, o sistema suplementar de saúde vive uma tensão crescente nos dias de hoje entre operadoras de saúde, prestadores de serviços e usuários, em razão dos envolvidos não perceberem que a sustentabilidade de todos depende do entendimento mútuo e da razoabilidade na utilização dos recursos. Cury (2010, pg. 57- 58) lista os seguintes problemas geradores de tensão: falta de transparência no relacionamento entre os envolvidos, utilização inadequada por falta de orientação; desconhecimento; incorporação de novas tecnologias às vezes de forma não responsável, ausência de autocuidado; demanda não gerenciada; baixa remuneração do prestador e conseqüente indução de demanda aos serviços de saúde, entre outros.

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

2.3. Gestão estratégica e cadeia de valor: definição e importância

Para Costa (2007), as Organizações de sucesso selecionam estrategicamente uma das três opções estratégicas: fornecimento de produtos e serviços de ponta; ou busca da excelência operacional; ou estreitamento de seu relacionamento e de sua intimidade com os seus clientes (trilema estratégico) Refere que “O trilema estratégico deve ser colocado, analisado e resolvido de acordo com o propósito da instituição. Feita a escolha, a opção selecionada vai condicionar as suas estratégias futuras, seus programas de capacitação e seus investimentos prioritários”.

Oliveira e Silva, (2013, p.111), definem estratégia “como a forma com que uma empresa define seu negócio e conecta os únicos dois recursos que realmente interessam na economia atual: conhecimentos e relacionamentos. Ou seja, as competências de uma empresa com seus clientes e fornecedores (NORMANN; RAMIREZ, 1993)”.

Jeffry (2014, p.3) descreve “o empreendedorismo como a arte e o ofício do criativo, do inesperado e do extraordinário”.

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

A estratégia adotada teve como foco o cliente final, isto é, o paciente, e por isso é ele quem atribui o maior valor ao serviço prestado. Outros clientes envolvidos no processo do atendimento, tais como seus familiares, os médicos, colaboradores da Operadora e também a própria Operadora, por ser ela quem paga a conta no final do atendimento, participam também da avaliação de valor. Sendo certo que, como cada um tem uma percepção diferente do outro, às vezes há a formação de conflitos.

Para Porter e Teisberg (2007, p. 172), o marketing de serviços de saúde precisa abordar o mercado com base em excelência, singularidade e resultados dos serviços.

O atual marketing de serviços de saúde é, em grande parte, baseado na reputação, amplitude dos serviços, conveniência, relações que influenciam o encaminhamento boca a boca.

(...) O foco do marketing tem que mudar para o valor ao paciente. O valor é determinado no nível de condição de saúde, e não de hospital ou da prática geral.

2.3.1. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Os objetivos dos programas de promoção à saúde são educação e mudança nos hábitos de vida equivocados dos participantes, que trazem como consequência o adoecimento. Para Franco, op. cit., p.13,

...o tema da promoção da saúde vem atravessando a saúde coletiva desde que nos anos 1970, quando ele foi introduzido na agenda mundial pelo ministro do Canadá, e ato contínuo pela Organização Mundial de Saúde através das diversas conferências internacionais sobre Atenção Primária à Saúde.

Segundo o autor, para que o auto cuidado se torne eficaz, não basta a prescrição de formas de vida, de fora do sujeito para dentro de si, mas que seja considerado a valorização dos modos de vida que brotam de cada um como potência produtiva, os afetos como possibilidades de agenciamento de novas formas de viver e as singularidades como expressão das diferenças em nós. Acrescenta que a negociação entre os sujeitos e a vida deve ser permanente, em uma produção contínua, e com isso favorecendo a autotransformação. Sendo assim, os programas requerem mais negociação e pactuação, e não prescrição sobre os modos de vida.

