

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO/ FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

LIZANDRA DO AMARAL

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE SAÚDE NA
SAÚDE SUPLEMENTAR (2012-2022)**

Porto Alegre

2022

LIZANDRA DO AMARAL

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE SAÚDE NA
SAÚDE SUPLEMENTAR (2012-2022)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof Carlos André Aita Schmitz

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

CIP - Catalogação na Publicação

AZAMBUJA, LIZANDRA DO AMARAL
AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE SAÚDE NA
SAÚDE SUPLEMENTAR (2012-2022) / LIZANDRA DO AMARAL
AZAMBUJA. -- 2022.
44 f.
Orientador: Carlos André Aita Schmitz.

Coorientador: Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM
SAÚDE, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Gestão em Saúde. 2. Plano de Saúde. 3. Saúde
Suplementar. 4. Política de Saúde. I. Schmitz, Carlos
André Aita, orient. II. Bordin, Ronaldo, coorient.
III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

LIZANDRA DO AMARAL

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE PROGRAMAS DE SAÚDE NA
SAÚDE SUPLEMENTAR (2012-2022)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização em Gestão em Saúde apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 10 de Dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Examinador(a): Dra Rita de Cassia Nugem

Examinador(a): Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

Orientador: Prof. Carlos André Aita Schmitz

Co-Orientador: Prof. Ronaldo Bordin

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me permitiu realizar este curso durante a pandemia da COVID-19, tendo preservada minha saúde e dos meus familiares. Agradeço a vida.

Ao meu esposo Felipe e meu filho Davi, meus grandes incentivadores, que compreenderam alguns momentos de ausência, sempre acreditando no meu potencial.

A empresa que eu trabalho, Unimed Porto Alegre, por subsidiar uma parte desta formação e por despertar meu interesse a respeito dos desafios da saúde suplementar, a medida em que me oportuniza desafios profissionais há 12 anos.

Aos professores, tutores e em especial ao meu orientador, Carlos André Aita Schmitz, pelas correções, sugestões, paciência e por compreender minhas limitações.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma, para a realização deste trabalho, enriquecendo o meu processo de aprendizado, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na realização de mais esse projeto.

RESUMO

Introdução: Desde a constituição Federal Brasileira de 1988 as políticas da saúde passaram por várias mudanças visando a melhora e evolução de sistemas e como eles afetam os usuários. A atuação multiprofissional e interdisciplinar sugere a necessidade de existência de fatores limitantes de modo que a efetividade consiga ser avaliada e deixada para registros em estudos acadêmicos futuros. **Objetivo:** revisar a avaliação da efetividade em programas de saúde, com enfoque na saúde suplementar associada a implementação de novas tecnologias, sistemas avaliativos de serviços tanto por parte dos gestores quanto por parte dos prestadores de serviços. **Métodos:** foi realizada uma revisão narrativa da produção científica presente na Biblioteca Virtual de saúde (BVS) sobre o tema métricas de avaliações da efetividade em programas de saúde, tendo um olhar sobre programas de operadoras de saúde desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 até o presente ano de 2022. **Resultados:** Ao todo foram encontrados 1.181 artigos, com a seleta dos critérios de escolha como tema, tipo de estudo, linguagem e ano foram selecionados 22 artigos para a leitura completa e revisão narrativa. Os dados foram apresentados em uma tabela quantitativa e qualitativa. **Conclusão:** Há oportunidade de aprofundar estudos direcionados à análise de métricas de avaliação da efetividade de programas em saúde na saúde suplementar a fim de quantificar dados e tabelar para análises futuras.

Palavras-chaves: Gestão em Saúde. Plano de Saúde. Saúde Suplementar. Política de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Since the Brazilian Federal Constitution of 1988, health policies have undergone several changes aimed at improving and evolving systems and how they affect users. The multiprofessional and interdisciplinary work suggests the need for the existence of limiting factors so that the effectiveness can be evaluated and left for records in future academic studies. **Objective:** this work discusses recent evaluations of quality assessment metrics in health programs, with a focus on supplementary health associated with the implementation of new technologies, service evaluation systems by both managers and service providers. **Methods:** a review the evaluation the effectiveness provided in health programs in the Virtual Health Library (VHL) on the specific evaluative topic of metrics, having a look at health operator programs from the emergence of the Unified Health System (SUS) in 1988 to the present year of 2022. **Results:** A total of 1,181 articles were found, with the selection of criteria such as theme, type of study, language and year, 22 articles were selected for full reading and systematic review. Data were presented in a quantitative and qualitative table. **Conclusion:** there is an opportunity to deepen studies aimed at the analysis of metrics for evaluating the effectiveness of health programs in supplementary health in order to quantify data and tabulate for future analyses.

Keywords: Health Management. Private Health. Supplementary Health. Health Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala comparativa das despesas <i>per capita</i> com saúde.....	20
Figura 2 - Estatísticas entregues ao SIP em 2021.....	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise dos estudos selecionados para leitura completa.....	29
Quadro 2 - Síntese das métricas identificadas nos estudos analisados.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFB-88	Constituição Federal Brasileira de 1988
CNI	Confederação Nacional de Indústrias
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISFLSF	Instituições sem Fins de Lucro a Serviço da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde
MedLine	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organizações não Governamentais
PAB	Piso de Atenção Básica
PAH	Processo Analítico de Hierarquia
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNR	Política Nacional de Regulação
SBB	Sistema de Saúde Brasileiro
SCN	Sistemas de Contas Nacionais
SIB	Sistema de Informação dos Beneficiados

SIP	Sistema de Informação de Produtos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VAB	Valor Adicionado Bruto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONTEXTO DO ESTUDO	13
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE	13
2.1.1 Histórico das políticas de saúde no Brasil	14
2.1.2 As políticas de saúde após a CBF-88	16
2.1.3 Política Nacional de Regulação e Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde	17
2.2 FATORES ECONÔMICOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	18
2.3 A SAÚDE SUPLEMENTAR	22
2.3.1 Mapa assistencial da saúde suplementar	23
3 MÉTODOS	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A definição de tarefas essenciais da medicina como prevenção, promoção e recuperação voltada para o paciente foi inserida na literatura por volta de 1946. Onde foi colocada em pauta a efetividade da assistência médica curativa provinda da tecnologia e da assistência medicamentosa além dos altos custos de profissionais da saúde (SINGER, 1946).

Em meados da década de 1980 e início da década de 1990 ocorreram marcos na saúde mundial representados pelas Conferências Internacionais de Ottawa, Adelaide e Sundsvall. Nessas conferências foram discutidas as mudanças do enfoque no paciente para o meio onde o paciente está inserido, transpondo um olhar singular para a pluralidade do meio de vivência, promovendo um movimento incentivando a redução de danos, se o enfoque for em âmbito coletivo, colocando em pauta questões como a epidemiologia, vigilância, intersetorialidade e os conceitos de risco associados a saúde.

No Brasil o marco foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu em 1988, onde a comunidade acadêmica científica defendeu um olhar coletivo para entender diversas causas e consequências epidemiológicas do cenário da época. O relatório final apontou para a importante conclusão de mudanças imprescindíveis para a evolução do sistema de saúde sanitário brasileiro, que seriam alcançadas somadas a uma reforma administrativa e financeira (BERTOLLI, 2003).

Com esses eventos as produções científicas foram direcionadas a condicionar fatores que relacionavam perfis epidemiológicos de diferentes setores da sociedade, voltando o olhar para a desigualdade territorial, resultando até em reformas de legislação no âmbito de sistemas de saúde que adicionaram como condicionantes a participação popular e a equidade nos atendimentos de saúde. No território nacional no âmbito da política de saúde adotada, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi complementado com diversos programas que incentivavam a promoção a saúde (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2012).

Resultante dessas mudanças surgiu a necessidade de sistemas que mensurassem os resultados dessas modificações, sendo inserido um sistema avaliativo de forma a relacionar a ação com o resultado obtido, atuando em vários setores interdisciplinares, multiprofissionais e multiculturais, reforçando assim a ideia dessa métrica ser institucionalizada para ser eficiente.

Com o resultado em mãos, a comparação entre o antes e depois permite avaliar parâmetros, critérios e questionamentos a serem inseridos em um modelo de avaliação da

qualidade. A análise das dimensões, estrutura, processos e resultados é um exemplo do Modelo Sistêmico de Avaliação (DONABEDIAN, 1984).

O entendimento do contexto do surgimento das políticas de saúde é fundamental no desenvolvimento desse trabalho para chegarmos ao ponto discutido com uma bagagem histórica suficiente para compreensão de onde surgiram as políticas privadas de saúde (MARÍLIA, 2014).

Nesse trabalho, nosso objetivo é revisar a produção acadêmica científica presente na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sobre o tema métricas de avaliação da efetividade de programas de saúde, com foco em programas de saúde de operadoras de saúde desde do surgimento do SUS em 1988 até o ano de 2022, enumerando em um quadro as produções científicas identificadas segundo autor, ano de publicação, periódico onde foram publicados, objetivos e resultados, compatibilizando os resultados com sistemas métricos que avaliam a efetividade em programas de saúde suplementares.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

O Brasil é um país extenso territorialmente e em constantes transformações epidemiológicas, sociais, ambientais e econômicas. Todos esses fatores resultam na saúde da população e conseqüentemente na expectativa de vida da população brasileira. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informa que a projeção do Brasil e das unidades de Federação é de 215.259.122 milhões de habitantes em 2022.

