UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

JOSEVANE APARECIDA BARBOSA DOMINGOS

VERTICALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA EM UMA OPERADORA PRIVADA DE SAÚDE, ENTRE SERVIÇO PRÓPRIO DE ONCOLOGIA E REDE TERCEIRIZADA.

São Paulo

2018

Josevane Aparecida Barbosa Domingos

VERTICALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA EM UMA OPERADORA PRIVADA DE SAÚDE, ENTRE SERVIÇO PRÓPRIO DE ONCOLOGIA E REDE TERCEIRIZADA.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof. Dr.Antonio Pires Barbosa

São Paulo

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Domingos, Josevane Aparecida Barbosa.
Verticalização: uma análise comparativa em uma operadora privada de saúde, entre serviço próprio de oncologia e rede terceirizada. / Josevane Aparecida Barbosa Domingos. 2018.
74 f.
Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2018.
Orientador (a): Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa.

1. Gestão em saúde. 2. Verticalização de serviços de saúde. 3. Custos em saúde. 4. Assistência médico-hospitalar. 5. Oncologia.

I. Barbosa, Antonio Pires. II. Titulo

CDU 658:616

JOSEVANE APARECIDA BARBOSA DOMINGOS

VERTICALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE COMPARATIVA EM UMA OPERADORA PRIVADA DE SAÚDE, ENTRE SERVIÇO PRÓPRIO DE ONCOLOGIA E REDE TERCEIRIZADA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Gustavo Maximiliano Dutra da Silva – Universidade São Francisco - USF

Prof. Dr. Mario Ivo Serindlli – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Eliseth Ribeiro Leão-Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein-IIEP Albert Einstein (Suplente)

Prof. Dr. Olimpio Jose Nogueira Viana Bittar – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 20 de agosto de 2018.

Dedico esse trabalho a todos aqueles
que contribuíram de alguma forma para
a sua construção e a minha família, meu
alicerce e minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio incondicional a todos meus projetos e sonhos. Ao meu querido e amo esposo Gustavo, que durante toda essa jornada, foi paciente, benevolente e companheiro.

Ao meu orientador e grande mestre, professor Pires, que com sua calma, paciência e generosidade dividiu comigo seus conhecimentos e me incentivo a ir além.

Aos meus professores do mestrado, que contribuíram para o meu desenvolvimento, dividindo valiosos conhecimentos. Aos meus amigos do trabalho, que me apoiaram e me ajudaram no desenvolvimento desse trabalho.

E a Queli, secretária do mestrado Gestão em Sistemas de Saúde, por sua lealdade, zelo e por nunca medir esforços para ajudar um aluno.

Minha eterna gratidão!

RESUMO

A fragmentação da rede e a falta de comunicação dos serviços de saúde levam usuários a uma peregrinação por atendimento de saúde, ainda assim, quando os beneficiários se sentem seguros em um serviço, por muitas vezes esse não é capaz de suprir todas as demandas que o processo saúde-doença exige. Pensando em pacientes oncológicos, esses sejam talvez, os que mais dependem de um cuidado holístico e de uma rede interligada. O objetivo deste trabalho foi estudar a reestruturação de rede de uma operadora de saúde suplementar, que vem implementando estrutura vertical no serviço oncológico de saúde oferecido. Foram adotadas as abordagens - qualitativa e quantitativa - e o método, um estudo de caso único. Na abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas estruturadas, elaboradas por um construto baseado em pressupostos e no referencial teórico com os gestores diretamente envolvidos na implantação da estrutura vertical. Para a avaliação dos dados e compilação dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo, onde agrupando as perguntas por semelhança foram criadas categorias. Uma vez que a operadora de saúde possui uma rede de prestadores ampla na cidade de São Paulo, que atendem pacientes oncológicos, e as solicitações de quimioterapia demandam desses diversos prestadores e cada prestador pratica um valor diferente para atendimento assemelhado, nem sempre contemplando todas as necessidades dos pacientes, na abordagem quantitativa foi realizado levantamento das solicitações de quimioterapia de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018 para pacientes com câncer de mama e próstata e comparado o valor da quimioterapia em rede de prestadores e em serviço próprio. Esse comparativo foi analisado com o auxílio do *software* microsoft® Excel para Windows 2007. Os resultados obtidos demonstram que a infusão de quimioterápicos em serviço próprio para tratamento de câncer de mama e próstata pode ser 17% e 7% respectivamente mais barato que o mesmo serviço oferecido em rede terceirizada, e que a implantação da estrutura vertical em saúde proporciona uma maior integração entre os profissionais envolvidos, maior responsabilidade assistencial e propicia a troca de conhecimentos, o que fortalece o serviço prestado.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, verticalização de serviços de saúde, custos em saúde, assistência médico-hospitalar, oncologia, estrutura vertical.

ABSTRACT

The fragmentation of the network and the lack of communication of the health services lead users to a pilgrimage for health care, yet when the beneficiaries feel secure in a service, in many cases it is not able to meet all the demands that the health-disease process requires. Thinking about cancer patients, these are perhaps the ones most dependent on holistic care and an interconnected network. The objective of this study was to study the network restructuring of a supplementary health care provider, who has been implementing vertical structure in the oncological health service offered. The qualitative and quantitative approaches were adopted and the method was a single case study. In the qualitative approach, structured interviews were carried out, elaborated by a construct based on assumptions and in the theoretical reference with the managers directly involved in the vertical structure implementation. For the evaluation of the data and compilation of the results we used the content analysis, where grouping the questions by similarity categories were created. Since the health care provider has a wide network of providers in the city of São Paulo, who attend cancer patients, and requests for chemotherapy demand from these various providers and each provider practices a different value for similar care, not always contemplating all the needs of the patients, in the quantitative approach was carried out a survey of the chemotherapy requests from December 2017 to February 2018 for patients with breast and prostate cancer and compared the value of chemotherapy in network of providers and in own service. This comparison was analyzed with the help of microsoft® excel software for windows 2007. The results obtained demonstrate that the infusion of chemotherapy in service for treatment of breast and prostate cancer can be 17% and 7%, respectively, cheaper than the same service offered in an outsourced network, and that the implementation of the vertical structure in health provides a greater integration among the professionals involved, greater care responsibility and provides knowledge exchange which strengthens the service provided.

Keywords: Health Management, verticalization of health services, health costs, medical-hospital care, oncology, vertical structure.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Níveis de atenção à saúde.....36

Figura 2. Fluxograma de solicitação de autorização de procedimentos.....42

Figura 3. Distribuição de solicitações de acordo com os CIDs: C50 e C61.....49

Figura 4. Distribuição de solicitações de quimioterapia para câncer de mama e próstata, por faixa etária.....51

Figura 5. Valor do tratamento para câncer de próstata na rede terceirizada VS rede própria..54

Figura 6. Valor do tratamento para câncer de mama na rede terceirizada VS rede própria.....55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Medicamentos oncológicos para tratamento de CA de mama e próstata indisponíveis no SUS.....34

Tabela 2. Fragmentação dos setores de saúde e suas consequências.....37

Tabela 3. Construto utilizado para elaboração das questões – Gestão operacional.....44

Tabela 4. Distribuição das solicitações de tratamento para câncer de próstata de acordo com a modalidade de tratamento.....50

Tabela 5. Distribuição das solicitações de tratamento para câncer de mama de acordo com a modalidade de tratamento.....50

Tabela 6. Valorização do tratamento para câncer de próstata, de acordo com a modalidade do tratamento, prestadores VS rede própria.....52

Tabela 7. Valorização do tratamento para câncer de mama, de acordo com a modalidade do tratamento, prestadores VS rede própria.....53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Aprovação Acelerada

ADT - Terapia por Privação de Androgênio

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CA - Câncer

CID - Classificação Internacional de Doenças

CMDE - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DANT - Doenças e Agravos não Transmissíveis

EN - Entrevistado

ER - Receptor de Estrogênio

FDA - *Food and Drug Administration*

IMRT - Radioterapia por Modulação de Intensidade

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS - Ministério da Saúde

OECD - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPME – Órtese, Prótese e Materiais Especiais

P&D - Pesquisa e Desenvolvimento

PCDT - Protocolos Clínicas e Diretrizes Terapêuticas

PSA - Antígeno Prostático Específico

RA - Aprovação Regular

RCT - 3D - Radioterapia Conformacional Tridimensional

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RN - Resolução Normativa

SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

TISS - Troca de Informação de Saúde Suplementar

TNM - Classificação dos Tumores Malignos

TUSS - Tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

UF - Unidade Federativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA 19

1.1.1 Questão de Pesquisa 22

1.2 OBJETIVOS 22

1.2.1 Geral 22

1.2.2 Específicos 22

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA 23

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO 24

2 REFERENCIAL TEÓRICO 25

2.1 TRATAMENTO ONCOLÓGICO 25

2.1.2 MODALIDADES DE TRATAMENTO: CÂNCER DE MAMA E DE PRÓSTATA 27

2.2 INCORPORAÇÃO DE NOVAS DROGAS E O VALOR AGREGADO 30

2.3 A ESTRUTURA VERTICAL EM SAÚDE 35

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 41

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 41

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS 43

3.2.1 Análise Qualitativa 43

3.2.2 Análise Quantitativa 47

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS 48

4 RESULTADOS DA PESQUISA 49

4.1 ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES QUIMIOTERÁPICA E ANÁLISE QUANTITATIVA 49

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA 55

4.2.1 Concepção de implantação da estrutura vertical em saúde.....55

4.2.2 Concepção de melhoria de resultados.....56

4.2.3 Concepção de envolvimento.....57

4.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....57

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA.....65

5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURAS.....65

REFERÊNCIAS 67

1 INTRODUÇÃO

A manutenção e a promoção da saúde de uma população são temas amplamente discutidos pela sociedade, e, por mais diferenciado que sejam os aspectos de saúde e a formalização da atenção prestada, o objetivo de restaurar, proteger e promover a saúde é unânime em todas as nações (Júnior & Messias, 2016). A saúde do Brasil tem por característica a regulação pelo Estado, pela prestação de serviço, financiamento da provisão de serviços e regulação do mercado de saúde, estabelecendo normas, preços e padrões a serem seguidos (França, 2014). A trajetória histórica se iniciou na década de 1930, quando no Brasil, o Estado promovia ações coletivas, com o intuito de controlar as endemias que prejudicavam o avanço da economia agroexportadora. O Estado não interferia na política trabalhista social, a assistência médica não era de interesse público, o Estado abdicava do papel regulador (França, 2014).