O autor, Ibid., p.22, refere ainda que

Em relação ao conceito de saúde, enquanto a promoção concebe esta como qualidade de vida, incluindo esferas da vida humana tais como habitação, alimentação, trabalho, política e educação, entre outras, a prevenção entende a saúde como ausência de doenças, intervindo sobre determinados riscos e agravos. Neste modelo, as doenças evoluem de um período pré-patogênico para um patogênico, distinguindo três níveis de prevenção: a prevenção primária – caracterizada pelo monitoramento dos fatores de risco para as doenças -, a prevenção secundária – focalizada na detecção precoce das enfermidades – e a prevenção terciária – que atua no tratamento e controle da doença instalada, evitando suas complicações.

Dessa forma, a promoção à saúde e a prevenção de doenças, ambas visam mudanças dos estilos de vida, porém a primeira com foco na melhoria da qualidade de vida a partir de monitoramento dos fatores de risco e a segunda, com foco na atuação sobre determinados fatores de risco para evitar o surgimento de agravos específicos.

2.3.2. Impacto da promoção da saúde e prevenção de doenças na sustentabilidade do Sistema de Saúde Suplementar

A vantagem competitiva da “Empresa” está na forma de organização da atenção assistencial, ou seja, trabalho multiprofissional com ações de saúde integradas e acesso facilitado, e principalmente foco nas necessidades dos pacientes em primeiro lugar, conforme preconiza a Mayo Clinical (BERRY; SELTMAN, 2008, p. 134).

Segundo Porter e Teisberg (Ibid. ano, p. 28), a reformulação do sistema de saúde é necessária:

O desafio fundamental no sistema de saúde é como dar partida a um novo tipo de competição – a competição em resultados para melhorar a saúde e o atendimento aos pacientes. A competição em valor é uma competição de soma positiva da qual todos os participantes podem se beneficiar. A meta de melhorar o valor para os pacientes unirá os interesses de todos os participantes do sistema que hoje frequentemente têm propósitos opostos.

(...) Os planos de saúde melhorarão a saúde de seus clientes/associados, e economizarão dinheiro.

(...) Aqueles prestadores, planos de saúde, empregadores e fornecedores que mudarem logo para se engajar na competição baseada em valor, centrada no paciente e focada em resultados, prosperarão.

O controle das doenças crônicas degenerativas é uma preocupação mundial. Com o envelhecimento da população, estratégias em saúde passaram a ser o foco dos sistemas de saúde públicos e privados, tendo em vista o conceito de sustentabilidade, em uma visão ampla, incluindo a sobrevivência das pessoas e das instituições. Verticalizar o cuidado em todos os níveis de atenção primária, secundária e terciária e acompanhar continuamente os participantes de forma integrada, foi uma alternativa que gerou impacto a curto e longo prazo, tanto na qualidade de vida, quanto na redução dos custos. Estendendo a atenção às crianças e adolescentes em programa específico, uma vez que muitas doenças crônicas têm por base hábitos de vida não saudáveis iniciados na infância foi fundamental, porém, nesse caso, o impacto só será perceptível anos após a intervenção.

3. Metodologia

Operadora de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, autogestão não patrocinada, com 5.000 vidas definiu, em 2006, por meio do Planejamento Estratégico focar no fornecimento de serviços de ponta, e por isso implantou *check-up* (idade ≥ 40 anos), visando traçar o perfil epidemiológico da população, e a partir da avaliação das necessidades dos associados implementou demais programas de saúde com equipe multidisciplinar (médicos clínicos, cardiologistas, endocrinologistas, ortopedista, neurocirurgião, nutricionistas, enfermagem, assistente social, fisioterapeutas e professores de educação física), após seleção de profissionais capacitados; liderança competente; alinhamento estratégico e definição dos processos. Plano estratégico de capacitação foi elaborado e definido como prioritário para o sucesso das estratégias. O presente estudo avaliou 1.818 prontuários dos participantes, que passaram por avaliação clínica, laboratorial (bioquímica), e de imagem (teste de esforço, ultrassonografia abdominal, transvaginal, próstata e tireoide), tudo no serviço próprio da Empresa. Os programas de vacinação (vacina contra influenza e hepatite B (≥ 18 anos), pneumonia (≥ 50 anos ou portadores de fatores de risco) e HPV (≥ 14 anos)), Saúde da Mulher e Saúde do Homem foram oferecidos em campanhas anuais. O *check-up* e o programa de nutrição funcionaram com atendimento diário, o de DCV, neurocirurgia e câncer de pele, uma vez por semana. O da criança e adolescente (9 a 17 anos), duas vezes por mês. A avaliação dos resultados (indicadores) foi realizada mensalmente, com correção imediata dos desvios percebidos. Sistema de gestão da empresa foi usado para pesquisa dos resultados.