Tudo isso impacta diretamente em determinantes sociais da saúde e em constante melhorias nas atuais políticas de saúde existentes, devido a participação comunitária implantada em todos os sistemas de saúde. Novos problemas de saúde decorrentes dessas mudanças são colocados em pauta e refletem diretamente na qualidade da saúde ofertada, sendo necessário mudanças constantes nos planos administrativos por parte dos gestores (VICTORA *et al.*, 2011).

Iniciaremos esse capítulo traçando uma linha temporal enumerando etapas da implementação das políticas de saúde no Brasil e examinaremos administrativamente o desenvolvimento econômico, social e cultural decorrente da implementação da saúde suplementar nessa evolução.

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB-88), no ato de sua promulgação ditou quais são os direitos sociais e civis para toda população brasileira informando que todos têm direito as ações e serviços de saúde, sendo direito e dever de o estado provir. Foi considerado um marco sem precedente o ato de responsabilizar o Estado brasileiro tais atribuições no intuito de garantir que esses direitos sociais trabalhem de forma a entregar essa acessibilidade proposta aos serviços de saúde (NASCIMENTO, 2010).

Com isso, a judicialização da saúde foi fundamentada tendo como base a CFB-88 conectando o exercício à cidadania o recebimento de seus direitos. Mas o caminhar foi lento, e a cada forma de governo foram adicionadas qualificantes a fim de melhorar sempre. Discutiremos a seguir o início da associação da saúde ao governo e como a evolução é lenta, porém continua (PAIM *et al.*, 2011).

O Sistema de Saúde Brasileiro (SSB) é composto pelo SUS e pela Saúde Suplementar, sendo entrelaçados e regidos por regulações sociais, assistenciais, consumistas e de controle de qualidade, moldadas em conjunto dentro da vertente de defesa de uma política de saúde homogênea para o Estado brasileiro e seu bom funcionamento, excluindo a dicotomia (MARÍLIA, 2014).

2.1.1 Histórico das políticas de saúde no Brasil

Antes da colonização, o Brasil vivia um cenário sem estrutura alguma de atenção à saúde. A população vivia com recursos empíricos por parte de curandeiros que utilizavam como fármaco plantas e ervas. Com a chegada da família real no Rio de Janeiro veio a necessidade de uma estrutura mínima de recursos sanitários, que se resumiu a distribuições a responsabilização municipal e o controle de portos náuticos (BERTOLLI, 2003).

Tais medidas perduram por quase um século. A incapacidade de zelo resultante de um regime centralizado e unitário foi pouco eficiente na administração da saúde em consequência da ausência de profissionais da saúde como médicos e enfermeiros. Com tamanha desorganização e a urgente necessidade de atenção sanitária, foram criadas as primeiras escolas de medicina no Rio de Janeiro, que era sede do império lusitano na época e principal berço portuário (POLIGNANO, 2004).

Uma nova forma organizacional se delimitou com a Proclamação da República, o sanitarismo campanhista. A economia girava em torno das exportações portuárias que cresciam sem nenhuma fiscalização sanitária. Como resultado, epidemias como febre amarela, varíola, malária e a peste tiveram seu ápice em conjunto com crescimento econômico provindo de tal atividade. Com tempo os comerciantes externos passaram a ter medo de fazer comércio no Brasil, foi então que o Presidente Rodrigo Alves, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública (PIOLA *et al.*, 2009).

Oswaldo Cruz foi um dos expoentes do sanitarismo campanhista, sob respaldo militar com a intenção de erradicar a epidemia de varíola. Concebida através da força, sob o lema de que “os fins justificam os meios”, o diretor interveio incisivamente queimando roupas, colchões e cortiços de doentes no centro do Rio de Janeiro e impôs a quarentena a todos doentes (TEIXEIRA, 1987).

Todo militarismo gerou uma revolta populacional, que teve seu estopim com a instituição da Lei Federal nº 1.261, de 31 de outubro de 1904, que obrigava a vacinação e revacinação em toda a república, estipulando prazos e duração de validade. Estipulava a idade e a classe militar como um todo devia obrigatoriamente ser vacinada com prioridade (PAIM *et al.*, 2011).

O fato de não poder decidir tomar a vacina ou não, gerou o primeiro movimento popular documentado e registrado que ficou conhecido como a Revolta da Vacina e popularizado como os cinco dias de fúria, que ocorreu em dezembro de 1904 (BERTOLLI, 2003).

A imposição da força trouxe vários desgastes políticos na época em consequência de uma somatória de ações sanitárias houve organização e estruturação da diretoria geral de gestores da saúde pública, criação de delimitações regionais baseadas em estatísticas demográficas, foi implementado um laboratório bacteriológico, serviços de engenharia sanitária, profilaxia das epidemias, serviço de inspeção de isolamento e desinfecção, a criação do instituto soroterápico Federal, hoje em dia chamado Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (MARÍLIA, 2014).

A instituição da Lei Eloi Chaves em 1923 que criou Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), iniciando a primeira vertente da previdência social no Brasil e foi o marco inicial do Modelo Médico-Assistencial Privatista (PÊGO; ALMEIDA, 2002).

Inicialmente as CAPs foram direcionadas a aposentados da categoria ferroviária e marítima, garantindo ao assegurado e sua família assistência médico-hospitalar e fornecimento de medicações terapêuticas. A privatização da saúde foi inserida dessa forma no caminhar evolutivo das políticas de saúde brasileira, sendo excludente ao restante da população mais carente dessas ofertas. O foco ainda estava na doença e não nas causas que levaram o indivíduo a ficar doente (PAIM, 2003).

Em 1930 Getúlio Vargas reformula esse modelo transformando as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Mantendo características de um modelo médico-assistencial curativista, centrado na relação médico-paciente. Em 1967 o governo militar delegou ao Ministério federal a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultando em mudanças no estatuto previdenciário brasileiro (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2012).

A reforma sanitária brasileira foi resultado da inserção da sociedade civil que pressionou o governo político. O SUS foi moldado de forma acessível pela universalidade num momento

em que o sistema de saúde ofertado era quase que em sua totalidade privatizado por empresários. (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2012).

2.1.2 As políticas de saúde após a CBF-88

O SUS possui como fundamentos legais os artigos nº196 a 200 da CBF-88, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em conjunto de caráter normativo do Ministério da Saúde (MS) e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Destes fundamentos são definidos a organização e atribuições de todos os entes federados estruturados pelo Pacto Interfederativos (MARÍLIA, 2014).

São inclusos nessas leis e artigos a articulação de planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, que visam garantir que os princípios e diretrizes do SUS sejam cumpridos visando a promoção das condições de saúde dos indivíduos e do meio onde estão inseridos, sua comunidade (BRASIL, 2015).

O artigo 16 da Lei nº 8.080 diz que compete aos Estados, Municípios e Distrito Federal, formular e avaliar todos os tipos de políticas associadas a saúde; participar na formulação e implementação de políticas que controlem o meio ambiente, saneamento básico e condições de ambientes de trabalho; definir e coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, laboratórios de saúde pública, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária; participar da definição de normas e mecanismos de controle, dentre outros. Destacamos a função de formular, avaliar e elaborar normas de acordo com as necessidades existentes. Sempre entre mútua cooperação entre os estados e municípios (NASCIMENTO, 2010).

A universalidade do sistema de saúde ainda é um caminho longo a ser percorrido, é preciso que exista uma mobilização por parte dos gestores públicos e privados a fim de reestruturar o direcionamento das finanças, reestruturando investimentos em ciência e tecnologia, em recursos humanos e principalmente na Atenção Básica somada a descentralização e o aumento da participação social (PAIM *et al.*, 2011).

O modelo brasileiro de gestão da saúde preconiza recursos públicos. Sendo responsabilidade de cada esfera da gestão o repasse financeiro e a administração do funcionamento dos recursos para seu bom andamento, definindo e apoiando diretrizes com o objetivo de desenvolver ações em prol da saúde. No SUS, a administração é descentralizada e

hierarquizada. Grande parte dos serviços são advindos de contratos com provedores privados. (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2012).

2.1.3 Política Nacional de Regulação e Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

Em meio a essa pluralidade dentro do sistema de saúde, foram instituídas políticas e normas que visam ordenar a atenção e gestão associadas a esses serviços, sejam públicos ou privados. Para tanto, a Política Nacional de Regulação (PNR) foi estabelecida pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 de modo a estabelecer ações para regular a atenção à saúde, avaliando serviços da gestão e a satisfação de seus usuários. Foram definidos sistemas de informações potentes o bastante para auxiliar no redirecionamento das ações em saúde na intenção de unificar um sistema nacional heterogêneo em suas diversidades e pluralidades de instancias existentes (BRASIL, 2015).

A portaria GM/MS nº 28, publicada em janeiro de 2015, apresenta a reformulação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), sendo esse o pilar fundamental para avaliar e orientar o caminho a ser percorrido durante as execuções de ações em saúde. São propostas apresentadas a avaliação da eficácia, eficiência e efetividades estruturais, processuais e resultantes, relacionando-as a fatores de risco, vulnerabilidade, acessibilidade e a satisfação do usuário (ABELHA, 2012).

Esse somatório de ferramentas se tornou um modelo imprescindível na inclusão do planejamento para a constante e evolutiva melhoria do sistema e suas componentes. O cidadão possui um importante papel nessa avaliação, pois é a partir da satisfação dele em relação ao acesso ao serviço que melhorias são requisitadas, corrigindo falhas anteriores ou não vistas (PÊGO; ALMEIDA, 2002).

Na saúde suplementar a multiplicidade de empresas interessadas no financiamento e prestação de recursos para a assistência à saúde fazem jus a necessidade de uma métrica de avaliação quanto a efetividade de seus serviços prestados. Porém, considerando o mercado financeiro e o Estado, é necessário entender o mecanismo econômico envolvido nos bastidores dos números norteadores em saúde. Na política de saúde Brasileira, são estipuladas metodologias para unificar a linguagem financeira adotada (ABELHA, 2012).