Na década de 1960 o setor privado de saúde, vinculado às caixas de pensões e à suplementação do serviço de saúde público, oferecido pelo Estado, crescia exponencialmente, sendo o mais lucrativo o setor hospitalar, já que 73% dos leitos do país eram de origem privada e desta parcela, 34% tinham finalidade lucrativa. Só após a década de 1970, com a chegada de uma crise econômica, começou-se a pensar em controle dos custos (França, 2014).

Menicucci (2014), destacou que a assistência à saúde ao setor produtivo organizou em 1977, com consolidação das caixas de assistência e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com uma clientela definida: funcionários de empresas e aposentados. A assistência à saúde se vinculava ao trabalho formal, tendo como característica de seguro e não de direito de cidadania. Segundo Weyland (1995), o Ministério da Saúde (MS) supervisionava o INAMPS devido a sua ligação com cuidados em saúde, uma vez que sua finalidade era atuar em serviços curativos, cujo financiamento era bem generoso, feito por meio de impostos da segurança social, diferentemente do financiamento do MS que era escasso. Assim cabia ao Ministério da Saúde ações coletivas de assistência básica, enquanto a previdência social, a saúde curativa restrita aos segurados.

No entanto, na década de 1980, surgiu a necessidade de se aumentar o atendimento à saúde para setores e regiões sem cobertura e, se iniciou um movimento, com o intuito de melhorar a assistência médica no país, prevendo a descentralização, regionalização, hierarquização e a democratização da saúde (universalização do acesso), processo esse que culminou na reforma

sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988 (França, 2014; Mendes, 2013; Paim, Travassos, Almeida, Bahia, e Macinko, 2012).

Segundo Paim, *et al* (2012), o SUS foi criado por meio da Lei n. 8080 de 1990, tendo como finalidades promover ações de promoção à saúde, vigilância em saúde, educação sanitária e garantir continuidade de tratamento nos níveis básicos, médios e de alta complexidade, por meio de financiamento de pagamento de impostos, contribuições sociais, gastos direto e gastos dos empregadores de saúde.

No entanto, as fontes de financiamento não conseguiram garantir à população assistência a saúde da forma que foi prevista na criação do SUS. Isso se deveu ao fato de que o SUS é o maior programa de inclusão já feito, e que já conquistou grandes avanços, mas que ainda possui grandes desafios a ultrapassar, por se tratar de um sistema universal, que assiste a todos os brasileiros sem nenhuma distinção (Mendes, 2013). O SUS é referência em muitos dos seus programas tanto pela alta complexidade, como pela baixa complexidade, a citar o programa de transplante de órgãos e tecidos e programa nacional de imunização (Mendes, 2013).

Ainda, na tentativa de solucionar problemas estruturais, econômicos e de gestão, e pensando na organização da rede de serviços de saúde e na concepção da efetivação dos princípios da universalidade de acesso, equidade e integralidade do cuidado no SUS, em 2006, foi publicado a portaria n. 399 do Ministério da Saúde (MS), que trouxe as diretrizes pelo Pacto pela Saúde (Medeiros & Gerhardt, 2015).

Para Moreira, Ribeiro, Ouverney (2017), a descentralização do SUS conferiu aos Estados e Municípios maior participação na gestão e na implementação de políticas públicas, voltadas a realidade de cada Estado. Assim, a reorganização de rede, com o objetivo de reduzir a fragmentação das ações e serviços em saúde, passou a depender significativamente dos contextos políticos-institucionais.

Embora o MS tenha tomado medidas para desburocratizar o SUS e torná-lo mais eficiente e independente em cada Unidade Federativa (UF), suas potencialidades não foram suficientes para evitar a segmentação que vivia o setor de saúde no país (Medeiros & Gerhardt, 2015). Mendes (2013), apontou que os gastos públicos nesta área não eram suficientes para garantir a consolidação do SUS, como direito de todos e dever do Estado. Tal situação acarretou no fracionamento do sistema de saúde brasileiro, que pôde implicar num sistema à saúde para as classes mais pobres, com o setor privado atendendo as classes médias e ricas (Mendes, 2013). A implantação do SUS e

as discussões da assistência médica suplementar ocorreram simultaneamente, o que, novamente, se refere à dissociação da saúde de um sistema único em sistemas distintos (Menicucci, 2014).

De acordo com Santos, Ugá e Porto (2008), apesar de se tratar de um sistema nacional de saúde, o SUS conta com um financiamento que é minoritariamente público (43,8%) e uma prestação predominantemente privada, na qual 68% dos leitos e 92% dos prestadores de Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) são privados.

Por outro lado, o SUS divide sua demanda com um sistema paralelo, já que milhões de brasileiros buscam assistência na saúde suplementar, serviço este que contribui com o "desafogamento" do SUS, porém com restrições de cobertura. Tal segmentação da saúde desdobra-se em macrofunções de custeio, regulação e prestação de serviços para a sua clientela particular e a consolidação de um subsistema privado de dispêndio direto (Mendes, 2013).

Segundo Santos, Ugá e Porto (2008), como decorrência da inserção do setor de planos e seguros de saúde no Brasil, que oferecem coberturas suplementares e duplicada, aparecem as desigualdades facilmente observadas pela oferta e utilização de serviços, uma vez que o serviço suplementar disponibiliza serviços hospitalares e, principalmente, oferecem equipamentos de alta complexidade, muito superior aos disponibilizados pelo SUS.

O Sistema Suplementar de Saúde foi se consolidando no mercado de saúde, paralelamente à construção do SUS, uma vez que o sistema público de saúde, já nos seus primeiros anos, apresentava dificuldades cotidianas de acesso, condições precárias de instalações e até mesmo de manutenção e contratação de funcionários. No entanto, era necessário algum mecanismo de regulação no segmento privado, uma vez que este também apresentava seus problemas, muitas vezes atrelados às falhas do mercado, às condições contratuais, prazos de carência irregulares e descumprimentos de normas de atendimento de emergência (Macera & Saintive, 2004).

Na busca por normatização do setor privado de saúde, em 1998, por meio da Lei n. 9.656, a Presidência da República propôs uma lei que marcou inicialmente a atuação da saúde suplementar no país de forma regulamentada. A Lei n. 9.656/98 dispõe sobre a criação de um plano de referência que contempla a cobertura para agravos antes não previstos, impede a rescisão unilateral do contrato, prevê a assistência a aposentados, desempregados e recém-nascidos na vigência do contrato, prevê ainda o atendimento de urgência e emergência, prazo de carência e ressarcimento do SUS (Pessoto,Heimann, Boaretto, Castro, Kayano, Ibanhes, Junqueira, Rocha, Barboza,Cortizo, Martins e Carmo (2007).

O processo de regulação não se limitou à Lei n. 9.656, já que por meio da Lei n. 9.961 de 28 de janeiro de 2000, foi criado a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), órgão vinculado ao MS, para regular o setor de saúde suplementar do país (ANS, 2018). Segundo afirmam Pietrobon, Prado e Caetano (2008), coube à ANS favorecer o desejo público na assistência privada à saúde e regular as operadoras de saúde, bem como as relações entre serviços de saúde e utentes. Para Sato (2007), as medidas tomadas pela ANS interferiram diretamente em todos os atores envolvidos nos serviços de assistência privada à saúde.

No Brasil, mais de 47 milhões de pessoas possuem um plano privado de saúde por cobertura assistencial (ANS, 2018), e sendo desta forma, a ANS é uma necessidade ao setor (Pietrobon *et al.*, 2008). Como uma das suas primeiras resoluções, em 2001, a ANS estabeleceu o *Rol* de Procedimentos, uma relação com exames e tratamentos médico com cobertura obrigatória pelos planos de saúde. Essa obrigatoriedade foi dada apenas para planos contratados a partir de 1999, regulamentados pela Lei n. 9.656 (ANS, 2018).

O processo de regulação da saúde suplementar pode ser considerado novo e em constante evolução, dado o tempo de existência da ANS. Acredita-se ser necessário o enfrentamento de temas mais complexos e estruturantes, como seus avanços, limites e complexidade das relações que compõem o setor e que determinam a atuação de regulação feita pela ANS (Malta, Cecílio, Merhy *et al.*, 2004).

Considerando a breve evolução apresentada, em 2005, a Agência de Saúde Suplementar (ANS), inicia um projeto com o intuito de verificar a qualidade e suficiência da rede assistencial das operadoras de saúde, uma vez que este, talvez seja um dos maiores “gargalos” do SUS. Após ampla discussão, em 2011, a ANS torna pública a Resolução Normativa n. 259, que implementa a garantia de atendimento aos usuários de planos privados e estipula prazo para o cumprimento desse atendimento (ANS, 2015).

De acordo com (Paim, 2008), a constituição de rede, deve levar em consideração a necessidade da população, a satisfação do usuário e a articulação entre os componentes dessa rede, estabelecendo dessa forma uma cadeia de cuidados que seja capaz de atuar de forma hierarquizada e cobrir toda a população.