4. Resultados

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

4.1. Check-up (2006 / 2013)

Tabela 1- Cobertura

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

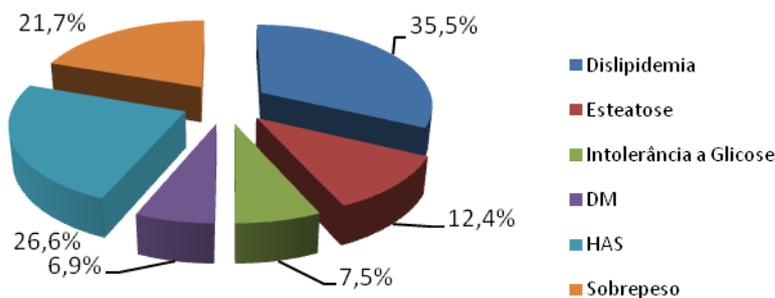
Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Tabela 2 - Perfil Epidemiológico

Perfil Epidemiológico – Check-up de 2006 /2013 (n= 4.969 exames)					
Dislipidemia	Esteatose Hepática	Intolerância à Glicose	Diabetes Mellitus	Hipertensão Arterial	Sobrepeso
35,5%	12,4%	7,5%	6,9%	26,6%	21,7%

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 1 – Perfil Epidemiológico dos associados do Check-up



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Internações

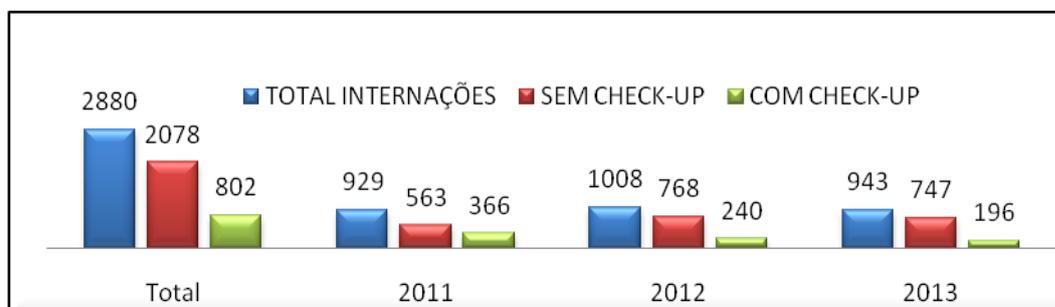
Apenas 27,84% dos associados que realizaram *Check-up* internaram, o que demonstra melhor qualidade de vida quando comparado com os que não fizeram *check-up*.

Tabela 3 - Comparativo das internações com e sem *Check-ups*

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

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 2 - Comparativo das internações com e sem *Check-ups* (2011/2013)



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.2. Programa de Doenças Cardiovasculares (DCV)

No período, as internações foram reduzidas de 83 (2006) para 32 (2013).

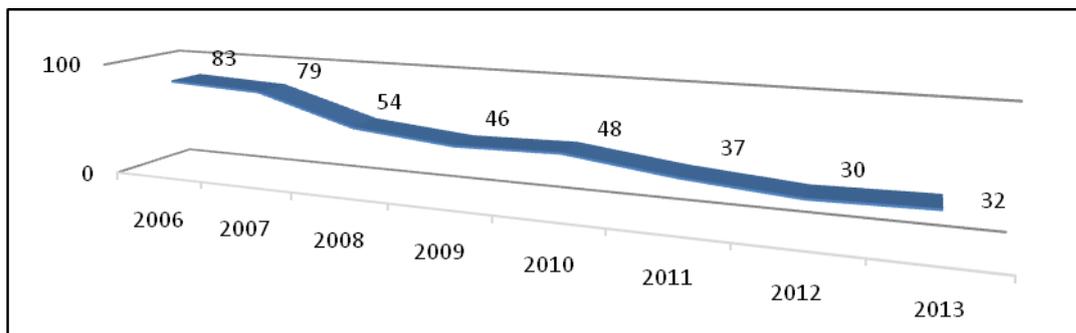
Em 2013, 88 associados portadores de hipertensão arterial foram monitorados e destes 84 associados encontram-se controlados (95%).