2.2 FATORES ECONÔMICOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

É definido como Sistema de Contas Nacionais (SCN), uma metodologia de contas-satélites, que permitem uma análise ampliada de determinados setores econômicos. Aqui nos restringiremos ao setor da saúde especificamente dentro da economia. As contas-satélites são extensões dos SCN e possibilitam análises elaboradas sobre um perfil específico e estabelecer critérios comparativos a economia como um todo. Essa métrica é feita pelas Contas Nacionais (LISBOA; MENEZEZ-FILHO, 2001).

Com a disponibilidade de acesso a Conta-Satélite de Saúde do Brasil, temos ao nosso alcance dados acerca das estruturas produtivas e resposta a economia do setor. É de iniciativa da FIOCRUZ, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do IBGE, do MS e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) a apresentação dos dados sistematizados acerca de toda estrutura de produção e dinâmica do setor de saúde brasileiro. Ferramenta essa que nos oferece um panorama geral dos recursos e dos usos do mesmo quando referida ao setor da saúde em todo território nacional (IBGE, 2022).

Em posse dessas informações podemos conhecer e delimitar os perfis das atividades de saúde brasileira e traçarmos linhas avaliativas de métricas de qualidade, valorizando ainda mais o conteúdo discutido neste trabalho. Podemos analisar a saúde sob vários prismas e falar das análises econômicas do ponto de vista da empresa e do cliente, bem como analisar os gastos contrapondo a geração de renda e empregos que o setor oferta, a produção, consumo, e todos os tipos de comércios acerca de bens e serviços relacionados à saúde e suas consequências sobre geração de renda nesse setor (SILVA, 2016).

Macroeconomicamente, podemos analisar a saúde por vertentes. Como as despesas associadas ao consumo com serviços de saúde, sob a ótica de produção avaliando a componente valor adicionada a economia como um todo através das participações nas atividades no setor saúde e por fim pela visão da renda, a geração de empregos e aumento de renda no País advindo da participação no setor da saúde. É descontado das avaliações finais os efeitos dos aumentos de preços avaliando se o aumento ou decréscimo sobre o produto consumido é real, possibilitando analisar o crescimento autêntico do consumo dos produtos ofertados (LISBOA; MENEZEZ-FILHO, 2001).

Sob a ótica do consumo, as informações acerca do consumo final de bens e serviços de saúde permitem que a evolução das despesas seja assistida, bem como as variações consumistas volumétricas ano-a-ano de produtos da saúde feitos por parte da população brasileira. É visto

que no período de 2010 até 2019 aumentaram o número de empresas contribuintes no PIB, bem como a participação de famílias e instituições sem fins lucrativos contribuintes (SILVA, 2016).

Já o governo teve um aumento de participação de 4,0% entre 2013 e 2016 e em 2017 essa participação em um ano de crise econômica caiu para 3,9%. Já nos anos de 2018 e 2019 foi considerado estável, sendo essa participação de 3,8% (IBGE, 2022).

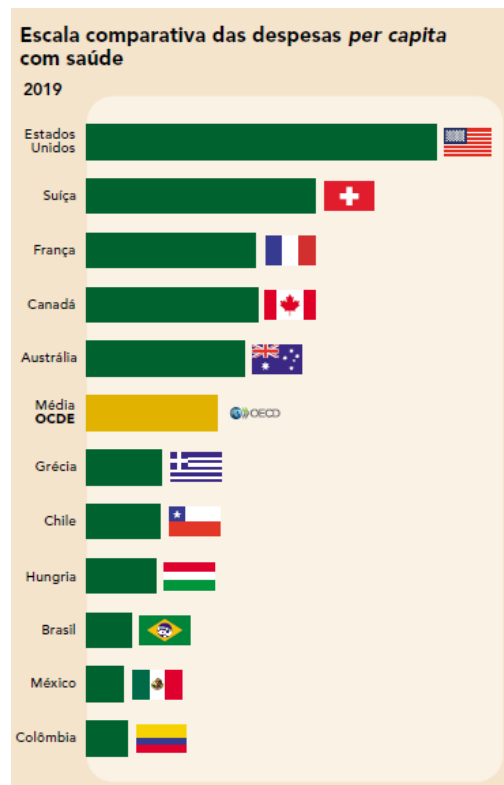
Em 2019, em uma divulgação em conjunto da OCDE e a diretoria de pesquisas do IBGE que coordena as contas nacionais, informaram que a média de despesas com a saúde relacionadas com uma proporção do PIB no setor governamental foi de 3,8% e das famílias 5,8% (IBGE, 2022).

Em 2019 o IBGE (2019) estimou que despesas de bens de serviço em saúde finais foram de 9,6%, essa porcentagem equivale a R\$ 711,4 bilhões, destes R\$ 283,6 bilhões do governo e R\$ 427,8 bilhões financiados com recursos privados vindos de famílias ou Instituições Sem Fins Lucrativos a Serviço das Famílias (ISFLSF).

As ISFLSF englobam Organizações não Governamentais (ONG) e igrejas que entram nessa classificação quanto a definição das Contas Nacionais quando inseridas no setor da saúde. Despesas de consumos dessas instituições equivale a prestação de serviços sociais. É visto que as despesas no PIB aumentaram devido as participações de saúde, somada a um crescimento das ISFLSF e das famílias, em contraponto com a participação governamental diminuiu (IBGE, 2022).

A figura 01 mostra uma escala comparativa fornecida pelo estudo de contas-satélites que faz uma comparação entre os PIB analisados dos países incluídos no estudo referenciado em questão. A figura é fornecida pelo IBGE (2019) e oferta dados do OCDE comparativos das escalas. O gráfico mostra o desenho sem número no quadro, mas os dados estatísticos são dados nos parágrafos abaixo.

Figura 1 - Escala comparativa das despesas *per capita* com saúde



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais (2022).

Na comparação feita com países selecionados pelo OCDE analisando as despesas com saúde, o Brasil equiparado a comparação do PIB possui uma margem abaixo da média dos países, especialmente em relação a países como França, Reino Unido e Alemanha que possuem uma participação superior. Quando olhamos para os gastos públicos, a participação do governo brasileiro é maior apenas que a do México e da Colômbia (IBGE, 2022).

Outro indicador muito importante que devemos chamar a atenção é quanto cada país gasta no setor saúde por habitante, a despesa *per capita*. Em 2019, para o Brasil, essa despesa atingiu aproximadamente R\$ 2.035 pelas famílias e IFSLSF enquanto para o governo foi de R\$ 1.349. A análise *per capita*, permite a comparação entre as capacidades de bens de consumo, como da saúde, por exemplo, dos brasileiros quando comparada a renda de outros países tendo como parâmetro o poder de compra, é dada em US\$ PPP, sendo que no Brasil a média *per capita* é 2.9 vezes menor do que a média observada em outros países pertencentes a OCDE, porém maiores quando comparadas a de países latino-americanos como o México e a Colômbia. (IBGE, 2022).

Analisar a conta-satélite de 2019 nos permite avaliar qual o consumo final de famílias, governo e ISFLSF. O que nos mostra, que dessas instituições os serviços de saúde privados

correspondem a principal despesa das famílias, sendo 67,5% destinados a ela em sua totalidade. Despesas com serviços privados de saúde inclui em sua íntegra os valores pagos a planos suplementares, incluindo a classe trabalhista nela atuante no setor da saúde e medicamentos (IBGE, 2022).

As despesas de consumo com serviços de saúde do governo, que obedecem aos serviços de saúde ministrados à sociedade, juntam tanto os serviços prestados pelo próprio governo em hospitais e entidades públicas como os serviços contratados de entidades privadas. Em 2019 a contribuição com saúde pública nos serviços de saúde abastecidos pelo governo foi de 82,3%, contra 17,7% em gastos em estabelecimentos privados (OCDE, 2019).

A OCDE diz que a média global dos gastos privados em saúde é de 26%. É possível comparar o volume consumista de bens e serviços da saúde com bens e serviços não pertencentes a saúde por setores institucionais. Entre os anos de 2014 e 2016, a variação volumétrica para as famílias do consumo final de bens em serviços de saúde superou o consumo de bens e serviços que não fazem parte deste patamar (IBGE, 2022).

Em 2019, o setor de importação e exportação de serviços e bens de saúde, apresentou uma baixa demanda de exportação correspondente a apenas 0.8% em contraponto a 5.3% da oferta de importação desse setor. Destes, está incluso medicamentos para uso humano e farmoquímicos, que são aqueles utilizados para produção industrial medicamentosa. (OCDE, 2019).

Economicamente, a participação da saúde é medida conforme o valor adicionado contribuinte total, a renda gerada e a quantidade de postos de trabalhos atuantes. Definimos Valor Adicionado Bruto (VAB) como uma métrica da geração de renda periódica em cada atividade econômica avaliada. A participação da saúde suplementar foi de 2.1% do VAB total em 2010, para 3.2% do VAB total em 2019, enquanto a saúde pública se manteve estável com 2.2% do VAB participante no setor econômico (IBGE, 2022).

Já em termos de contribuição trabalhista e capital destinado a geração de VAB, em atividades da área da saúde, a saúde suplementar contribuiu em 2010, com 61.1% das remunerações trabalhistas na saúde diminuindo em 2019, para 51.9% (OCDE, 2019).