Para Silva (2011), na constituição de rede, três aspectos importantes devem ser considerados: as necessidades dos usuários de forma integral e holística, o atendimento de forma

sequencial com diferentes serviços, e a integração dos serviços de saúde a outros serviços que se integram no processo saúde-doença.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Neste contexto, Castro (2002) apontou que em um setor não regulado e não integrado e a presença de agentes externos leva a sociedade a produzir bens e serviços em desequilíbrio, onde não se é capaz estimar o desejo do indivíduo de pagar por um benefício, sendo que desta forma o mercado produzirá menos, do que seria realmente necessário para a população. Neste caso de desequilíbrio, ocorre a chamada sinistralidade em saúde, que é o quociente que envolve duas variáveis: despesas assistenciais em relação ao total das receitas com a operação de um plano de saúde (ANS, 2018).

Segundo Araújo (2018), a sinistralidade em planos de saúde é também conhecida como desequilíbrio técnico financeiro em relação ao plano de saúde contratado. Essa situação acontece basicamente quando o uso coletivo do plano de saúde, empresarial ou não, excede uma determinada porção do valor pago pelos participantes do plano de saúde, ou seja, é um índice calculado através da razão entre sinistros realizados (custos de assistência) e o prêmio (receitas da assistência), medida em percentual. Como exemplo, supondo que um plano de saúde coletivo em que estejam presentes 50 pessoas e cada uma paga cerca de R$ 400,00 mensais para que o plano de saúde ofereça sua cobertura e, com isso, o total recebido no mês pela operadora do plano de saúde é de R$ 200 mil. Porém, se no mesmo mês, 10 pessoas precisaram acionar o plano de saúde e o gasto foi de R$ 160 mil, ou seja, esse valor corresponde a 80% do valor pago coletivamente e, portanto, ocorreu a sinistralidade. Ainda de acordo com Araújo (2018), após 12 meses de contrato entre beneficiário e operadora é feito uma apuração, medindo receita versus despesa, onde é avaliado se o contrato é financeiramente compensador para as partes ou se o valor pago na mensalidade é justo e mantém a relação contratual equilibrada, considerando os sinistros ou as despesas geradas com esse contrato. Assim quando é verificado que a sinistralidade ocorreu, a operadora do plano de saúde anuncia um reajuste no valor do plano, que se torna mais caro devido ao uso acima da cota estabelecida.

Esse reajuste, entretanto, acontece para todos os participantes do plano, tenham eles usado os serviços do plano referentes à sinistralidade ou não. Quem não usou o plano de saúde terá que arcar com despesas médicas mesmo assim, uma vez que o reajuste acontece pra todas as pessoas

que utilizam o plano. Devido às suas características, o fato é que a sinistralidade é tema de muitas disputas judiciais advindas de clientes insatisfeitos e que se sentem lesados pelo reajuste (Araújo, 2018).

O último índice de sinistralidade da saúde suplementar no Brasil, demonstra uma taxa aproximada de 83% (ANS, 2017), sendo que o adequado para o setor seria uma margem de 70% ou índice menor, já que de acordo com Preta (2003) se a sinistralidade estiver acima de 75%, provavelmente a operadora de saúde estará sofrendo prejuízo operacional, talvez não recuperável que poderá acarretar na falência de suas operações. Ainda segundo Preta (2003), a sinistralidade no setor suplementar de saúde é alta, o que compromete o equilíbrio econômico e financeiro da operadora. Neste sentido Alves (2008), apontou que as altas taxas de sinistralidade das operadoras se relacionam a elevação dos custos médicos, das internações hospitalares, procedimentos ambulatoriais, consultas e exames. Corroborando com essa ideia, Reis (2014), apontou que a indução de pacientes a realizarem exames diagnósticos, favorece o aumento dos custos fixos de uma operadora de saúde e dos custos associados aos avanços tecnológicos, em termos de medicina diagnóstica e terapêutica, tendendo a aumentar ainda mais os custos em saúde ao longo do tempo. Abbas, Lezana e Menezes (2002), apontaram que a tecnologia é um item irrefutável no que tange a elevação dos custos em saúde.

Embora o avanço da tecnologia em saúde esteja em constante progressão, para Reis (2014), isso não significa necessariamente o aumento da produtividade do serviço. Santos, Leite, Rasella, e Silva (2014), demonstraram que a utilização da capacidade produtiva de forma baixa, ou menor que a capacidade operacional adequada, decorre de uma subutilização dos recursos, o que reflete diretamente na elevação dos custos e oferta dos serviços. Nesse sentido, Abbas, Lezana, e Menezes (2002), citam que além da baixa produtividade, os desperdícios e a falta de concorrência acarretam no aumento dos custos em saúde.

Outro fator desencadeante do aumento do custo em saúde são as imposições de tratamentos em saúde garantidos por ações judiciais que, de acordo com Barroso (2009), muitas vezes são resultados de desvios de comportamento técnico tais como, excesso de ambição, falta de critério de indicação e voluntarismos, já que muitas das decisões judiciais são extravagantes ou emocionais e condenam a administração ao custeio de tratamentos ilógicos, intratáveis, experimentais e/ou dispensáveis. Ainda de acordo com Barroso (2009), a falta de critério pode representar riscos aos avanços em serviços e programas em saúde, uma vez que os processos judiciais desorganizam as

atividades de gestão, muitas vezes obrigadas a modificarem seus planos e orçamentos, designando verbas e recursos para o cumprimento de determinações judiciais.

O judiciário deve garantir os direitos fundamentais, mas ele não pode promover os direitos de alguns prejudicando os direitos fundamentais de tantos outros, já que o acesso ao judiciário muitas vezes não está atrelado aos que mais precisam e sim, aos que tem acesso qualificado à justiça ou aqueles que têm condições de arcar com a custa de um processo judicial (Barroso, 2009).

Por outro lado, de acordo com Pepe e Schramm (2010), a judicialização pode ser considerada como um direito do cidadão ou até mesmo uma forma de reivindicação e de fazer valer o direito à saúde, tanto no que tange aos preceitos do SUS, como no quesito contratual na relação usuário e operadora de saúde. Nesse contexto observa-se que o processo de reivindicação ao direito à saúde, foi percebido na década de 90, mediante a grande movimentação pelo acesso a medicamentos e tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Graças a essa intensa movimentação judicial, os medicamentos e o tratamento da AIDS são hoje responsabilidade federativa e garantida a toda a população de forma gratuita (Pepe & Schramm, 2010).

O processo judicial pode ser uma ferramenta de empoderamento do direito do cidadão, mas pode também ser um desagregador no que se refere ao acesso equânime à saúde. Assim Gandini, Barione, e Souza (2008), apontaram que além do crivo constitucional é necessária maior flexibilidade, coragem e apropriação de saberes técnicos em saúde, muitas vezes sendo necessário ao juiz buscar auxilio de outros profissionais para a tomada de decisão. O judiciário tem que desenvolver consciência das suas limitações, de forma que suas decisões sejam justas com a sociedade.

No intuito de contemplar as necessidades dos usuários, provendo atenção integrada, de qualidade, resolutiva, com redução de custos e otimização de recursos, algumas empresas no segmento da saúde optam pela verticalização dos serviços, o que de acordo com Veloso e Malik (2010), vem acontecendo desde 2000 no Brasil, fenômeno observado em outros países há mais tempo.

Nesse sentido Santana & Costa (2008), definiram como estrutura vertical, uma organização que retém o controle de pelo menos duas organizações intermediárias, sendo que ao menos uma delas é utiliza como *input* ou *output* da outra, ou seja, a execução de várias funções da cadeia de serviço sob o gerenciamento de uma única empresa.

De acordo com Albuquerque, Fleury, & Fleury (2011), a economia obtida é de forma geral um dos maiores benefícios do processo de verticalização. No entanto, destacam-se também a economia de integração, a racionalização de recursos, a maior competitividade do serviço, a criação de barreiras de entrada, a proteção intelectual, a maior capacidade de estimar variação de demanda e a maior inteligência sobre o paciente.

1.1.1 Questão de Pesquisa

Com base no exposto, dos problemas apontados no sistema de saúde suplementar, quanto aos custos, sinistralidade e judicialização e de forma a direcionar a realização do estudo, formula-se a seguinte questão principal de pesquisa: Como a estrutura vertical de um serviço oncológico de saúde pode influenciar financeiramente na gestão de uma operadora de saúde suplementar?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Comparar gastos relacionados ao tratamento oncológico na rede de prestadores de São Paulo com os gastos para o mesmo tratamento no serviço próprio, nas patologias câncer de próstata e de mama.

1.2.2 Específicos

- Analisar o perfil dos portadores de câncer de mama e próstata que são assistidos pelo plano;
- Compreender a percepção e os desafios dos gestores envolvidos na implantação da estrutura vertical de saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

De acordo com dados de março de 2018 da ANS (2018), 47.118.945 pessoas possuem um plano privado de assistência médica, no qual a maior parte dos usuários situam-se na faixa etária de 20 a 39 anos de idade. A adesão ao longo dos anos a plano de saúde vem enfrentando declínio, uma vez que a permanência do usuário no plano está atrelada a fatores como o valor do plano e a economia do país. Nos anos de 2015, 2016 e 2017, o percentual da população coberta por plano

privado de saúde era 24,0, 23,4 e 22,7 respectivamente. As operadoras de saúde aos poucos vêm sumindo do mercado com o passar dos anos, já que a sustentabilidade de um plano de saúde implica em grande investimento financeiro. Em 2008 eram 1.135 operadoras com beneficiários em atuação, 10 anos depois, esse número reduziu 33,12%, já que em dezembro de 2018 apenas 759 operadoras com beneficiários permaneciam no mercado (ANS, 2018).

De acordo com Albuquerque *et al*. (2008), a diminuição do número de operadoras ao longo dos anos, pode estar associado ao processo de regulação e regulamentação, que impôs exigências econômico-financeiras e de prestação de serviços, ou seja estabeleceu padrões, além da tendência de fusões e aquisições observada no período.