Tabela 4 – Evolução do número de internações por Doenças Cardiovasculares (DVC).

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

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 3 – Número de internações por DVC



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.3. Programa de Nutrição

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

Tabela 5 – Resultado do Programa.

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

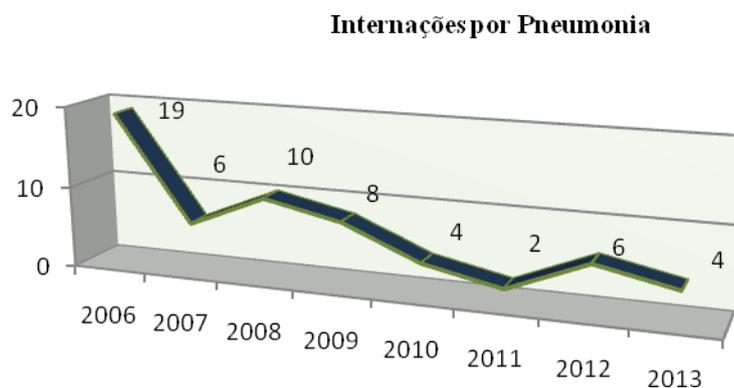
Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.4. Vacinação

A cobertura vacinal da Pneumococo 23 alcançou até 2013, cobertura de 48,70% (882 associados) da população alvo (1.811). A redução das internações foi substancial (19 (2006) X 04 (2013), assim como dos óbitos, 8 (2006) X 0 (2013).

Tabela 6 e Gráfico 4 – Internações por pneumonia.

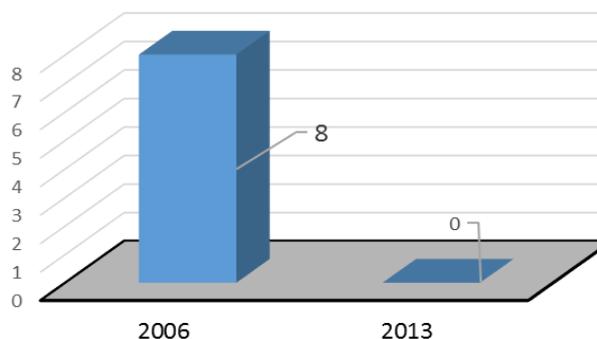
	Internações por Pneumonia
2006	19
2007	6
2008	10
2009	8
2010	4
2011	2
2012	6
2013	4



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Tabela 7 e Gráfico 5 – Óbitos por pneumonia.

	Óbitos por Pneumonia
2006	8
2013	0



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.5. Saúde da Mulher

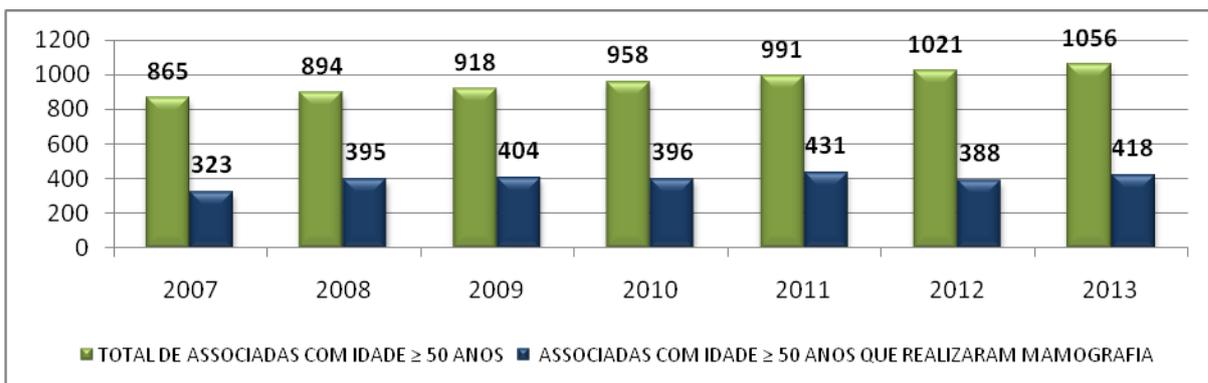
O resultado do programa evoluiu pouco, isto é, em 2008, o aumento de mamografias realizadas ficou em 6,84 contra 2,24% em 2013, quando comparado com 2007.

