



Como a Saúde 4.0 poderá impactar a saúde suplementar?

LEONARDO JUSTIN CARÂP

"NADA É PERMANENTE, EXCETO A MUDANÇA."

Heráclito (500 a.C.)

Nesse ano em que a Lei 9.656/98 (em vigor desde janeiro de 1999) caminha para completar a sua "maioridade", alguns indícios vêm demonstrando a necessidade de se promover uma ampla discussão em torno da realidade atual do mercado de planos privados de saúde, dos impactos decorrentes das transformações

criadas pela Indústria 4.0 e, mais especificamente, dos desafios e oportunidades surgidos a partir do que se estipulou chamar de "Saúde 4.0", com seus reflexos sobre as seguradoras e demais operadoras privadas de planos de saúde (OPS), prestadores, financiadores, reguladores e todos os envolvidos.

Essa discussão se faz importante para que as perspectivas de futuro possibilitem desenhar cenários que preservem os ganhos obtidos até aqui – que não foram poucos – e que sejam capazes, também, de trazer respostas efetivas aos desequilíbrios observados ao longo do tempo. Muitos destes, aliás, foram gerados em função da pressão das práticas diárias atuando sobre os processos de tomada de decisão nesses quase 21 anos de aprendizagem e amadurecimento.

Os tempos atuais, carregados de novas necessidades e expectativas, demandam que os diversos *players* desse mercado, inclusive consumidores individuais e compradores corporativos, possam interagir mais em busca de consensos que tragam ganhos para todos.

Das “atualizações” que parecem premer as empresas de planos de saúde para incorporação dos modelos de negócios vigentes e diferentes práticas de atenção à saúde, destacam-se aquelas referentes à centralidade conquistada pelos clientes (ou beneficiários ou pacientes ou consumidores) e à capacidade de gestão das informações para finalidades clínicas e administrativas. Esta última foi conquistada pelas operadoras a partir da sistematização do tratamento dado à profusão de dados gerados e pelo desenvolvimento contínuo de ferramentas para o seu manuseio, cada vez mais efetivas e acessíveis.

O reconhecimento da “centralidade do cliente” nos processos assistenciais e na cadeia de valor das empresas de saúde tem obrigado os seus gestores a desenvolver novos olhares e formas de relacionamento com os beneficiários. Contudo, apesar de uma evolução positiva ao longo do tempo, parecem existir saltos disruptivos com o abandono de antigos paradigmas.

As pesquisas de satisfação, por exemplo, eram bastante abrangentes e frequentemente buscavam avaliar itens técnicos para os quais até hoje se discute se havia clareza e capacidade por parte dos clientes para proceder à sua avaliação. Estas eram invocadas e utilizadas em esporádicos esforços institucionais, mas nem sempre conseguiam ser suficientemente consideradas para influenciar as decisões das diretorias.

O desenvolvimento de um novo modelo de avaliação da experiência do cliente no início dos anos 2000 passou a ocupar um lugar de destaque na agenda dos dirigentes como fator relevante para análise das perspectivas de sucesso e consequente potencial para a continuidade e crescimento das empresas.

O setor saúde importou esse modelo de avaliação da satisfação utilizado inicialmente em outras indústrias (como

O reconhecimento da “centralidade do cliente” nos processos assistenciais e na cadeia de valor das empresas de saúde tem obrigado os seus gestores a desenvolver novos olhares e formas de relacionamento com os beneficiários.

quase sempre acontece nessa área): o *Net Promoter Score* (NPS), um modelo de cálculo do impacto da satisfação do cliente em sua experiência e que define a sua capacidade de promover ou detratar a empresa. É feita uma pergunta crucial, podendo ser adaptada ou personalizada, mas que em essência corresponde a: “Qual a probabilidade de você recomendar a nossa empresa a um colega, amigo ou familiar?”

Numa escala de 0 a 10, na qual apenas os que respondem 9 ou 10 são promotores (de 0 a 6 são detratores, enquanto 7 e 8 são neutros), faz-se o cálculo conforme a metodologia desenvolvida. Esta demonstra, com base na capacidade de influência do percentual de promotores frente ao percentual de detratores ($NPS = \% \text{ promotores} - \% \text{ detratores}$), em que situação está a empresa ou serviço avaliado, segundo a experiência dos clientes em sua utilização.