Outro dado relevante demonstrado pela ANS (2018), é o aumento dos custos em saúde, que poderia se relacionar ao avanço tecnológico em saúde e ao acesso dos usuários a essas novas tecnologias/tratamentos. Em 2007, as despesas assistenciais eram de R$ 40.905.609.873 (equivalentes à US$ 35.93 billions ppp) após mais de 10 anos observou-se um aumento aproximado de 364% nos gastos assistenciais em saúde em números absolutos, já que em 2017 foram gastos R$ 149.053.540.125 em números absolutos (equivalentes à US $ 72.46 billions ppp) (ANS, 2018; Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico [OECD], 2018).

Nesse sentido Albuquerque *et al.* (2008), demonstraram que o gasto em saúde com usuários de planos de saúde é superior ao gasto em saúde com usuário do serviço público, ou seja, no sistema privado o gasto por paciente é duas vezes maior que o gasto individual dos pacientes que utilizam os serviços do SUS.

Concomitantemente ao aumento dos custos em saúde, observou-se também que o número de reclamações dos usuários relacionados aos planos de saúde também cresceram. Em 2016 foram 90.245 reclamações consolidadas junto a ANS, 67% dessas reclamações estavam relacionadas à cobertura (ANS, 2017).

Ao se avaliar o aumento dos gastos em saúde contraposto a maior queixa dos usuários, percebe-se um impasse nas relações, uma vez que se gasta mais com despesas assistenciais e ainda assim a queixa de maior relevância é por cobertura. Nesse sentido, a proposta de verticalização e construção de uma rede que assista o usuário de forma integral, holística e humanizada pode contribuir para solucionar esse desencontro entre os dois atores (Novaretti, Cwiek, Barbosa, 2017).

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O capítulo 2 apresenta a revisão bibliográfica do trabalho, onde foi estabelecido o referencial teórico, assim como os seus polos que efluem da questão principal da pesquisa e são capazes de subsidiar a procura pelas respostas da questão principal.

Em seguida, no capítulo 3 foram definidos e descritos os métodos e técnicas de pesquisa utilizados no trabalho, assim como o delineamento da pesquisa, o procedimento de coleta de dados, os procedimentos de análise de dados.

O capítulo quatro apresenta a análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos por meio da pesquisa e com base na literatura científica de referência, o que permitiu uma avaliação dos resultados encontrados, conforme os objetivos da pesquisa.

O capítulo cinco demonstra as considerações e contribuições para a prática profissional, observadas durante a execução do projeto, assim como as suas limitações e sugestões de pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRATAMENTO ONCOLÓGICO

O câncer (CA) é um conjunto de doença composto por mais de 100 tipos, cuja característica principal é o crescimento irregular de células que invadem tecidos e órgãos (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2018). De acordo com Baptista, dos Santos, & Dias (2017), o CA é uma doença degenerativa, onde há crescimento celular desordenado, com capacidade de invasão de estruturas do organismo. Para Machado & Okino Sawada (2008), trata-se de um problema de saúde pública, que exige diagnóstico precoce, oferta de tratamento, acompanhamento multiprofissional adequado, para que se possa vencer a luta contra o câncer.

Nesse sentido, o INCA (2018), apontou que as doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são as principais causas de adoecimento e morte da população mundial. Acredita-se que em 2008, a maior causa morte foram DANT (63%), sendo que 48% são doenças cardiovasculares e o restante é CA (21%). Para Siegel, Miller, & Jemal (2018), o CA é o segundo maior causador de mortes nos Estados Unidos.

De acordo com dados do INCA (2018), estima-se em 2018 mais de 600 mil casos novos de CA no Brasil, dentre os tipos de cânceres, acredita-se que entre os homens o mais incidente será o CA de próstata (68.200) e nas mulheres será o CA de mama (59.700).

Corroborando com a ideia anterior, Siegel et al. (2018), ponderam para 1.735.350 casos novos de CA para 2018 numa perspectiva global, o que equivale a mais de 4.700 novos diagnósticos de CA a cada dia, sendo os cânceres de maior incidência, o de mama, colo retal e pulmão. Ainda segundo os autores, para todos os tipos de cânceres, a taxa de sobrevida relativa é de 5 anos, no entanto, levando em conta todos os estágios da doença, a sobrevida maior é para o CA de próstata (99%), melanoma (92%) e o CA de mama feminino (90%), os com menor sobrevida, estão o CA de pâncreas (8%), pulmão (18%) e fígado (18%).

No que tange a saúde da mulher, o CA de mama feminino é a doença maligna de maior incidência no Brasil, sendo o segundo tipo de CA com maior frequência no mundo e a primeira causa de morte entre mulheres (Abreu & Koifman (2002); Silva, Albuquerque, & Leite (2010); Machado & Okino Sawada (2008)).

De acordo com Siegel et al. (2018), cerca de 63.960 casos de carcinoma de mama feminino *in situ* devem ser diagnosticados em 2018 no mundo, sendo esse o maior causador de mortes de mulheres entre 20 a 59 anos. Embora o CA de mama seja o de maior ocorrência entre as mulheres

e o que mais mata, sua taxa de letalidade é relativamente baixa, situação que está ligada a melhoria da detecção precoce da doença e tratamentos mais eficazes (INCA, 2018). De acordo com Siegel et al. (2018), a taxa de mortalidade por CA de mama caiu 39% entre 1989 a 2015, situação que pode estar relacionada ao investimento crescente em estudos e pesquisas, já que o CA de mama sozinho representa 30% de todas as novas pesquisas sobre câncer em mulheres.

A sobrevida da paciente com CA de mama varia de paciente para paciente, uma vez que se deve levar em consideração a velocidade da multiplicação celular, se o diagnóstico foi precoce ou não, se há metástase ou não. Assim utiliza-se o fator prognóstico TNM, onde o T avalia o tamanho do tumor, o N, se há linfonodos axilares e M diz-se da presença de metástase. Desta forma, o tamanho do tumor e o comprometimento dos linfonodos são considerados os maiores indicadores de prognóstico, e nesse sentido é possível dizer que uma paciente sem o comprometimento de linfonodos axilares possui uma sobrevida maior que aquelas que se encontram com comprometimento axilar no momento da cirurgia e que o tamanho do tumor está relacionado à possibilidade de recidiva da doença (Abreu & Koifman, 2002).

Corroborando com a ideia anterior, Curigliano & Criscitiello (2017), apontaram que o prognóstico mais favorável no CA de mama, são de pacientes com menor tumor, ausência de envolvimento linfonodal, maior expressão de ER (receptor de estrogênio) e menor taxa de proliferação.

Ao passo que no CA de mama vários fatores contribuem para o bom e o mal prognóstico, no CA de próstata, o prognóstico em si já é considerado bom. No entanto, a idade elevada contribui para o aparecimento e quanto maior a idade do paciente pior será o prognóstico (INCA, 2018).

Para Mottet, N., Bellmunt, J., Bolla, M., Briers, E., Cumberbatch, M. G., De Santis, M., Joniau, S. (2017), o CA de próstata é o câncer mais frequente entre os homens na Europa, sendo que a idade avançada, a origem negra e o histórico prévio familiar de CA de próstata são fatores de risco para o aparecimento da doença. Ainda de acordo com os autores, cerca de 9% dos homens com CA de próstata tem algum familiar com a doença, sendo que nesses casos, a doença aparece 6 – 7 anos antes do que ocorreria em casos sem herança genética.

De acordo com as estimativas do INCA (2018), acredita-se que surgirão 68.220 casos novos de CA de próstata para cada ano no Brasil, o que corresponde a um risco estimado de 66,12 casos novos a cada 100 mil homens, em relação à mortalidade global por CA de próstata, estudos

apontaram 307 mil mortes no ano de 2012, o que corresponde a uma taxa de mortalidade global para o ano de 7,8/100 mil, representando 6,6% do número total de mortes masculinas.

Nesse sentido, Siegel et al. (2018), apontaram que 1 entre 5 novos casos de CA em homem no mundo está o CA de próstata e que a incidência de CA de próstata na década de 80 e 90 aumentou, devido a detecção da doença sintomática por meio do teste de antígeno prostático específico (PSA). No entanto notou-se uma queda da taxa de mortalidade de 52% de 1993 a 2015 para o CA de próstata no mundo, o que se relaciona a efetividade do teste de PSA e dos avanços no tratamento (Siegel et al., 2018).

De acordo com Mottet et al. (2017), são considerados propensos a desenvolver o CA de próstata homens de idade > 50 anos (> 45 anos em homens afro-descendentes) ou com histórico familiar de CA de próstata, além disso, homens com PSA> 1 mg / ml com idade 40 anos e > 2 mg / ml aos 60 anos de idade estão em maior risco de metástase.

2.1.1 MODALIDADES DE TRATAMENTO: CA DE MAMA E CA DE PRÓSTATA

No CA de próstata, a cirurgia radical, a prostatectomia tem como finalidade a erradicação do CA, sempre tentando preservar a continência e a função erétil do paciente. Não há consenso de qual método seja melhor, se aberta, laparoscópica ou por robótica, embora se saiba que na cirurgia por robótica, o tempo de internação seja menor. No entanto, não há evidências que demonstrem superioridade da robótica em relação à técnica por vídeo em questões de incontinência e função erétil (Mottet et al., 2017).

Outra modalidade de tratamento é a radioterapia, na Europa e Estados Unidos indica-se muito a radioterapia por modulação de intensidade (IMRT), que de acordo com Mottet et al., (2017), a técnica está associada a menor toxicidade se comparada com a radioterapia conformacional tridimensional (RCT-3D). De acordo com a tabela de Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS, 2018), os procedimentos de radioterapia IMRT e RCT-3D são codificados e descritos respectivamente da seguinte forma: 41203054 - Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) – por tratamento, 41203062 - Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento (ANS - Tabela TUSS, anexo I, 2018).