Impostos sob atividades do VAB excluindo dedução de remunerações, o resultado é o saldo excedente operacional bruto, que em outras palavras, corresponde a contribuição do capital para fins produtivos. Destacam-se, na saúde privada atividades com participações expressivas de valor adicionado ao rendimento misto bruto, correspondente a renda parcelada

dos autônomos, como por exemplo médicos e funcionários da saúde que não trabalham em regimes trabalhistas com carteira de trabalho (OCDE, 2019).

Sob a ótica avaliativa de conjunto de tarefas e obrigações dada a um funcionário da saúde e conseqüentemente as suas remunerações, houve ganho participativo em todo território nacional. Sendo 5.3% em 2010 e 7.4% em 2019. Em atividades de saúde, a saúde privada lidera quando comparada a saúde pública, sendo 3.7 milhões de postos trabalhistas privados contra 2.6 milhões de locais públicos. O setor saúde cresceu entre esses anos, 49.2% enquanto de setores não contribuintes para a saúde, houve um crescimento de 5.7% (IBGE, 2022).

Consideramos aqui conceitualmente que o termo “ocupações” é equivalente ao emprego e ao posto de trabalho, visto que são definidos pela contribuição profissional que uma pessoa oferta em uma unidade de serviço produtiva. A saúde privada foi responsável pelo maior aumento em número de ocupações entre 2010 e 2019, sendo de 62,9% (OCDE, 2019).

Na saúde privada, além de estabelecimentos particulares, incluímos principalmente a saúde suplementar, sendo esta uma vertente que é financiada por famílias a fim de cuidados e acesso a serviços de saúde. Famílias procuram empresas especializadas que prestam esse tipo de serviço (IBGE, 2022).

2.3 A SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar, que surgiu no país na década de 1920, foi sedimentada em meados da década de 1960, com a criação do INPS em paralelo ao crescimento econômico nacional da época. Foi regulamentada em 1998, por meio da Lei nº 9.656 que regulamenta os Planos de saúde e as empresas deste seguimento, denominadas Operadoras e é definido como conjunto de serviços e ações ofertadas por operadoras de seguros privados e planos de saúde particulares direcionados a assistência médico hospitalar e não possuem vínculo com SUS. E é regulada e fiscalizada pela ANS (ABELHA, 2012).

Além de se tratar de um elemento fundamental para o bem-estar populacional, a grande demanda empresarial advinda da área resulta em competitividade movimentando o setor econômico e social do país, sendo um importante pilar de sustentação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (PIOLA *et al.*, 2009).

A ANS é uma das maiores estruturas de sistemas privados de saúde do mundo. A Confederação Nacional de Indústrias (CNI) aponta que 70% dos planos de saúde privado são

pertencentes a planos coletivos empresariais, sendo o setor industrial financiador de aproximadamente 22% dos planos de saúde privado, que em números aponta 10.2 milhões de beneficiários, representando em média quase 13% da folha de pagamento (SILVA, 2016).

Existe um certo desencontro de informações dentre entidades diretoras dos serviços ofertados e os clientes que se colocam em papel de pacientes. Dois tipos de incertezas são advindos desse setor econômico. O primeiro deles é a incerteza de uso dos serviços de saúde e em segundo lugar, o diagnóstico que pode resultar em uma demanda de serviços que não seriam necessários (LISBOA; MENEZEZ-FILHO, 2001).

No cenário atual percebe-se menor fluência de entrada de novas empresas quando comparada a saída de operadoras por formas voluntárias ou obrigatórias no setor da saúde suplementar por consequência do descumprimento do que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º que se trata do cumprimento de todos do marco regulatório impostos pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (BRASIL,1998), sendo o funcionamento cancelado se não estiverem em conformidade com o inciso:

§ 1o Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

- a) custeio de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- c) reembolso de despesas; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- d) mecanismos de regulação; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

2.3.1 Mapa assistencial da saúde suplementar

Fornecido pela ANS com objetivo de divulgar dados transparentes de produção por ano base dos serviços da saúde ofertados pelas operadoras de planos privados assistenciais da saúde. Divulgado pela primeira vez em 2021 através de um método dinâmico com uma sessão especial

da COVID-19 no setor suplementar. O objetivo dessa publicação é reafirmar o comprometimento da ANS com temáticas associadas com atenção à saúde prestada aos usuários do setor suplementar (BRASIL, 2021).

É indispensável o conhecimento demográfico e epidemiológico da população assistida para reestruturar ações renovadoras. Para isso temáticas como a gestão de informações e coordenação do cuidado sejam inseridas em pautas dos gestores e administradores do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Todos os indicadores de produção assistencial e valores presentes no Mapa são retirados do Sistema de Informações de Produtos (SIP) que possui em suas bases de dados todos os registros das operadoras com registro ativas na ANS e produtos registrados e serve como instrumento regulatório informativo para acompanhamento da assistência ofertada aos clientes dos planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2021).

Os mapas assistenciais apresentam os dados das operadoras que enviaram SIP informações de pelo menos trimestre do ano base em referência, sendo as informações repassada de total responsabilidade das próprias operadoras. A data da extração de dados do SIP foi realizada em 23 de maio de 2022 (BRASIL, 2021).

Informações contidas no SIP são referentes exclusivamente a beneficiários com vínculos a operadoras fora do período de carência. Também são utilizados dados do Sistema de Informação dos Beneficiários (SIB), considerando como limite de tempo o dia 30 de abril de 2022, sendo admitido dados de coleta referentes aos anos de 2018 a 2021. O cálculo dos beneficiários por ano base atual, ou ano base anterior é tido como a média de 12 meses por ano (ANS, 2022).

O mapa assistencial, dado pelo Ministério da saúde em 2021 é dividido em duas seções de indicadores, sendo elas:

- Seção 1: itens assistenciais direcionados a assistência odontológica, médico-hospitalar, como consultas médicas e ambulatoriais, terapias, internações e exames realizados.

- Seção 2: exibe dados associados aos itens assistenciais definidos pela Instrução Normativa (IN) nº 21/2009 da Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos (DIPRO). São considerados itens assistenciais, consultas médicas e outros atendimentos em ambulatórios, exames, terapia, internações e as causas relacionadas a internações e procedimentos odontológicos.

A IN nº 21/2009, define os critérios de agrupamento para seção 1 e 2:

- I. Consultas médicas – total de atendimentos prestados pelo profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina (CRM), com fins de diagnóstico e orientação terapêutica, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.
 - a) Consultas médicas ambulatoriais – atendimentos prestados por um profissional habilitado pelo CRM em regime ambulatorial;
 - b) Consultas médicas em pronto socorro – atendimentos prestados por profissional habilitado pelo CRM em unidades de pronto atendimento.
- II. Outros atendimentos ambulatoriais – Atendimentos realizados em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas (exceto consultas médicas, exames e terapias). Inclui atendimentos com profissionais de nível superior;
- III. Exames – total de procedimentos de auxílio diagnóstico, utilizados para complementar a avaliação do estado de saúde, em regime ambulatorial de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorários profissionais, medicamentos, materiais e taxas;
- IV. Terapias – total de atendimentos utilizando métodos de tratamento, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência, incluindo honorário de profissionais, medicamentos, materiais e taxas;
- V. Materiais Odontológicos – Total de atendimentos com fins diagnóstico e orientação terapêutica em saúde bucal, em regime ambulatorial, de caráter eletivo, urgência ou emergência.

Análise da efetividade de cada ação regulatória na saúde suplementar engloba as políticas sociais envoltas a saúde, que por consequência, envolve várias outras ramificações, sendo impossível separar da análise assistencial e qualitativa. São contidas informações no quadro abaixo na Figura 02 acerca do percentual de operadoras que enviaram o SIP por trimestre, bem como o percentual de beneficiários que estão vinculados as operadoras em cada período descrito, o quadro é fornecido pelo Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, de 2021.

Figura 2 - Estatísticas entregues ao SIP em 2021

	1ºtrim/21	2ºtrim/21	3º trim/21	4º trim/21
% de beneficiários de operadoras que enviaram o SIP em relação ao total de beneficiários	99,98	99,89	99,85	99,93
% de operadoras que enviaram o SIP em relação ao total de operadoras	96,83	96,43	96,97	95,90

Fonte: ANS (2021)

Para melhorar as práticas em saúde suplementar, é necessário ter um entendimento do atual cenário que se encontra. Com dados atuais é possível analisar números e enxergar os pontos a serem melhorados. A melhoria é contínua, não é estática. Sempre haverá pontos a serem otimizados, tanto no setor público quanto no privado. Daí a necessidade de implementar políticas que apontem quais as necessidades a serem supridas, qualificando a ação dos prestadores por meio de elaboração e publicidade de diretrizes clínicas e serviços de humanização na saúde, promovendo a efetividade de todo SSB (SILVANA, 2021).

Os prestadores de serviços, juntamente com os beneficiários pressionaram a ANS para incorporar procedimentos novos as coberturas obrigatórias, de forma eficiente e segura com a intenção de melhorar os serviços de saúde, porém sem eficácia comprovada. Em contrapartida, as operadoras de planos de saúde se mostravam contra essa ampliação de cobertura alegando que o aumento dos custos decorrentes dessas implementações ocasionaria grandes custos não suportados pelo sistema gerando um embate entre os dois lados (ANS, 2009).

Agentes externos como o ministério público e órgãos de defesa do consumidor também pressionavam a ANS para a inserção de novos procedimentos no rol oferecido. Medidas de implementação de métricas foram introduzidas a fim de avaliar a efetividade de programas de saúde sejam elas públicas ou privadas. Novas tecnologias incorporadas e as antigas passaram por um processo de racionalização (BRASIL, 2021).