A classificação resultante mostra quatro zonas nas quais a organização estará enquadrada:

- Zona de excelência (entre 75% e 100%) – alto índice de clientes promotores;
- Zona de qualidade (entre 50% e 74%) – porcentagem de clientes neutros e promotores é maior que de detratores;
- Zona de aperfeiçoamento (entre 0% e 49%) – predominância de clientes detratores e neutros;
- Zona crítica (entre -100% e -1%) – alto índice de clientes detratores.



É um modelo que dá uma visão simples e rápida aos gestores e executivos sobre a situação geral da empresa e sua imagem junto aos clientes, sem, contudo, especificar falhas. Ou seja, não aponta um norte para planos de ação corretivos, o que deverá ser obtido com outras ferramentas, mas reflete a percepção do cliente sobre o valor que a companhia entrega.

Boa parte dos prestadores de serviços e mesmo alguns administradores das organizações e sistemas de saúde já desenvolveram a sensibilidade necessária para lidar com o modelo que toma como referência o paciente. Sua centralidade baliza a oferta de serviços, gestão dos cuidados de saúde e jornada em processos terapêuticos e relações desenvolvidas, assim como a sua experiência individual resultante das etapas descritas. Isso se deu em razão da percepção sobre a importância de que os pacientes assumam maior participação nas decisões acerca das suas próprias condições de saúde e processos terapêuticos inerentes, gerando o fortalecimento do seu protagonismo e de suas responsabilidades nos resultados, os quais tendem a ser melhores – tanto para o cliente quanto para a organização de saúde.

Sob essa influência e buscando maior efetividade para suas organizações, os administradores de sistemas privados de atenção à saúde e os profissionais prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar passaram a avaliar e a questionar se a tutela e tutoria exacerbadas que sempre caracterizaram o modelo predominante de cuidados de saúde eram a melhor alternativa para a obtenção dos resultados desejados. Os estudos sobre itinerários terapêuticos dos pacientes forjaram modelos úteis para a geração de conhecimento acerca dos processos existentes, das decisões e comportamentos dos beneficiários e do seu impacto nos desfechos de saúde.

Líderes do setor saúde – desde os formuladores de políticas e reguladores até as empresas operadoras e as organizações prestadoras de serviços – concordam, pelo menos em parte, que é preciso abandonar os antigos paradigmas que já não conseguem responder aos desafios das novas necessidades, expectativas e desejos da maioria dos *players* desse mercado, abraçando as oportunidades criadas pelas atuais tecnologias e formas de relacionamento desenvolvidas.

Sob a égide de novas e poderosas ferramentas de comunicação e de gestão da informação, modelos já antigos e consolidados de atenção à saúde, há muito propugnados pelos seus profissionais como sendo a forma mais adequada de gestão em relação aos grupos populacionais e seus pacientes, começam a figurar na agenda dos dirigentes e

dos formuladores de políticas e estratégias para as OPS como uma alternativa viável, capaz de responder à pressão de custos e à baixa efetividade que ameaçam permanentemente os resultados de suas empresas.

Assim, ao que parece, a Atenção Primária à Saúde (APS), que ainda não havia conseguido as melhores condições para que se tentasse a sua implantação na gestão de planos privados, surge finalmente como prestigiosa opção para ganhos de governabilidade, agora apoiada pelo desenvolvimento e adoção das tecnologias de informação.

As redes sociais e os *smartphones* tonaram-se a base para a democratização das comunicações e o seu uso apropriado pode motivar e entregar inestimável valor nas questões referentes à gestão da saúde populacional, conforme já se verifica mundo afora.

A Internet das Coisas (*IoT*) e os dispositivos de monitoramento vestíveis (*wearables*), associados ao uso de Inteligência Artificial (*AI*) no tratamento de grandes volumes de dados (*Big Data*), permitirão, enfim, que as empresas operadoras passem a administrar a saúde de sua população de beneficiários com efetividade e uso eficiente de recursos.

Conforme o pensamento externado pelo Dr. Aviv S. Gladman, um dos líderes em estudos de *IoT* nas Américas e chefe do Departamento de Informação Médica na Mackenzie Health, em Toronto, Canadá: “Talvez nenhuma indústria detenha tantas promessas para o uso da *IoT* quanto a saúde. Na verdade, alguns a veem como a força rompedora que irá revolucionar os tratamentos e melhorar a saúde do paciente no século XXI.”

Significa que as inovações desenvolvidas na Indústria 4.0 abrirão perspectivas interessantes para que se chegue à Saúde 4.0, ainda incipiente. A gestão financeira e de controle de sinistralidade, que são a tônica dos modelos em curso, poderão contar com importantes reforços estratégicos e operacionais para que os novos conhecimentos favoreçam habilidades e atitudes que até aqui pareciam desnecessárias, mas que, sem dúvida, definirão um divisor de águas entre as empresas pioneiras e as que virão a reboque.