No *Rol* ANS de 2018 (ANS, 2018), a descrição dos procedimentos de radioterapia IMRT e RCT - 3D são descritos de forma mais específica, o que permite uma interpretação mais adequada

do procedimento e garante às operadoras de saúde subsídios para regulação da solicitação desses procedimentos. No *Rol* 2018, a IMRT é descrita da seguinte forma: Radioterapia com modulação da intensidade do feixe (IMRT) para tumores da região da cabeça e pescoço, tal denominação não prevê a utilização dessa modalidade de radioterapia para CA de próstata, e sim, somente para tumores de cabeça e pescoço. Já a RCT-D3 é descrita como Radioterapia conformada tridimensional - para cabeça e pescoço, sistema nervoso central (SNC), mama, tórax, abdome e pelve, sendo assim, entende-se que CA de próstata é contemplada para utilização dessa tecnologia (*Rol* ANS, 2018).

Uma modalidade de tratamento menos agressiva, com baixa toxidade e alta taxa de controle bioquímico é a braquiterapia, que de acordo com Mottet et al. (2017), deve ser indicada para pacientes com CA de próstata de baixo risco intermediário, e embora essa modalidade seja menos agressiva, um dos efeitos colaterais importante é a retenção urinária. Já a terapia por privação de androgênio (ADT) é muitas vezes utilizada concomitantemente a radioterapia pós-cirurgia, e o tempo desse tratamento varia de acordo com as características do tumor, do grau de comorbidade e fatores prognósticos. Um tratamento de curto prazo com ADT pode durar de 4 a 6 meses, e o tratamento em longo prazo de 2 a 3 anos. A utilização de ADT de longo prazo pode comprometer a sexualidade do paciente, uma vez que um dos efeitos colaterais da ADT é a diminuição da libido ou impotência (Mottet et al., 2017).

Complementando a ideia anterior Keating, O'malley, & Smith (2006), demonstraram que a ADT é um pilar no tratamento de CA de próstata metastático e que pode beneficiar a sobrevida de homens com a doença localmente avançada, porém a ADT é vinculada ao risco do desenvolvimento de diabetes e doenças cardiovasculares.

Para o tratamento de CA de mama, temos protocolos consagrados em todo o mundo, após o diagnóstico, feito por meio de confirmação com o exame anatomopatológico, começa-se a pensar em cirurgia. A mastectomia radical não é mais o tratamento de primeira escolha em casos de Ca de mama inicial, preferindo-se a quadrantectomia da mama com posterior quimioterapia e radioterapia (Hortobagyi, 1998).

De acordo com Curigliano & Criscitiello (2017), a escolha da quimioterapia irá depender da avaliação de risco de acordo com o estágio, particularidades biológicas da doença e preferências e características do paciente, sendo a quimioterapia com antraciclinas o regime padrão para tratamento adjuvante do CA de mama precoce.

A aplicação de radioterapia pós-cirurgia reduz a incidência de recorrências locais e regionais em 50 a 75%, além de melhorar a sobrevida global dessas mulheres (Hortobagyi, 1998).

Segundo Hortobagyi(1998), a combinação de quimioterapia em associação a hormonioterapia é mais eficaz, principalmente nos casos de pacientes com risco de doença recorrente, portanto, recomendando-se o uso de tamoxifeno por pelo menos 5 anos, uma vez que a administração de tamoxifeno adjuvante por cinco anos após o tratamento primário reduz a incidência de CA de mama contralateral em 47%. Pacientes com CA de mama mais avançado, recomenda-se quimioterapia, tratamento hormonal, cirurgia e radioterapia. Nesses casos, tumores inoperáveis passam a ser operáveis e alguns passam a ser candidatos à terapia conservadora (Hortobagyi, 1998).

Segundo Gadi & Davidson (2017), a indicação de terapia neoadjuvante, é para tentar reduzir o tumor e permitir a ressecção cirúrgica ou minimizar a extensão da ressecção cirúrgica, no entanto, um benefício adicional da terapia neoadjuvante é que a resposta à terapêutica pode ser mais completa no período de adjuvância.

Por definição: Tratamento adjuvante (quimioterapia ou hormonioterapia adjuvantes) é uma terapêutica antineoplásico sistêmica, empregada logo após o primeiro tratamento, cirurgia ou radioterapia, e que tem por objetivo destruir os provaveis focos de micrometástases existentes e não identificadas pelos métodos diagnósticos. Já a quimioterapia neoadjuvante tem por finalidade a redução do tamanho tumoral antes da cirurgia ou radioterapia e viabiliza, nos casos de resposta favorável, uma abordagem cirúrgica com maiores chances de controle loco-regional da doença e consequente aumento da probabilidade de cura (Abreu & Koifman, 2002). De acordo com o INCA (2018), no tratamento paliativo não há mais esperança de cura da doença, no entanto isso não descarta a necessidade de cirurgia, quimioterapia e radioterapia para o manejo de sintomas de difícil controle, logo que a finalidade do cuidado paliativo é o melhor manejo da doença, com melhor qualidade de vida do paciente e seus familiares.

Pacientes com CA de mama metastático seguem o mesmo esquema terapêutico, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapia hormonal, porém sabe-se que a maioria das mulheres com metástase morrerá em decorrência da sua doença, e nesse sentido, a paliação e manutenção da vida com qualidade, são os principais objetivos do tratamento (Hortobagyi, 1998).

Complementando a ideia anterior, Gadi & Davidson (2017), demonstraram que a abordagem padrão no tratamento de CA de mama metastático é considerar a quimioterapia

sequencial, muitas vezes com agentes únicos, tratando a resposta máxima ou a tolerância máxima, com quebras de tratamento consideradas como exigência do paciente.

2.2 INCORPORAÇÃO DE NOVAS DROGAS E O VALOR AGREGADO

A descoberta de novas drogas não tem sido tarefa fácil, uma vez que os gastos com pesquisa e desenvolvimento (P&D) são cada vez maiores. Nos últimos 10 anos, a indústria farmacêutica passou por diversas dificuldades, incluindo expiração de patentes para um grande número de produtos considerados mais vendidos, a crescentes pressões de reembolso, o aumento das demandas regulatórias, o aumento da competição do mercado, perda de confiança pública e aumento considerável nos custos de pesquisa e desenvolvimento (P&D) (Gava, Bermudez, Pepe, & Reis 2010).

De acordo com Gava *et al*.(2010), a maior parte da elevação nos custos com P&D pode ser conferida à extensão do tempo para o desenvolvimento dos medicamentos (uma média de 10 a 15 anos). Nesse sentido, Kaitin & DiMasi (2011), apontaram que as drogas que levam maior tempo para serem desenvolvidas, são aquelas para tratamento de patologia do sistema nervoso central (SNC) e drogas antineoplásicas, drogas consideradas com médio tempo de desenvolvimento (8,1 e 6,9 anos respectivamente).

Além do alto custo em P&D, as regras de fabricação e comercialização de uma droga não seguem um padrão mundial, na verdade respeitam as leis e tradições de cada país. Nos Estados Unidos da América, a agência do governo responsável por regular a fabricação, comercialização de alimentos e medicamentos é a *Food and Drug Administration* (FDA). Já no Brasil, esse papel fica a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo ambos responsáveis por permitir a fabricação e comercialização de drogas em seu território, e as regras que garantem a aprovação das drogas são distintas em cada agência (Gava *et al*., 2010).

Nesse sentido, além do fator de desenvolvimento, a indústria leva em consideração também o tempo de aprovação de uma droga pela agência reguladora, o espaço que esse medicamento terá no mercado e quão competitiva ela será. Assim foi observado um aumento considerável dos medicamentos antineoplásicos que alcançaram o mercado. Nos anos 1990 e 2000 aconteceram quase 5 vezes mais aprovações desses medicamentos que na década passada, e em contrapartida o número de aprovações de anti-infecciosos diminuíram constantemente nas últimas três décadas (Kaitin & DiMasi, 2011).

De acordo com Piscopo, Aquino, & Novaretti (2013), o processo de registro de uma droga antineoplásica no Brasil é complexo e o desenvolvimento desse tipo de droga no país não é tarefa fácil, levando o país à utilização de muitas medicações para o tratamento de CA provenientes de outros países, em especial os Estados Unidos. Gava *et al*. (2010), ressaltou que as indústrias farmacêuticas Americanas e Europeias exercem papel importante no mercado brasileiro na comercialização de medicamentos.

No Brasil, a ANVISA por intermédico da Resolução da Diretoria colegiada (RDC) n° 2818, de 4 de abril de 2007, estabeleceu as prioridades para avaliação de registro de medicamento. Assim foi considerada prioridade técnica de análise, os medicamentos de relevância pública. A citar os medicamentos instituídos em programas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo, as vacinas, medicamentos para doença negligenciada (medicamento órfão) e doença emergente ou reemergente (Gava *et al*., 2010).

Nos Estados Unidos, a FDA possui dois mecanismos para aprovar uma nova droga antineoplásica: a Aprovação Regular (RA), que segue requesitos que demonstrem que a droga proporciona uma vida mais longa (vida livre da doença, sem progressão), uma vida melhor (melhor controle de efeitos colaterais), ou um efeito superior a um substituto já estabelecido no mercado; já na Aprovação Acelerada (AA), a premissa é menos estabelecida, contudo buscam-se indícios razoáveis de maior tempo e qualidade de vida (Johnson, Williams, & Pazdur, 2003).

Nesse sentido, Gava et al., 2010, complementaram que o FDA categoriza a avaliação de um novo medicamento de acordo com sua relevância para saúde, e sendo assim, a solicitação de registro para um medicamento que já tenha similar registrado no mercado não é avaliada como prioridade, seguindo uma avaliação padrão (S-*standard*). Por outro lado, medicações que podem trazer algum benefício novo aos pacientes, e que representem verdadeiramente um avanço terapêutico recebem avaliação prioritária (P-*priority*). Uma avaliação prioritária deve ser concluída em até 6 meses após a submissão ao registro, já as avaliações padrão têm o prazo de até 10 meses para serem finalizadas.