3 MÉTODOS

O trabalho é uma revisão narrativa de literatura, onde foi feita a coleta de dados a partir de fontes secundárias por meio de pesquisa bibliográfica e escolhidos os textos para análise orientados pela discussão principal desse trabalho e tem como objetivo avaliar a efetividade de programas de saúde, com foco na saúde suplementar (ERCOLE *et al.*, 2014).

Em seguida foram escolhidos os descritores tais como a definição dos critérios de inclusão, exclusão e análise dos artigos em português e inglês selecionados para a busca dos artigos na base de dados BVS. Foram realizadas duas buscas com diferentes descritores.

Na primeira busca, os descritores utilizados na elaboração das estratégias foram vocábulos considerados gerais:

((mh:(N04.761.685* OR N04.761.789*) OR ti:(metrica* OR Meta OR METAS OR Indicador* OR Padrao OR Padroes OR Monitoramento)) OR (mh:N04.452.209.500 OR ti:(Eficiencia OR Eficacia OR Efetividade OR Qualidade OR Excelencia))) AND (mh:SP1.006.092.103 OR ti:((Programa* OR Servico*) AND saude))

Na segunda busca, os descritores utilizados na elaboração das estratégias foram vocábulos considerados específicos:

(mh:N04.452.209.500 OR ti:(Eficiencia OR Eficacia OR Efetividade OR Qualidade OR Excelencia) OR ab:(Eficiencia OR Eficacia OR Efetividade OR Qualidade OR Excelencia)) AND (mh:SP1.001.012.043 OR ti:("saude suplementar" OR "plano de saude" OR "planos de saude") OR ab:("saude suplementar" OR "plano de saude" OR "planos de saude"))

Os tipos de estudos escolhidos foram: estudo de avaliação, estudo de prevalência, pesquisa qualitativa, estudo de rastreamento, revisão sistemática de estudos observacionais, revisão sistemática, estudo observacional, avaliação econômica em saúde, estudo de incidência, estudo diagnóstico e síntese de evidências. Por fim, as bases de dados selecionadas foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF-Enfermagem) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline).

Dentre todos os parâmetros selecionados foi definido como estável em todos os campos de pesquisa a nível mundial e como filtros e limites da pesquisa utilizados o período de publicação (2012-2022), idioma português e inglês. Todas as referências foram organizadas no Word, a partir das buscas no banco de dados da saúde. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos indisponíveis na íntegra por via on-line ou não acessíveis nas bibliotecas às quais os

pesquisadores tiveram acesso por serem pagos, revisão de literatura e artigos que não responderam à questão norteadora estabelecida para a pesquisa, textos duplicados, ou em espanhol com publicações com fins lucrativos.

Em primeiro lugar a busca foi individual no BVS. Resumos e artigos que correspondiam ao tema também foram selecionados para a escolha. A segunda etapa foi a seleção por autoria confrontando textos duplicados, selecionando apenas textos em inglês e português e pôr fim do restante a leitura na íntegra. Após todas essas etapas realizou-se a revisão dos artigos selecionados lidos na íntegra e manteve-se apenas aqueles que realmente são pertinentes ao assunto da revisão. Textos em inglês que se tratava de políticas de saúde estrangeiras também foram excluídos.

Ao todo com as combinações foram encontrados 1.181 artigos, pesquisados na BVS. Destes, após o refino foram selecionados para a análise 199 artigos completos destes, após eliminarmos os 44 duplicados e 129 não considerados realmente pertinentes ao assunto tratado, foram 26 artigos os escolhidos para leitura completa.

Os 22 artigos detalhados neste estudo foram escolhidos por confirmarem a hipótese inicial deste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, demonstra-se os principais pontos discutidos como objetivo e os resultados de cada estudo.

Quadro 1 - Análise dos estudos selecionados para leitura completa

Autores	Publicação	Objetivo	Resultados
Pohl <i>et al.</i> , 2021	Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Comparar indicadores da qualidade e de vida e parâmetros clínicos de usuários que participam de um programa de promoção da saúde, no âmbito da saúde suplementar, na linha de cuidado cardiovascular.	Necessidade de considerar e intervir nos condicionantes sociais de saúde e promover a intersetorialidade, inclusive entre o público e o privado.
Oliveira <i>et al.</i> , 2021	Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica.	Aplicar o instrumento Minichal para mensurar o perfil de qualidade de vida de um grupo de idosos hipertensos assistidos pelo setor de saúde suplementar.	O Minichal indicou baixo comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde em todas as dimensões do instrumento utilizado, além da influência negativa entre a prática de atividade física e a dimensão manifestações somáticas (p=0,017).
Dilélio, Alitéia Santiago <i>et al.</i> , 2014	Caderno da Saúde Pública.	Caracterizar o acesso, a utilização e a qualidade da rede de saúde pública e privada no Brasil.	Usuários do SUS gastaram menos, quando comparados aos usuários de serviços suplementares.
Diniz <i>et al.</i> , 2020	Revista Ciência & Saúde Coletiva.	Analisar a afinidade entre o custo da assistência e o envelhecimento da populacional assistida por um plano de autogestão, refletindo sobre possibilidades de enfrentamento do desafio acrescido dessa conjuntura de fatores.	Foi achada relação entre o envelhecimento da população beneficiária e o aumento das custos. É necessário acometer em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como forma de melhora da qualidade de vida e viabilidade econômica do plano, além de definir um sub-sistema que delimite e fazer obedecer o acesso à rede sendo aceito pelos beneficiários.
Guedes <i>et al.</i> , 2020	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Avaliar se a agrupamento do implante trabecular iStent® Trabecular Micro-Bypass é custo-efetiva para o tratamento do glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA) em pacientes que passarão por cirurgia de catarata sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil.	A incorporação do iStent® Trabecular Micro-Bypass gera um aumento dos cotações somadas o controle da doença, tornando o glaucoma firme por mais tempo e amainando os custos porvindouros relacionados à progressão da doença. A RCEI foi de R\$ 5.491,99/PFLY. O modelo mostrou-se forte nas análises de sensibilidade.

Continua

Continua

Pinto, Daniel de Souza, 2020	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Discorrer impactos do avanço tecnológico no mercado da saúde suplementar e o aumento de custos somado ao desafio de implementar risk sharing na saúde suplementar.	Os resultados indicam que o compartilhamento de risco pode ser uma escolha capaz de agenciar uma nova configuração de relacionamento entre os pagadores e a indústria fabricante, suprimindo o clássico modelo de pagamento, que até a relação linear com todos os setores, buscando sempre o alvo de acatar o paciente com novas escolhas de acesso.
Serafini <i>et al.</i> , 2020	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Determinar o custo-efetividade e o choque orçamentário do cabozantinibe para o sistema de saúde suplementar no Brasil, no tratamento de carcinoma de células renais quando comparado ao atual tratamento aprovado nivolumabe.	O cabozantinibe apresentou eficácia superior quando cotejado ao nivolumabe e ao axitinibe e simula uma diminuição de custos colacionado ao nivolumabe. Em relação aos eventos adversos, o cabozantinibe apresenta redução dos gastos quando comparado ao nivolumabe, sob ótica particular de tratamento.
Santos, Marcos, 2020	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Estimar-se o custo-efetividade da aplicação da radioterapia intraoperatória com elétrons (RIOe) no paciente com câncer retal localmente avançado (CRLA) submetido a radioterapia somada a quimioterapia neoadjuvante com ressecção incompleta ofertada por operadoras de saúde.	RIOe mostrou-se dominante em eficiência quando comparada à estratégia que não envolvia essa abordagem. Os resultados mostraram-se robustos após análises de sensibilidade uni e multivariadas no setor privado.
Mayer <i>et al.</i> , 2020	Nursing.	Amoldar-se estratégias utilizadas na Gestão de Custos Assistenciais com interface na Auditoria do Cuidado na saúde suplementar.	Gestão de custos assistencial somada a interface com auditoria do cuidado adaptadas aos custos e efetividades em setores privados.
Santoni <i>et al.</i> , 2019	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Medir a custo-efetividade da empagliflozina sobreposta ao cuidado usual para a terapêutica de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no panorama da saúde suplementar brasileira.	A empagliflozina provocou ganho de 0,66 ano de vida ajustado para qualidade (QALY) na comparação com o cuidado usual, com acréscimo de R\$ 12.630 e relação de custo-efetividade incremental (RCEI) de R\$ 18.895/QALY. A análise probabilística teve RCEI medial de R\$ 19.878/QALY (intervalo de credibilidade de 2,5% a 97,5% R\$ 5.237- R\$ 36.451). Considerando 1 PIB per capita, 50% das imposturas seriam custo-efetivas; para 2 PIB per capita, o percentual ultrapassaria 90%.
Godoy <i>et al.</i> , 2019	Trends Psychiatry Psychother.	Aferir a satisfação com o tratamento em uma mostra de pacientes adentrados com transtornos mentais e as agregações entre os níveis de satisfação e variáveis clínicas/sociodemográficas em clínicas psiquiátricas particulares.	Alto grau de exultação com o atendimento na unidade de internação psiquiátrica avaliada. Pacientes cominaram satisfação máxima, com maiores pontuações de satisfação associadas a pacientes em tratamento.