O triângulo composto pelas operadoras, prestadores e beneficiários se caracteriza, entre outras coisas, pela existência do “terceiro pagador”. Atualmente, os delicados processos decorrentes das relações entre OPS, clientes e prestadores podem ser vistos como os responsáveis por conflitos e a insatisfação de todos. A aposta em novos conceitos e modelos de relacionamento adotados entre as partes, notadamente a introdução do Médico de Atenção

Primária (PCP), apresenta um importante componente de pacificação de muitos dos conflitos atualmente verificados.

Pode-se até mesmo arriscar a ideia, a confirmar, de que o modelo tem forte potencial para a redução dos processos judiciais que hoje refletem de forma sensível a fragilidade do relacionamento entre as partes.

A introdução do modelo de gestão de saúde baseado na atenção primária, programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, com especial potencialização nas relações com os clientes em função da proximidade, conhecimento e responsabilização dos PCP, poderá representar um novo alento para as OPS e clientes. Ainda, o reforço decorrente da larga utilização do arsenal de tecnologia de informação e comunicação permitirá o acompanhamento e análise dos desfechos clínicos e da gestão administrativa, agregando valor para todos os envolvidos.

Entretanto, a dinâmica referente ao modelo é baseada em paradigmas que, se não são originais (APS), ao menos ainda são novidade nesse mercado privado de planos de saúde. Logo, há necessidade de uma curva de aprendizagem para que os resultados alcançados sejam avaliados, o que pressupõe um apoio regulatório e acompanhamento institucional ao longo do tempo, para que os aperfeiçoamentos possam surgir e eventuais reconversões não incidam em punições e multas que só se justificam em processos já estabilizados e pacificados.

Nesse sentido, talvez o maior desafio que se apresenta para a adoção e implementação desse modelo de gestão da atenção à saúde e da assistência médico-hospitalar seja o cenário de muitas regulamentações profissionais pelos conselhos de classe, assim como as regras e normas definidas pela Lei 9.656/98 e suas alterações.

Um bom exemplo é a questão da telemedicina, cuja regulamentação pelo Conselho Federal de Medicina, mesmo com a melhor das intenções e a clara tentativa de proteger o cidadão contra uma prática inadequada da profissão, termina por fechar os olhos aos modelos exitosos existentes e às possíveis vantagens de se manter um contato estreito com os pacientes, “a tempo e horas”, especialmente nos grandes centros com baixa mobilidade urbana.

Há uma concordância geral acerca dos benefícios gerados pela lei em tela e a defesa que representou para a sociedade que, à época, ficava à mercê de todo tipo de produtos e serviços que surgiam e sumiam sem que houvesse um mecanismo efetivo de proteção ao consumidor. Até mesmo o Código de Defesa do Consumidor estava em seus pródromos, tendo participado desse aprendizado ao longo dos anos.



Em que pese a proteção pretendida pelos legisladores e reguladores, não se observa que os desníveis informacionais ainda demandem a mesma tutela que caracterizou a implantação da lei. A difusão de informações pelas redes sociais e a maior capacidade de comunicação entre os consumidores faz com que, transcorridos 21 anos de execução desse forte instrumento normativo, seja viável ensejar uma reflexão coletiva acerca da complexidade e das dimensões tomadas pelo modelo regulatório, avaliando o espaço existente para uma flexibilização da normalização vigente que traga maior valor para todos os envolvidos, OPS, prestadores e consumidores.

Por fim, a geração e o desenvolvimento de novos conhecimentos deverão dizer respeito à capacidade de obter parcerias, por exemplo, com a Academia, conselhos profissionais, agência reguladora (ANS) e sociedade organizada. O intuito é aperfeiçoar a capacidade de regulação, tornando-a mais efetiva e adequada aos tempos atuais, seus novos desafios e tecnologias. ●

LEONARDO JUSTIN CARÂP

Médico. Doutor em Engenharia de Produção pela COPPE- UFRJ. Mestre em Administração de Empresas pela EAESP-FGV; Especialista em Gestão de RH pela EBAPE-FGV. Professor da Universidade Federal Fluminense; Médico do Ministério da Saúde e diretor técnico da Qualimed Planejamento & Gestão de Serviços de Saúde. leocarap@hotmail.com