No Brasil, segundo Piscopo *et al.* (2013), um medicamento para ser aprovado pela ANVISA passa por avaliações que vão medir a farmacotécnica, a eficácia e a segurança da droga. No processo de análise da farmacotécnica é checado todo processo de fabricação, sendo esse processo feito por farmacêuticos do próprio serviço, que na análise também avaliam documentos requeridos para registro e bula do produto. Na fase de eficácia e segurança são avaliados estudos clínicos fase

I, II, III e IV, e, no entanto, esse processo depende de parecer de consultores externos ou até mesmo de formação de câmara técnica, sendo os processos direcionados para dois consultores distintos e, em caso de divergência de parecer, o processo de registro pode ser não concedido.

Complementando a ideia anterior, Gava *et al*. (2010) enfatizaram que o registro de um medicamento junto a ANVISA depende da avaliação da eficácia, segurança e qualidade dessa droga e é nesse momento que os agentes da ANVISA devem ponderar os interesses do fabricante e a real necessidade da saúde do país, uma vez que o foco da indústria farmacêutica é manter um mercado lucrativo, situação que pode estar ligada a crescentes concessões de medicações sem registro por via judicial.

A obtenção de medicamentos por via judicial vai além dos medicamentos não registrados, e de acordo com Piscopo *et al*. (2013), a utilização do judiciário para obtenção de um medicamento, não necessariamente é uma medida ao acesso a assistência farmacêutica, mas sim as novidades terapêuticas, normalmente de alto custo ou também para utilização de medicamentos para indicações não aprovadas em bula (*off label*).

No âmbito do SUS, a referência para fornecimento de medicação de alto custo se dá pelo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), instituído pela Portaria nº 2.577 de 27 de outubro de 2006 (Portaria n°2.577, 2006). Já no âmbito privado, é por meio da Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, que foi estabelecido o *Rol* de Procedimentos e Eventos em Saúde, onde está disposto os medicamentos considerados de fornecimento obrigatório (Resolução Normativa n° 428, 2017).

De acordo com a Lei n° 9656 (1998), lei que instituiu o sistema de saúde privado no Brasil, os planos de saúde não são obrigados a custear tratamento de saúde considerado experimental. A RN n° 428 (Resolução Normativa n° 428, 2017), em seu artigo 20 enfatiza que técnicas consideradas experimentais, com utilização de medicamentos não registrados ou que não possuam indicação em bula (*off label*), não são de cobertura mínima obrigatória.

Nesse sentido, Ceschin (2011), demonstrou que o *Rol* busca garantir cobertura para os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento de todas as doenças que compõem a Classificação Internacional de Doenças (CID10) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata-se de previsão legal estabelecida nos artigos 10 e 12, da Lei n. 9.656 (1998). Como visa garantir uma referência básica, os planos tem total liberdade de acrescentarem mais procedimentos e oferecerem uma cobertura maior do que a garantida pelo *Rol*.

Para Aquino e Piscopo (2015), o fornecimento de medicamentos a usuários do SUS por vezes ocorre de maneira atrasada, logo que estes precisam estar inclusos na lista de medicamentos de dispensação excepcional, e, no entanto, a inclusão depende dos preceitos de diagnóstico, indicação e terapêutica, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas de tratamento, monitoramento e demais parâmetros contidos nos Protocolos de Clínicas e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Uma vez que estes documentos citados servem de norteadores para a regulação em saúde, eles não exercem muita influência nos prescritores, já que as demandas judiciais para aquisição de medicamento provêm de uma prescrição médica, como citaram Aquino & Piscopo (2016), o médico prescreve o tratamento que julga adequado ao paciente, independente de CMDE, *Rol* ANS, ou de qual será a fonte pagadora, se paciente, Estado ou plano privado de saúde.

De acordo com a ANS (2018), a incorporação de novas tecnologias (procedimentos e medicamentos) ao *Rol* ANS é um grande avanço para os usuários de planos de saúde, considerando-se, porém, que as implementações devem ser feitas a partir de avaliação minuciosa, que leva em consideração a prevalência da doença, as políticas de saúde, o ganho coletivo, evidências científicas, a necessidade social e a disponibilidade dos recursos.

Embora existam protocolos internacionais para tratamento oncológico, o SUS e o sistema privado de saúde atuam de forma diferente, uma vez que na saúde privada, a Lei n° 9656 (1998), assegura que somente as medicações injetáveis *off label* não devem ser utilizadas no tratamento. Em relação às medicações oncológicas orais, o *Rol* ANS é mais preciso, já que por meio da RN n° 428 (2017), em seu art. 22, inciso X, alínea b, anexo II foi estipulado aos planos privados de saúde quais são as drogas para tratamento antineoplásico domiciliar de uso oral, que devem ser obrigatoriamente cobertos.

Já no âmbito do SUS, a incorporação de uma droga, embora sendo essa *label*, depende da aprovação da Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS – CONITEC, comissão criada a partir da Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que avalia por meio de evidência, a eficácia, acurácia, efetividade e a segurança da tecnologia. O valor econômico comparado aos benefícios de outra tecnologia existente também é avaliado (Lei n° 12.401, 2011).

A diferença dos dois sistemas de saúde (público e privado) é facilmente vista pela incorporação da droga Trastuzumab para o tratamento de CA de mama metastático. No SUS, o CONITEC só aprovou sua utilização em 2017, e até então, a Trastuzumab só era utilizada para

tratamento de CA de mama em estágio inicial (CONITEC, 2017). Já no sistema privado, a mesma droga já é utilizada por mais de 15 anos, e além de tratar CA de mama metastático, também pode ser indicada para tratamento de CA de mama em fase inicial, consoante à indicação de bula publicada no site da ANVISA (ANVISA, 2018).

Na Tabela 1, é demonstrado algumas medicações aprovadas pela ANVISA, utilizadas em serviços privados de saúde, cobertas pelas operadoras de saúde e indisponíveis no SUS.

Tabela 1:

Medicamentos oncológicos para tratamento de CA de mama e próstata indisponíveis no SUS.

Medicação	Apresentação	Laboratório	Preço Fabrica[a]	Indicação[b]
Pertuzumabe (Perjeta)	420mg – inj.	Roche	R$ 10.598,57	CA de mama inicial e metastático
Trastuzumabe entansina(Kadcyla)	160mg – inj.	Roche	R$ 10.674,08	CA de mama metastática sem indicação de cirurgia
Everolimo (Afinitor)	10mg – 30cp	Novartis	R$ 10.236,42	CA de mama metastático, tumores neuroendócrinos avançados, CA avançado de rim e células renais
Enzalutamida (Xtandi)	40mg – 120cp	Astellas	R$ 10.738,91	CA de próstata metastático
Acetato de abirateron (Zytiga)	250mg – cp	Janssen	R$ 10.847,46	CA de próstata metastático
Cabazitaxel (Jevtana)	60mg – inj.	Sanofi-Aventis	R$ 17.201,18	CA de próstata metastático

Nota. Fonte: Elaborado pelo autor.

[a] Valores de fábrica de acordo com Brasíndice 8.5. [b] Indicação do medicamento de acordo com bula ANVISA.

A tabela 1 demonstrou 6 medicamentos que ainda não foram incorporados ao SUS, ambos medicamentos são para estágios avançados da doença, 3 para CA de mama e 3 para CA de próstata. Uma vez que tanto a ANVISA como a CONITEC são organizações do governo federal e ambas levam em consideração na avaliação à eficácia, acurácia, efetividade e a segurança, há que se considerar que somente a CONITEC utiliza como critério de incorporação a mensuração econômica contraposta aos benefícios e aos custos em relação às tecnologias disponíveis (Gava *et al.*, 2010, CONITEC, 2018).

Nesse sentido, Albuquerque, Fleury, & Fleury (2011), colocaram que, embora os avanços da indústria farmacêutica sejam um grande ganho à população, os investimentos com pesquisa refletem no preço final do medicamento, e assim, a medicação chega num valor muito alto para os serviços, o que pode levar as empresas de saúde ao desequilíbrio econômico e financeiro. Assim, pressupõe-se que a não incorporação de alguns medicamentos no SUS é decorrente do alto valor que este representa, frente às grandes demandas existentes no sistema público de saúde.

2.3 A ESTRUTURA VERTICAL EM SAÚDE

Os sistemas de saúde no Brasil são compostos por três níveis principais de saúde: o nível primário que se refere à promoção e à prevenção em saúde, o nível secundário que consiste em atendimento mais especializado e o nível terciário que comporta a alta complexidade em saúde. De acordo com Campos (2003), nível primário de atenção não se relaciona a maior facilidade de atenção ou menos preparado no atendimento, a atenção primária exige dos profissionais atuantes percepção diversificada com foco na multicausalidade, já os níveis secundário e terciário de saúde são mais específicos, e contam com maior participação da tecnologia, com aparelhos e exames diagnósticos. No sistema público de saúde do Brasil é por meio dos serviços de atenção primária que os pacientes são direcionados aos outros dois níveis de atenção (Campos, 2003).

No que se refere ao sistema privado de saúde, os pacientes possuem mais autonomia na busca por especialidades, já que eles têm livre acesso para agendar uma consulta com médicos especializados, sem necessariamente o direcionamento de um médico generalista. Ainda assim, nos dois tipos de sistemas, privado e público, a busca por serviços secundários de saúde é maior quando se comparado ao nível primário de prevenção à saúde. Nesse sentido, Cecilio (1997), apontou que as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível, ou seja, a principal porta de entrada de pacientes é por meio de hospitais, prontos-socorros, serviços de urgência e emergência, compondo um cenário no qual o número de atendimentos em hospitais seja muito maior que o número de atendimentos realizados em unidades básicas de saúde, situação que reflete em prontos-socorros sempre lotados.