Continua

Continua

Manso <i>et al.</i> , 2019	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Mensurar a qualidade de vida (QV) e os fatores acompanhantes a um grupo de idosos assistidos por uma operadora de plano de saúde da cidade de São Paulo, Brasil.	As maiores médias de QV foram encontradas nos bens Psicológico [72,1 ($\pm 14,3$)] e Meio Ambiente [68,0 ($\pm 15,4$)] e no aspecto Intimidade [72,5 ($\pm 20,8$)], enquanto no domínio Físico [64,3 ($\pm 18,0$)] e na faceta Morte e Morrer [61,2 ($\pm 23,2$)] foram observadas os agravos.
Santos <i>et al.</i> , 2019	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Comparar os custos e efetividade da biópsia líquida versus biópsia tecidual para mutação T790M no câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) avançado com mutação no receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) e que progrediram após o uso de um inibidor do sítio da tirosina cinase associada ao EGFR (EGFR-TKI), sob a perspectiva do sistema suplementar de saúde do Brasil.	A biópsia líquida proporcionou redução de R\$ 391 por paciente, devido a uma redução no custo com complicações; evitou que 40,96% dos pacientes passassem por um procedimento invasivo e que 31,95% dos pacientes tivessem algum tipo de complicação na saúde suplementar.
Fioratti <i>et al.</i> , 2018	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	O objetivo deste estudo é aferir a razão de custo-efetividade incremental da combinação de daratumumabe, bortezumibe e de xametasona (DVd) em checagem com carfilzomibe com dexametasona (Kd); carfilzomibe, lenalidomida e dexametasona (KRd); elotuzumabe, lenalidomida e dexametasona (ERd); e ixazomibe, lenalidomida e dexametasona (IRd) na terapia do mieloma múltiplo refratário ou recidivado (MMRR) sob a perspectiva de um pagador privado no Brasil.	Demonstrou-se que o esquema terapêutico DVd é dominadora sobre Kd, KRd, ERd e IRd. DVd causou 1,09 ano de vida incremental versus Kd com economia de R\$ 174.227; 0,15 ano de vida incremental com diminuição de R\$ 238.324 em alegoria com KRd; incremento de 0,06 ano de vida com redução de R\$ 641.021 checado com ERd; e 0,59 ano de vida incremental com economia de R\$ 254.367 cotejado com IRd. A análise de sensibilidade probabilística confirmou a coerência e a força do modelo e demonstrou que DVd tem probabilidades de 92,9%, 89,1%, 99,9% e 94,2% de ser custo-efetivo em checagem com Kd, KRd, ERd e IRd, respectivamente, assumindo um limiar de disposição a pagar de 3 PIB per capita no setor privado.
Entringer <i>et al.</i> , 2018	Caderno da Saúde Pública.	Arranjar uma análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva para gestantes de ímpeto habitual na Saúde Suplementar quando comparado ao setor público.	O parto vaginal foi dominador em checagem com a cesariana eletiva para gestantes de arrojo habitual primíparas e apresentou menor custo (R\$5.210,96 versus R\$5.753,54) e melhor ou igual efetividade para coroações avaliados. Para múltíparas com uma cicatriz uterina anterior, a cesariana teve custo inferior (R\$5.364,07) ao do parto vaginal (R\$5.632,24) e melhor ou igual efetividade, portanto mais eficiente para essa população na saúde suplementar.

Continua

Continua

Piovesan <i>et al.</i> , 2017	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Avaliar o custo-efetividade da toxina onabotulínica A (TB) versus nenhum tratamento migrânea crônica refratária a pelo menos duas drogas em um Sistema de Saúde Suplementar.	O uso de TB proporcionou descimento de 52,42% nos DC; 47,97% nos DCMS; 37,60% nos EC; 50,49% nos DM; 35,68% nos EM e uma abaixamento de R\$ 1.193 com parecer médico e hospitalização. Houve aumento de R\$ 8.646 com aproveitamento da TB, derivando numa Razão de Custo-Efetividade Incremental (RCEI) de R\$ 142,16/DC; R\$ 155,35/DCMS; R\$ 198,22/EC; R\$ 147,61/DM e R\$ 208,85/EM. Comprovando os resultados do caso base, no setor privado.
Tanaka <i>et al.</i> , 2017	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Alcançar uma análise de custo-efetividade das terapias imunooncológicas anti-PD-1 confirmadas no Brasil versus ipilimumabe no clínica do paciente sem tratamento prévio com melanoma metastático (estádios III ou IV), independentemente da mutação sob a aspecto do sistema de saúde suplementar brasileiro.	O nivolumabe lançou uma razão de custo-efetividade incremental de R\$ 37.231 e o pembrolizumabe, de R\$ 72.760. As uas as operações comprovaram adição clínico dentro do limiar de disposição a pagar indicado pela OMS (três vezes o PIB per capita), mostrando que as tecnologias são custoefetivas. O nivolumabe apresentou benefício clínico maior a um custo menor na saúde privada.
Santoni <i>et al.</i> , 2017	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Comparar os custos e efetividade do afatinibe e pemetrexede associado a cisplatina (PEM/CIS), erlotinibe e gefitinibe no tratamento de primeira linha de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células com mutação no receptor de fator de crescimento epidermoide (EGFR+) localmente avançado ou metastático, no Sistema de Saúde Suplementar brasileiro.	Afatinibe mostrou acréscimo da sobrevida livre de progresso (0,41 PFLY), sobrevida global (0,16 LY) e qualidade de vida (0,21 QALY) com preço incremental (R\$ 8.549), resultando em razão de custo-efetividade incremental (RCEI) de R\$ 20.639/PFLY. Checado ao erlotinibe, o afatinibe mostrou ampliação de 0,46 PFLY, 0,13 LY e 0,20 QALY, com de segundo grau de custo (-R\$ 21.327). Comparado ao gefitinibe, o afatinibe mostrou incrementos de 0,53 PFLY, 0,37 LY, 0,34 QALY, com custo incremental de R\$ 24.890, derivando em RCEI de R\$ 46.709/PFLY. Considerando-se três vezes o PIB per capita como limiar de custo-efetividade (R\$ 86.628), o afatinibe é custo-efetivo versus PEM/CIS e gefitinibe e dominante quando comparado ao erlotinibe na saúde privada

Continua

Termina

Pititto <i>et al.</i> , 2017	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Colacionar o custo-efetividade de abiraterona e prednisona pós-terapia de privação androgênica, em sequência de docetaxel e enzalutamida pós-quimioterapia com a sequência oposta de tratamento no Sistema de Saúde Suplementar brasileiro.	A posição pós-terapia de carência androgênica representou a maior parte dos tarifas de tratamento, e os efeitos adversos tiveram baixo impacto nos custos finais. O uso de abiraterona nesse estado diminuiu 7,3% dos custos. A sequência abiraterona e prednisona pós-terapia de privação androgênica, em sequência de enzalutamida pós-quimioterapia, foi dominante em relação a outra; ofereceu menor cotação (R\$ 262.801 versus R\$ 274.165) e efetividade levemente maior, com estimados 3,367 anos de vida proveitos versus 3,282.
Alexandre <i>et al.</i> , 2019	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Aferir benefícios e custos associados a aplicação e não aplicação da vacina pneumocócica conjugada 13-valente PCV13 (Prevenar® 13), na saúde suplementar por meio de uma análise de custo-efetividade.	Custo-efetividade de 90% em um limiar de R\$12.000 por ano de vida associado indicando que PCV13 é eficiente na estratégia utilizadas em pacientes com risco alto, baixo e moderado.
Scaccabaro <i>zzi et al.</i> , 2016	Jornal Brasileiro de Economia em Saúde.	Definir o custo medicamentoso de medicamentos utilizados em psoríase sob perspectivas do setor público e privado, sob respaldo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no Brasil.	Na saúde Suplementar foi apresentada o menor custo resposta do medicamento por ano de tratamento foram: ustequinumabe de PASI 75 (R\$ 66.371), infliximabe (R\$ 139.605), adalimumabe (R\$ 152.501) e etanercepte (R\$ 179.812). No SUS os custos foram: ustequinumabe PASI 75 (R\$ 47.229), infliximabe (R\$ 75.145), adalimumabe (R\$ 90.292) e etanercepte (R\$ 130.523). Mostrando que na saúde suplementar o menor custo resposta apresentou uma efetividade maior quanto a economia envolvida.
Wollmann <i>et al.</i> , 2012	Caderno da Saúde Pública.	Avaliar a percepção de usuários a respeito de operadoras de planos de saúde.	As operadoras foram separadas em dois grupos e os usuários apresentaram preferências por utilização de serviços devido a qualificadores ofertados.

Fonte: Da autora (2023).

No Quadro 1 estão os 22 artigos que compõem este estudo, sistematizados segundo autoria, ano de publicação, local onde o estudo foi publicado, objetivos e resultados encontrados. Observa-se que de maneira geral, os artigos têm como objetivo comparar métricas adotadas em políticas de saúde suplementares e públicas. O resultado são dos mais diversos e demonstram em dados quantitativos e qualitativos comparativos.

Quadro 2 - Síntese das métricas identificadas nos estudos analisados

Resultados Financeiro e Operacionais	Avaliação da Publicidade	Análise Custo-efetividade da assistência prestada
12 estudos	03 estudos	18 estudos

O Jornal Econômico da Saúde publicou 12 dos 22 artigos selecionado para a discussão nos resultados, havendo uma dispersão de autoria. São vistas análises financeiras e operacionais acerca de programas de saúde implementados e comparados quando aplicados em setores público e privados ou só privados. Oliveira *et al.* (2021), em seu artigo “Aplicação do Minichal em um grupo de idosos hipertensos vinculados ao setor de saúde suplementar” discorre sobre a aplicação do instrumento Minichal que mede a qualidade de vida em uma amostra de idosos usuários da saúde suplementar, comparando amostras depois da aplicação do método descrito no estudo. Wollmann *et al.* (2012), analisa também a inserção de métricas avaliativas da publicidade.

No texto “Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas”, Dilélio (2021) constrói uma análise sobre o setor público mensurando a qualidade de serviços ofertados somados a inserção de novas tecnologias em um programa de política de saúde utilizado pelo SUS. Já Diniz (2020), descreve uma análise custo efetiva acerca da assistência prestada a clientes de idade analisando a qualidade do envelhecimento por parte dos planos privados.