Tabela 8–Percentual de associadas que realizaram mamografia (2008 /ago/2013).

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

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 6 – Número de associadas que realizaram mamografia.



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.6. Saúde do Homem

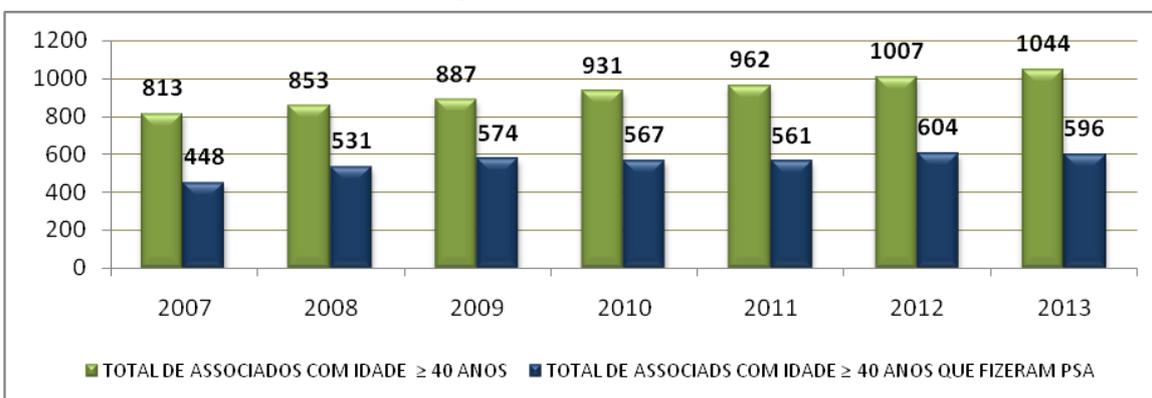
O resultado do programa evoluiu pouco, isto é, em 2008, o aumento de exames de PSA realizados ficou em 7,15 contra 1,98% em 2013, quando comparado com 2007.

Tabela 9 – Percentual de associados que realizaram PSA (2008/ago-2013)

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

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 7 - Número de associados que realizaram PSA



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.7. Programa da Criança e do Adolescente – prevenção da síndrome metabólica

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

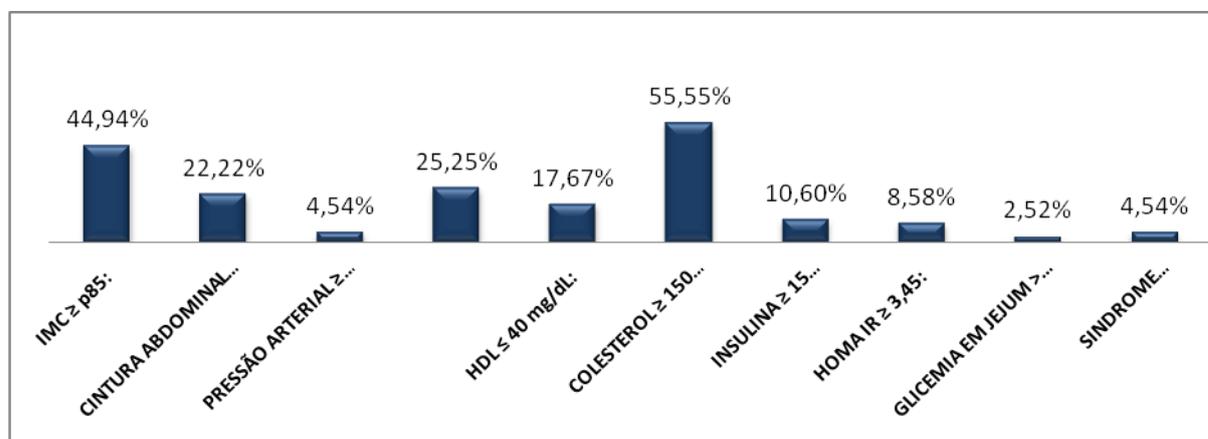
População alvo = 532 associados (09 a 17 anos), atendidos 198, cobertura 37,21%