A figura número 1 apresenta esquematicamente como é dividido os níveis de atenção à saúde no Brasil:

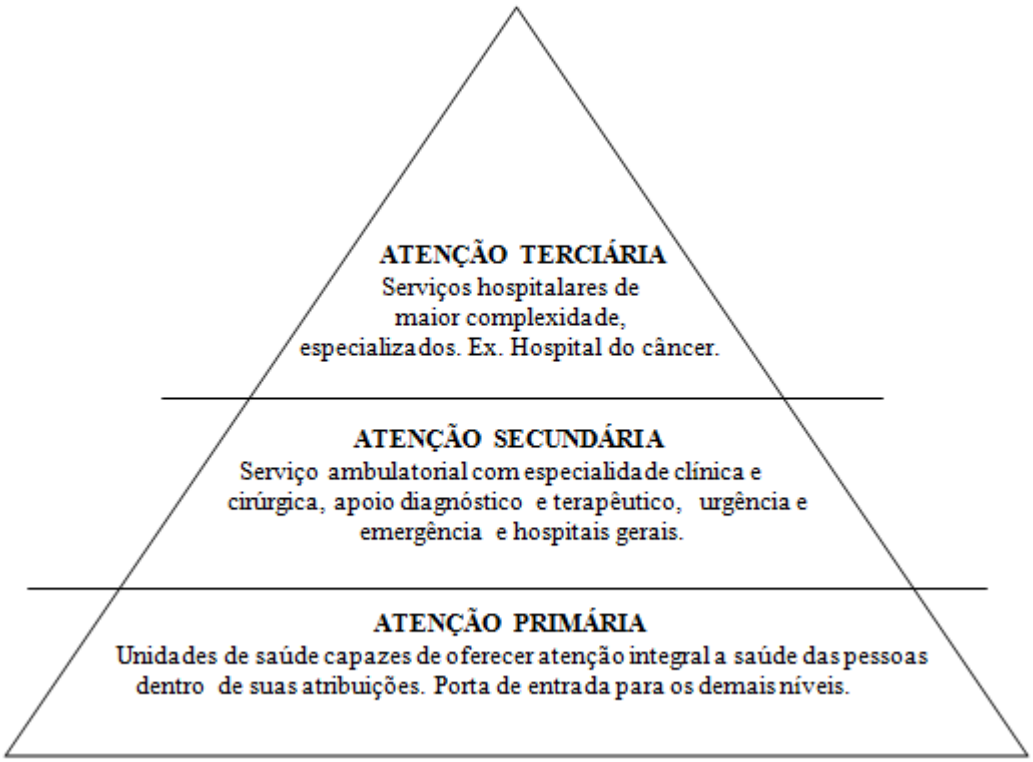

Figura 1: Níveis de atenção à saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A base da pirâmide é representada pela atenção primária, com foco na prevenção e promoção de saúde, o que nos faz esperar maior atuação dos serviços e agentes de saúde desse nível. No entanto, isso não acontece, como já foi dito, o maior volume de doentes buscam o nível secundário de atenção, que de acordo com Santana & Costa (2008), o que pode ser justificado pela fragmentação dos três setores de saúde e a frágil integração desses, resultando assim, em ineficiência, falta de qualidade, duplicação de procedimentos e de custos, decorrendo no desperdício dos recursos e causando prejuízos à população que busca por atenção em saúde.

Segundo Paim (2008), a média complexidade necessita de profissionais especializados e do emprego de recursos tecnológicos que auxiliam o diagnóstico e a terapêutica, e, no entanto, o acesso a esse nível de atenção é difícil e pouco resolutivo, situação que força a população a avançar para o nível terciário, compondo uma busca desordenada por atendimento e trazendo prejuízos para os pacientes e refletindo nos custos com saúde.

Na tabela 2 é possível ver algumas das consequências da fragmentação dos setores em saúde.

Tabela 2:
Fragmentação dos setores de saúde e suas consequências

Agentes	Consequência
Pagador	Perda da eficiência
	Promoção da doença
	Fraca coordenação
Prestador	Só responde por sua intervenção
	Cultura própria
	Organização preferencial
Consumidor	Falta de acessibilidade
	Desorientação no sistema
	Falta de qualidade assistencial
	Falta de perceptividade

Nota. Fonte: Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais (pág. 34). Revista Portuguesa de Saúde Pública, 7, 29–56.

Nesse sentido, Albuquerque *et al*. (2011), apontaram que alguns fatores contribuem com o aumento dos custos em saúde, a citar: a inflação no geral, a incorporação de novas tecnologias em saúde para tratamento e diagnóstico e a elevada taxa de utilização de serviços e recursos em saúde, acompanhando o que acontece no mundo todo, e os setores - público e privado - passam por fortes pressões em termos de custos.

Em decorrência da fragmentação e aumento dos custos em saúde, nota-se uma grande movimentação de alguns países na busca por modelos de saúde mais resolutivos e econômicos, e em consequência, Santana & Costa (2008) propuseram que a integração de cuidados e serviços de saúde pode promover uma melhor resposta ao doente e ao sistema organizacional de saúde. No entanto, a integração do cuidado se configura um verdadeiro desafio aos sistemas de saúde do mundo todo (Santana & Costa, 2008).

De acordo com Veloso & Malik (2010), desde os anos 90, os Estados Unidos iniciou essa tendência de integração dos serviços em saúde, e aqui no Brasil, a cadeia de integração começou a ser relatada em 2006. A integração proposta fundamenta-se pelo envolvimento de uma empresa em mais de um estágio da cadeia produtiva de um serviço (Albuquerque *et al*., 2011).

Segundo Santana & Costa (2008), a integração vertical é composta quando uma mesma organização detém o controle de pelo menos duas organizações, sendo uma delas utilizada com

input e a outra como *output.* A unidade gestora presta serviços em diferentes níveis de cuidado de forma contínua, com foco no bem estar geral do paciente e não mais na doença, sendo o paciente acompanhado ao longo de diferentes níveis de cuidado, que podem ser de baixa, média ou alta complexidade.

De acordo com Albuquerque *et al*. (2011), a integração vertical proporciona maior resolubilidade das necessidades dos pacientes, melhoria da qualidade dos serviços prestados, além de que, proporciona à fonte pagadora a racionalização dos recursos, diminuição dos custos e ampliação dos serviços prestados, uma vez que a diminuição dos custos permite o reinvestimento e a aquisição de novas tecnologias.

A racionalização dos recursos é possível quando há um grau elevado de integração dos diversos atores e estruturas que compõem o cuidado, de forma que é possível melhorar a gestão de doenças que causam maiores danos e limitações às pessoas e maiores gastos evitáveis à população, ou seja, trata-se de uma integração clínica entre as diversas estruturas que compõem o sistema e não mais meramente administrativa (Santana & Costa, 2008).

Para Santana & Costa (2008), a integração clínica baseia-se na criação de protocolos clínicos de atendimento, na uniformidade e acessibilidade de registros médicos, na programação clínica, na partilha dos serviços e produção clínica, que se estrutura na formação de equipe multidisciplinar, com as discussões de casos, planejamento de tratamento, alta, referenciação, orientação adequada do paciente, implementação de programas de qualidade, formação contínua e treinamento.

Dessa forma, segundo o que apontaram Albuquerque *et al*. (2011), na estrutura verticalizada é mais fácil estimar demanda e criar estratégias para atendê-la, fato que proporciona melhor gestão sobre o paciente e mais rápida adaptação as novas demandas que o cuidado holístico traz. No entanto, como demonstraram (Santana & Costa, 2008), esse tipo de cuidado só é possível com a integração dos vários atores que compõem os serviços (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e administrativo), sendo o objetivo máximo desses atores a produção de um serviço eficiente e de qualidade. A atuação individual não é tão efetiva, quanto quando se agrega uma lógica conjunta e harmoniosa de saberes, a atuação multidisciplinar, permitindo uma resposta mais assertiva aos problemas de saúde de cada indivíduo (Santana & Costa, 2008).

Nesse sentido, Albuquerque *et al.* (2011), relataram que o manejo dos custos de produção necessita da racionalização de recursos por meio de treinamento constante das equipes atuantes, além do uso dos sistemas de informação, uma vez que é por meio de tecnologia de informação que é factível o monitoramento do perfil epidemiológico e de uso dos recursos pelos pacientes.

Assim, um sistema de informação integrado é imprescindível para a gestão clínica e eficiente, ou seja, a união por meio de suporte tecnológico de dados de saúde do paciente como, sua patologia, seus últimos atendimentos, o local onde esse paciente foi atendido, o custo que isso representa instrumentaliza a gestão e toda equipe multidisciplinar na tomada de decisão frente ao cuidado contínuo e integrado ao paciente (Santana & Costa, 2008). Por meio de registro histórico da movimentação do paciente na rede de cuidado é possível evitar duplicidade de procedimentos e atuar de forma multidisciplinar no planejamento de ações para o paciente (Santana & Costa, 2008).

Outro aspecto importante da integração efetiva é a sustentabilidade econômica e financeira de um sistema de saúde. Na integração vertical, o enfoque está no que o doente precisa para ser tratado e não nos recursos disponíveis para tratar um doente, assim, o olhar está na produção de bens e serviços para o doente, por que ele existe e não para a doença. Uma gestão financeira mais específica, mais próxima ao paciente possibilita que os recursos sejam aplicados no que realmente é necessário (Santana & Costa, 2008).

Complementando a ideia anterior, Santana & Costa (2008); Albuquerque *et al*.(2011), demonstraram que as compras de insumos hospitalares e medicamentos na estrutura vertical são feitas diretamente na indústria, sem necessidade de atravessadores, o que reduz os custos porque além do pagamento ser direto, a compra em larga escala permite a diminuição dos preços. Ou seja, o sistema vertical possui maior poder de negociação com compradores de serviço e fornecedores, situação que fortalece uma atuação competitiva no mercado de saúde.