Pinto (2020), avalia uma alternativa de acesso para implantar tecnologias referentes ao maior número de pessoas na saúde suplementar evidenciando visões de gestores de saúde como principal destaque no Brasil. A discussão se complementa ao texto “Gestão de custos assistenciais em operadoras de planos de saúde: interface com auditoria do cuidado.” De autoria de Mayer (2020), que além de discutir a adição tecnologia em setores da saúde suplementar adiciona a discussão a necessidade de implementação de auditoria que controle a oferta de serviços e sua qualidade.

Nos estudos encontrados, são pontos em comum de avaliação da qualidade em programas de saúde avaliações da inclusão de tecnologias associadas a segurança e suas evidencias, eficácia e efetividade e a eliminação de procedimentos desatualizados ou insuficientemente eficazes bem como rever e reestabelecer diretrizes com a intenção de racionalizar os procedimentos a fim de eliminar aqueles com utilização incorreta de forma a garantir das ações de promoção e prevenção tenha um alcance eficaz corrigindo falhas de atos

normativos e revogados e avaliando impacto econômico-financeiro das mudanças ampliando a transparência e a acessibilidade na consulta de dados.

A atuação do estado nos últimos anos costurou esses eixos regulatórios, de forma a estender a efetividade das ações regulatórias em todo o sistema de saúde. Outro fator importante métrico, que parte de outro ângulo é a avaliação publicitária, planejar serviços de saúde é delimitar o perfil do usuário, o padrão de serviço que esse usuário busca como serviço a ser recorrido, bem como suas diferentes características. Com todas essas percepções é possível delimitar um sistema de saúde adequado a ser ofertado (WOLLMANN, 2012).

A avaliação matemática ofertada por fatores qualificantes da avaliação publicitária em saúde é demonstrada por Wollman (2012) em que é descrito e definido matematicamente a aplicação de técnicas encontradas no artigo “Avaliação de operadoras de saúde pelo método Analytic Hierarchy Process.”. Ele afirma que nas avaliações dos serviços de saúde saber quando o serviço é acessível é um dos qualificadores, para ofertar um sistema de saúde adequado. O autor afirma que também deve ser somada a essa avaliação a estrutura do serviço ofertado, que incluem as estruturas materiais, humanas, administrativas, normativas, físicas e instrumentais, bem como as fontes que financiam as verbas, os procedimentos e os resultados, avaliando diretamente quais consequências esse serviço prestado gera ao usuário (AZEVEDO, 1991).

Na situação econômica, epidemiológica e social a influência da escolha da localização de atendimento que a empresa oferta faz total diferença. Pensando que o público consumista não possui a mesma faixa etária. Logo, para uma empresa que oferece como serviço planos de saúde é fundamental que haja de antemão uma pesquisa para conhecer o público que irá receber os serviços prestados, bem como seus produtos oriundos do mesmo. Sendo que o público consumidor associa a empresa a projeção de seus objetivos físicos, afetivas, mentais e cognitivas, sendo esses fatores positivos quando bem usados pela empresa para criar um elo publicitário com o público que deseja cativar, podendo criar uma ligação forte e duradora com os consumidores (Bós; Bós, 2004).

A publicidade é uma das vertentes que deve ser analisada, a fim de vislumbrar a efetividade de programas de saúde. Avaliar a forma que a empresa é vista pelos usuários é uma importante métrica a ser constatada.

As empresas de plano de saúde foram analisadas de acordo com atributos julgados pelos usuários como imprescindíveis na escolha de uma empresa de plano de saúde, tais como a localização dos locais de recepção, o impacto direto da logística para condução dos usuários, efetividade dos médicos em seus serviços clínicos ou hospitalares, que tem total impacto no

momento do pronto atendimento e a agilidade e gentileza no atendimento dos usuários da saúde e seus familiares (CAPILHEIRA, 2006).

A outra análise resultante da avaliação dos artigos em métricas de saúde é a comparação de medicamentos utilizados em terapias de doenças específicas e a análise do custo quando escolhida sua implementação e a associação a bons resultados na sua utilização. Serafini *et al.* (2020) pontua no estudo “Custo-efetividade e impacto orçamentário da introdução do cabozantinibe no tratamento de carcinoma de células renais avançado no sistema de saúde suplementar no Brasil”, Santonni *et al.* (2019), dentro da mesma visão discute “Custo-efetividade da empagliflozina em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 com alto risco cardiovascular na perspectiva da saúde suplementar”, ambos autores partem do mesmo princípio de discussão.

Semelhante a ideia dos autores anteriores Piovesan (2017) analisa a efetividade de “Análise de custo-efetividade da toxina onabotulínica A no tratamento preventivo da migrânea crônica sob a perspectiva do sistema privado de saúde do Brasil.” e Santoni (2017) “Custo-efetividade do afatinibe versus pemetrexede associado a cisplatina, erlotinibe e gefitinibe no tratamento de primeira linha de pacientes com câncer de pulmão não pequenas células localmente avançado ou metastático, com mutação do receptor do fator de crescimento epidermoide (EGFR+), na perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar do Brasil”.

Tanaka (2017) já analisa a terapia utilizada como um todo somado a medicação ipilimumabe utilizada no tratamento de melanoma avançado em setores privados, estudo que se assemelha muito com “ Análise de custo-efetividade do acetato de abiraterona associado à prednisona pós-terapia de privação androgênica, seguido de enzalutamida pós-quimioterapia versus a sequência oposta para o tratamento de pacientes com câncer de próstata metastático resistentes à castração sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro”, escrito por Pititto (2017).

Diversos outros autores escrevem sob a mesma ótica comparativa, analisando a efetividade de implementação de um medicamento, de uma determinada doença e avaliando o custo associado a benfeitoria do tratamento. Nesses estudos as análises pesquisam a eficiência do tratamento aplicado e a sobrevivência do paciente quando utiliza o sistema suplementar de saúde. Podemos citar os autores: Fioratti (2018), Alexandre (2019) e Scaccabaro (2016).

Dentre todas as análises, diferem apenas exclusivamente por se tratar de técnicas de parto normal e cesariana eletiva o estudo de Entringuer (2018) “Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar” e oferta custos versus eficiência

nas suas escolhas sob a ótica particular. Santos (2020) sob a ótica terapêutica discorre sobre “Radioterapia intraoperatória com elétrons no tratamento do câncer colorretal localmente avançado submetido a ressecção incompleta: análise econômica sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro” e analisa a vantagem desse tratamento de câncer após cirurgia sob uma ótica particular.

Outro artigo que se difere por tratar de exame laboratorial “Custo-efetividade do uso da biópsia líquida versus biópsia tecidual para detecção de câncer de pulmão de não pequenas células avançado com receptor do fator de crescimento epidérmico e mutação T790M sob a perspectiva do sistema suplementar de saúde do Brasil”, escrito por Santos (2019), conclui que a redução de custos por paciente evitou que uma porcentagem considerável evitasse complicações futuras.

5 CONCLUSÃO

O trabalho revisou a produção científica existente na BVS mostrando uma oportunidade de aprofundar estudos que englobem as vertentes existentes no setor saúde e mais especificamente direcionados a análise de métricas de avaliação que demonstrem a efetividade dos programas de saúde na saúde suplementar.

É preciso aumentar a busca em qualificantes da saúde a fim de ampliar investimentos e diretrizes aplicadas para o aumento do fator qualidade. O aprimoramento de programas deve ser adicionado a políticas de planos de saúde suplementar para melhorar fatores métricos econômicos e de entrega a uma boa qualidade de serviços ofertados. Como a análise se tratou da última década ficaram restritas as informações acerca do desenvolvimento tecnológico e do crescimento financeiro implementados na saúde nesses últimos dez anos, podendo ser impactante quanto a melhoria contínua ofertada.

A análise de diferentes terapias, como radioterapia, análise da cesariana, medicações aplicadas a patologias como diabetes, foram parâmetros existentes em toda a literatura para qualificar a efetividade de funcionamento de serviço por parte dos administradores, gestores, prestadores de serviço clínico e usuários do sistema de saúde a fim de avaliar a qualidade ofertada. As análises dos repasses financeiros, mostraram-se mais qualificadas e eficientes em saúde suplementar de forma que o PIB associado a custo-efetividade de medicamento ou terapêuticas associadas aos cuidados se mostram favoráveis para quem paga um bom plano de saúde.

Financeiramente é visto um bom cenário para investimentos privados e um bom retorno ao PIB melhorando o auto investimento e a economia brasileira no geral, movimentando esse setor. A melhoria da qualidade de tratamento é um resultado da aplicação e análise das métricas escolhidas para o estudo e os resultados são sempre bons, seja para o paciente quanto para a prestadora de serviço suplementar.

Psicologicamente sob ótica do usuário uma melhor oferta de serviço garante um melhor acolhimento para a paciente que está passando por um momento tão delicado no processo saúde-doença. Tanto para o indivíduo quanto para a família, serviços com qualidade resultam em uma maior perspectiva de sobrevida associada a bons medicamentos e boas técnicas terapêuticas.

No intuito de contribuir com aprofundamento do tema, sugere-se o aprofundamento em pesquisas futuras para as temáticas dos 02 artigos que não confirmaram a hipótese deste estudo.

REFERÊNCIAS

ABELHA, M. C. **Avaliação dos indicadores de desempenho na gestão de operações de serviços de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Tese de Mestrado, 2012.