Tabela 10 - Perfil epidemiológico (2009 a 2013)

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

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 8 – Percentual das alterações diagnósticas.



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.8. Prevenção de Câncer de Pele

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

Tabela 11– Percentual das lesões benignas e malignas diagnosticadas.

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

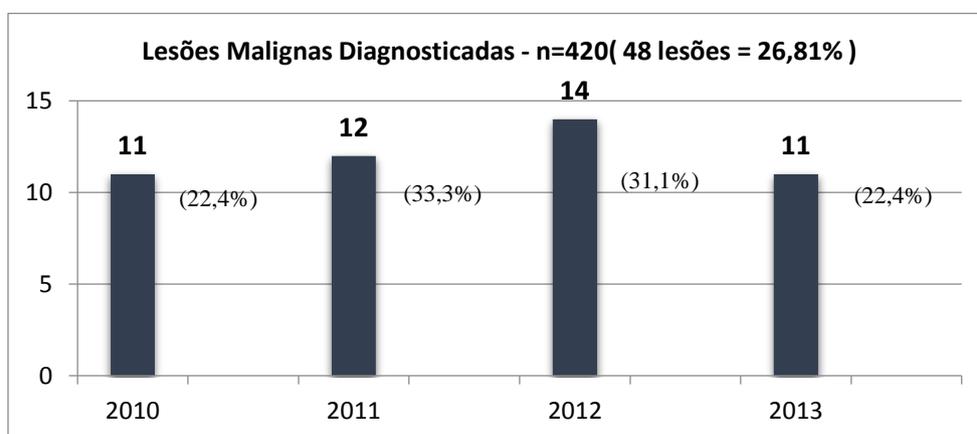
Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Tabela 12 – Total de lesões malignas diagnosticadas.

	2010	2011	2012	2013
Lesões Malignas Diagnosticadas - n=420 (48 lesões = 26,81%)	11	12	14	11

Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

Gráfico 9 - Percentual das lesões malignas.

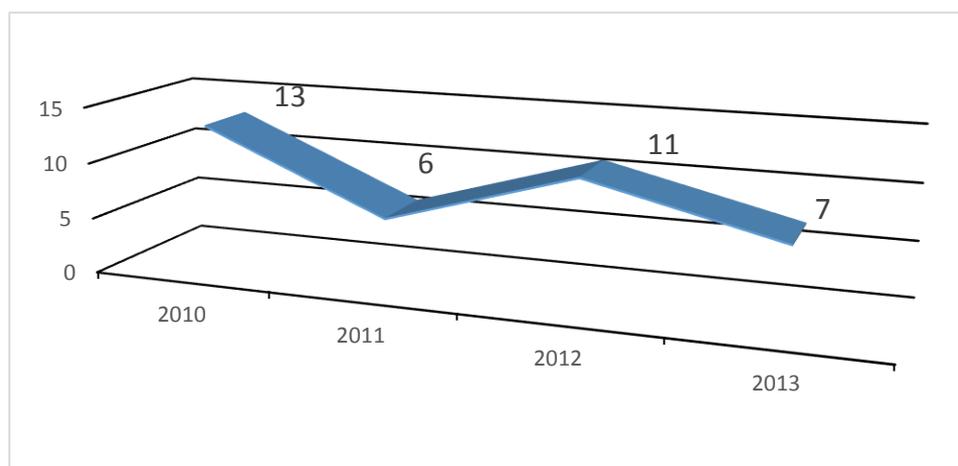


Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.9. Prevenção de Afecção da Coluna