ACZÉL, J.; SAATY, T. L. Procedures for synthesizing ratio judgements. **J Math Psychol.** 1983;27(1):93-102. DOI:10.1016/0022-2496(83)90028-7

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa da Saúde complementar**. 2021. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/qualificacao/materia.htm>>. Acesso em: 28 de outubro 2022.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública.** 1991;25(1):64-71. DOI:10.1590/S0034-89101991000100013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde no setor suplementar**: evolução e avanços do processo regulatório/ Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2009.80 p.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 28 de outubro 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 1998. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em: 28 de outubro 2022.

BERTOLLI, C. F. **História de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BLANCO, M. C. **Aplicación del analitic process em la medida de la imagen de marca de servicios** [tese de doutorado]. Leon: Universidad de Leon; 1996.

BÓS, A. M.G.; BÓS, A. J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública.** 2004;38(1):113-20. DOI:10.1590/S0034-89102004000100016

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Rev Saúde Pública.** 2006;40(3):436-43. DOI:10.1590/S0034-89102006000300011

DINIZ, J. A. *et al.* Longevidade e custo da assistência: o desafio de um plano de saúde de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 10 [Acessado 30 Outubro 2022], pp. 4045-4054. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.15562018>>.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.** México: La Prensa Mexicana, 1984.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Cost-effectiveness analysis of natural birth and elective C-section in supplemental health. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 52 [Accessed 30 October 2022], 91. Available from: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000373>>

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 09-11, mar. 2014. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622014000100001&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 02 novembro de 2022

FACCHINI, L. A. *et al.* Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 30 Outubro 2022], pp. 208-223. [Acessado 30 Outubro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>.

FIORATTI, C. R. *et al.* Custo-efetividade do esquema com daratumumabe, bortezomibe e dexametasona em comparação com terapias à base de carfilzomibe, elotuzumabe e ixazomibe para o tratamento de mieloma múltiplo recidivado e refratário na perspectiva de um pagador do sistema de saúde suplementar brasileiro. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde.** 10. 148-156. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em: 10.21115/JBES.v10.n2.p148-156.

GODOY, J. A. *et al.* Satisfaction with care in a Brazilian psychiatric inpatient unit: differences in perceptions among patients according to type of health insurance. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy** [online]. 2019, v. 41, n. 1 [Accessed 30 October 2022], pp. 27-35. Available from: <<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0156>>.

IBGE, I. B. D. G. E. E. **Conta Satélite da Saude: 2010-2019.** Rio de Janeiro: IBGE, v. 71, 2022. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101928>>. Acesso em: 25 out. 2022.

IBGE, I. B. D. G. E. E. **Projeção da população do Brasil e das unidades de Federação.** IBGE, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso em: 23 out. 2022.

LISBOA, M. D. B.; MENEZEZ-FILHO, N. A. **Microeconomia e Sociedade no Brasil.** Rio de Janeiro: FGV/RJ, 2001.

LIMA, N.O.; JUNIOR, C.B.O. Regulação e Direito do Consumidor: um enfoque publicista sobre o direito consumerista. **Revista Jus Vigilantibus**, 2009. Disponível em: <<http://jusvi.com/artigos/39826/2>>. Acesso em: 28 out. 2022.

MANSO, M. E. G. *et al.* Analysis of quality of life and associated factors in a group of elderly persons with supplemental health plans in the city of São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online]. 2019, v. 22, n. 04 [Accessed 30 October 2022], e190013. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190013>>. Epub 24 out. 2019.

MARCOS, S. *et al.* Custo-efetividade do uso da biópsia líquida versus biópsia tecidual para detecção de câncer de pulmão de não pequenas células avançado com receptor do fator de crescimento epidérmico e mutação T790M sob a perspectiva do sistema suplementar de saúde do Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia em Saúde**. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em: 10.21115/JBES.v10.n3.p262-8

MAYER, B. L. *et al.* Gestão de custos assistenciais em operadoras de planos de saúde: interface com auditoria do cuidado. **Nursing (São Paulo)**, 23(264), 3952–3965. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i264p3952-3965>

MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. **Saúde coletiva: um campo em construção**. 1º. ed. Curitiba: InterSaber, 2012.

MARÍLIA, A. N. E. **Políticas de Saúde**. [S.l.]: Instituto Formação, 2014. Disponível em: <<https://www.ifcursos.com.br/infra-estrutura/>>.

NASCIMENTO, J. M. D. **O direito à saúde no Brasil exercido através da judicialização da saúde: do subfinanciamento crônico ao desfinanciamento progressivo**. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em saúde coletiva), 2010. 296 p.

OCDE. **Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento**. Relatório sobre a reforma regulatória. OCDE, 2008.

OLIVEIRA, H. S. B.; DE JESUS, L. S.; DE GINO, D. R.; Manso, M. E. G. (2020). Application of MINICHAL in a group of elderly hypertensive pertaining to the supplemental health sector. **PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, 8(1), e35631. [Acessado 30 Outubro 2022]. Disponível em <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.35631>

PALETTA, G. R. *et al.* Custo-efetividade do uso do dispositivo de by-pass trabecular (iStent® Trabecular MicroBypass) associado a cirurgia de catarata para o tratamento conjunto do glaucoma primário de ângulo aberto e da catarata sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. 12. 109-120. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em: 10.21115/JBES.v12.n2.p109-20.

PEREIRA, S. S. S. **Qualitativo Análise da Saúde Suplementar no Brasil**. Monografia do Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública

PINTO, D. **Compartilhamento de Risco na Saúde Suplementar Brasileira**. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em: 10.21115/JBES.v12.n2.p0-0.

POHL, H. *et al.* Qualidade de vida: impactos de um programa de promoção da saúde do setor de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, suppl 2 [Acessado 30 outubro 2022], pp. 3599-3607. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.20552019>>.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet Brazil Series Working Group**, Volume 377, Issue 9779, 21-27 maio 2011. 1778-1797. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611600548>>. Acesso em: 23 out. 2022.

PALETTA, G. R. *et al.* Custo-efetividade do uso do dispositivo de by-pass trabecular (iStent® Trabecular MicroBypass) associado a cirurgia de catarata para o tratamento conjunto do glaucoma primário de ângulo aberto e da catarata sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. 12. 109-120. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em:10.21115/JBES.v12.n2.p109-20.

PEREIRA, S. S. S. **Qualitativo Análise da Saúde Suplementar no Basil**. Monografia do Curso de Especialização em Gestão Pública da Escola Nacional de Administração Pública

PINTO, D. **Compartilhamento de Risco na Saúde Suplementar Brasileira**. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em:10.21115/JBES.v12.n2.p0-0.

POHL, H. *et al.* Qualidade de vida: impactos de um programa de promoção da saúde do setor de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, suppl 2 [Acessado 30 outubro 2022], pp. 3599-3607. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.20552019>>.

PAIM, J. S. **Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.**, Brasil, 2003. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6168>>. Acesso em: 2022 outubro 23.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. México, 18, 2002. 971-989. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/WjrGCK7wy788dSq3LnjyJpH/?lang=es>>. Acesso em: 23 outubro 2022.

PIOLA, S. F. *et al.* **SAÚDE NO BRASIL: Algumas Questões Sobre O Sistema Único De Saúde (Sus)**. Brasília-DF: Cepal, 2009. Disponível em: <<http://www.cepal.org/brasil/>>. Acesso em: 23 out. 2022.

PIOVESAN, E. J.; CADECARO, P.; PEPE, C. Análise de custo-efetividade da toxina onabotulínica A no tratamento preventivo da migrânea crônica sob a perspectiva do sistema privado de saúde do Brasil. **J Bras Econ Saúde** 2017;9(Suppl 1):71-80.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pesquisa revisão**, Brasil , 2004. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 23 out. 2022.

SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A saúde suplementar e o modelo assistencial brasileiro: situação atual e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, 2008.

SERAFINI, P. R. *et al.* Custo-efetividade e impacto orçamentário da introdução do cabozantinibe no tratamento de carcinoma de células renais avançado no sistema de saúde suplementar no Brasil. **Jornal brasileiro economia em saúde** . v.12 (1), 2020

SANTOS, M. Radioterapia intraoperatória com elétrons no tratamento do câncer colorretal localmente avançado submetido a ressecção incompleta: análise econômica sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar brasileiro. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. 12. 66-[Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em:70. 10.21115/JBES.v12.n1.p66-70.

SANTONI, N. *et al.* Custo-efetividade da empagliflozina em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 com alto risco cardiovascular na perspectiva da saúde suplementar. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**. 11. 49-56. [Acessado 30 Outubro 2022] Disponível em: 10.21115/JBES.v11.n1.p49-56.

SAATY, T. L. **The Analytic Hierarchy Process**. New York: McGraw-Hill International; 1980.

SAATY, T. L. **Método de Análise Hierárquica**. WS Silva, tradutor. São Paulo: McGraw-Hill; 1991.

SIGERIST, H. E. **The University at the Crossroads**. Addresses and Essays. Nova Iorque: Henry Schuman, 1946.

SILVA, A. A. **Relação entre planos e operadoras de Saúde e prestadora de serviços**. Um novo relacionamento estratégico. [S.l.]: Forum da Saúde Suplementar do Ministério da Saúde e da Agencia Nacional de Saúde Suplementar., 2016.

TEIXEIRA, S. M. F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista da Administração Pública**, Brasil, v. 21 n. 4 (1987), 19 julho 1987. 94-115. Disponível em: <Recuperado de <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9610>>. Acesso em: 23 out. 2022.

VICTORA, C. G. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet Brazil Series Working Group.**, 11 junho 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561659/>>. Acesso em: 23 out. 2022.

WHO. W. H. O. **Public spending on health: a closer look at global trends**. Geneva : WHO, 2018.