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

Gráfico 10 – Total de associados que realizaram cirurgia de coluna



Fonte: Sistema de Gestão da Mútua

4.10. Evolução da Sinistralidade - Comparação com os dados da ANS

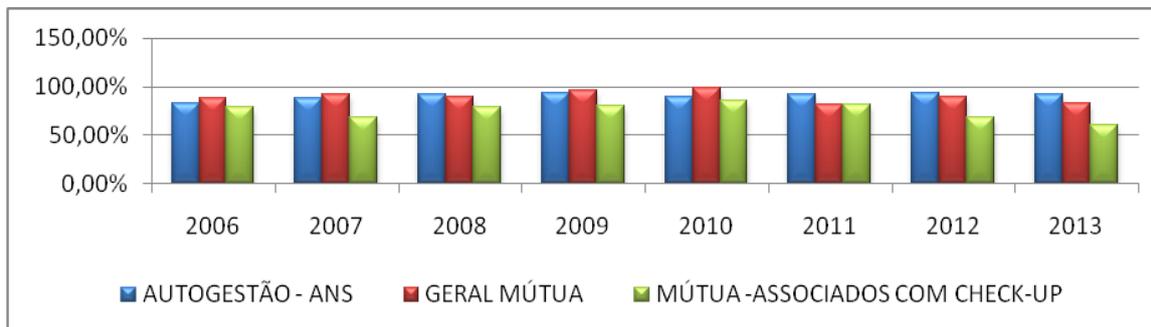
A sinistralidade (custos assistenciais), decaiu gradativamente desde a implantação dos Programas e, a partir de 2011, a Mútua apresentou percentual menor (média de 85%) do que o registrado pela ANS, no mesmo período, para as demais autogestões (média de (92,7%).

Tabela 13 – Sinistralidade da Autogestão ANS x Mútua e Associados que realizaram *Check-up*

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

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

Gráfico 11 – Sinistralidade da Autogestão ANS x Mútua e Associados que realizaram *Check-up*



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

4.11. Avaliação de Satisfação

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

Informe sua satisfação com o check-up?

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

▪ Demais Programas (Prevenção de Câncer de Pele, Doença Cardiovascular e Prevenção da Coluna)

- Número de atendidos = 537
- Número de avaliação = 68, que correspondem a 12,66% do número de atendidos
- Média das avaliações em percentual :

Iniciativa da Mútua ?

- ótimo = 94,12%
- boa = 5,88%
- Regular = 0,0%
- Ruim = 0%

Importância das orientações ?

- Sim = 100%
- Não = 0%

Indicaria o programa para outro associado?

- Sim = 100%
- Não = 0%

5. Conclusão

Concluimos que o maior fator de sucesso é a gestão estratégica competente e focada nas necessidades da população atendida, e não o porte da empresa, embora a literatura especializada aponte as pequenas Operadoras de Saúde como de grande risco. A atenção individualizada proporcionou melhoria na qualidade de vida aos participantes dos Programas de Saúde (menor número de internações e realização diagnóstico precoce, além de prevenção contra doenças infecciosas) e sustentabilidade econômica (redução dos custos (sinistralidade). Desde 2011, a sinistralidade da Mútua vem sendo menor do que as demais autogestões (81,00%, 89,00% e 82,70% X 91,60%, 93,90 e 92,60%, respectivamente), conforme ANS - Prisma (março/2014). Verticalizar o serviço ambulatorial em todos os níveis de atenção primária, secundária e terciária, e acompanhar continuamente os participantes de forma integrada, foi opção que gerou impacto a curto e longo prazo, com resultado consolidado a partir do 5º ano após implantação do *Check-up* e demais Programas.

Referencias

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

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

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

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

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

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

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