Embora sejam vistas vantagens no processo de integração vertical, tal estrutura não é unanimidade entre os gestores, e ainda se nota certa resistência na implantação de uma nova filosofia, que embora seja tendência mundial, ainda é um processo novo. O novo *core business* precisa ser melhor interpretado, entendendo-se que nos tempos atuais não é mais a doença e sim o doente o centro de todos os cuidados em saúde (Santana & Costa, 2008).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A instituição objeto dessa pesquisa caracteriza-se por ser uma operadora de saúde criada em 1971, integrante ao maior sistema cooperativista de saúde do país e do mundo, com alcance de 84% do território nacional e participação superior a 30% do mercado brasileiro de planos de saúde. A operadora atua no mercado de saúde suplementar principalmente no Estado de São Paulo gerindo aproximadamente 556.323 mil vidas, com taxa de sinistralidade em descendência nos últimos dois anos, sendo 85.6% em 2016 e 83.5% em 2017, diminuição de 2,1% de um ano para outro.

Por ser uma operadora de saúde de atuação principal em todo o Estado de São Paulo, mas por também assistir beneficiários em outros Estados brasileiros, as solicitações de procedimentos diversos demandadas dos prestadores são solicitados de forma *on-line* via *software* próprio. Cada prestador de serviço possui um *login* e senha de acesso ao canal de comunicação entre operadora de saúde e prestador de serviço, e é por meio desse canal, que após o preenchimento de um formulário de solicitação *on-line*, formulário esse com formato estabelecido pela ANS – Padrão TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar) similar a todas as operadoras em atuação. Uma vez que todos os campos obrigatórios foram preenchidos, o solicitante pode ainda incluir anexos pré-definidos (OPME – órtese, prótese e materiais especiais para procedimentos que necessitem de algum material implantável no paciente ou para melhor condução do procedimento e o anexo de Quimioterapia para solicitação de medicamentos quimioterápicos, imunobiológicos e hormonais), e por último é possível anexar documentos digitalizados, como laudo de exames, relatório médico, formulários, etc..

Ao término total do preenchimento do formulário de solicitação, o mesmo é transmitido à operadora gerando uma senha. A senha permite o acompanhamento da solicitação pelo prestador, o beneficiário também poderá acompanhar a solicitação via portal *on line* da operadora, uma vez que todas as solicitações vinculadas ao nome do beneficiário podem ser acessadas por ele.

A solicitação ao ser transmitida à operadora passa por uma análise administrativa prévia feita pelos analistas de autorização, na qual estes verificam a presença de documentações digitalizadas e anexas que corroborem com a análise (laudo de exame, relatório médico, etc.), e também avaliam a existência de algum fator prioritário na análise da solicitação. Logo após essa checagem, o processo é direcionado à análise da auditoria médica correspondente.

A presença ou não de anexo de OPME e Quimioterapia definirá a que grupo de auditores a solicitação será direcionada.

A Figura 2 exibe o fluxo de solicitação de autorização de procedimento, onde destaca-se a solicitação de quimioterapia, por essa ser elemento fundamental desse estudo.

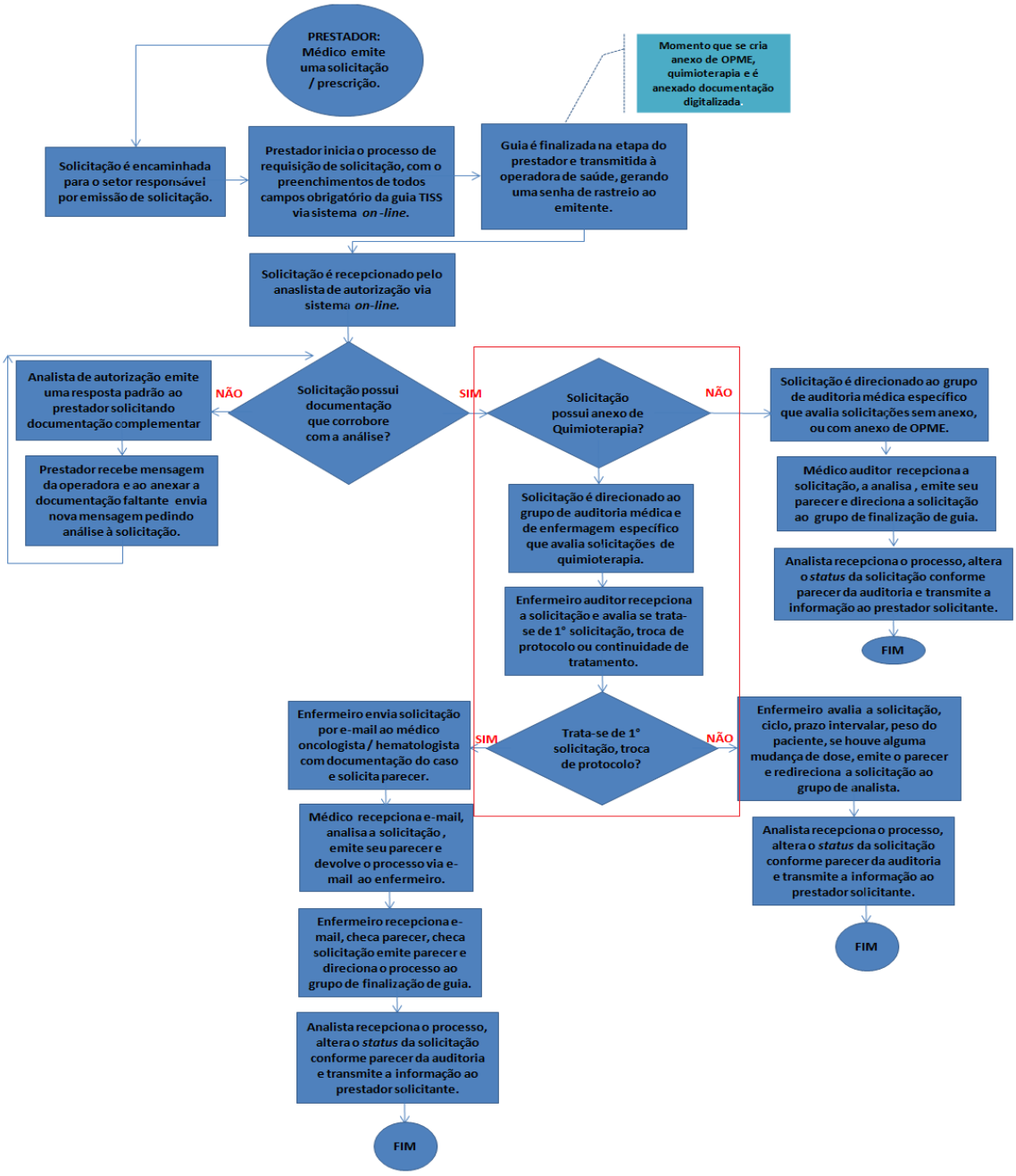

Figura 2. Fluxograma de solicitação de autorização de procedimento.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Trata-se de um estudo de caso único, cuja abordagem de pesquisa adotada foi a qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória e descritiva.

Segundo Martins e Theóphilo (2009: 107), por apresentarem diferentes características de avaliação, não há um impedimento que sejam adotadas avaliações quantitativas e qualitativas em pesquisas científicas. É inoportuno pensar que possa existir pesquisa somente qualitativa ou quantitativa, a indagação científica contempla ambas.

3.2.1 ANÁLISE QUALITATIVA

A técnica de pesquisa estudo de caso demanda avaliação qualitativa, pois sua finalidade é o estudo de uma unidade social que se analisa amplamente. A avaliação qualitativa é delineada pela descrição, compreensão e interpretação dos fatos e fenômenos, em compensação a pesquisa quantitativa, predominam mensurações (Martins & Theóphilo, 2009:61).

Segundo Yin (2010:32), o estudo de caso caracteriza-se principalmente pela observação direta dos eventos que estão sendo analisados e entrevistas das pessoas neles envolvidas. Nesse sentindo, o método de estudos de caso é apropriado quando se procura responder a questões iniciadas com os termos “como” e “por que”, quando o evento estudado é contemporâneo ao pesquisador e quando o mesmo não possui nenhum poder de inferência sobre o objeto estudado.

Trata-se também de uma verificação empírica que analisa fenômenos dentro de seu contexto real, onde o pesquisador não comanda eventos e variáveis, ele busca compreender a totalidade de uma situação, para assim, descrever e interpretar a complexidade de um caso real (Martins & Theóphilo, 2009:61-62).

No mês de Julho de 2018 foi realizada uma entrevista com os responsáveis da instituição pelo processo de implantação da verticalização do serviço de oncologia. Sendo esses profissionais, médicos, enfermeiros, administradores, ligados ao departamento de Gestão operacional. Na entrevista foi observada a percepção sobre os desafios, melhorias e conflitos encontrados com as mudanças geradas pelo novo modelo de atendimento, por meio de um roteiro de questões pré-estabelecidas, baseadas em pressupostos teóricos.

A Tabela 3 demonstra o congruente utilizado com os pressupostos, as referências utilizadas e as questões propostas na entrevista com os gestores dos departamentos de Gestão Operacional.

Tabela 3:
Construto utilizado para a elaboração das questões – Gestão Operacional.

Item	Pressuposto	Referência	Questão
1	A implantação do primeiro serviço próprio é um processo delicado, dificultoso que pode encontrar resistência.	A estrutura vertical não é uma unanimidade, alguns duvidam do seu sucesso prático, já que podem ocorrer alterações profundas que refletem no sistema de saúde. Assim o assunto pode ser controverso, polemico, gerando conflitos e contraposições (Santana & Costa, 2008).	Quais foram os principais conflitos, impasses enfrentados entre os gestores quando se pensou em implementar a estrutura vertical?
2	O serviço próprio dissemina os valores e filosofia da e empresa, fideliza o paciente e fortalece a marca.	De acordo com Aaker, (1998), a lealdade pode surgir principalmente da qualidade percebida de uma marca, quando o produto ou serviço funciona como esperado, proporcionando ao cliente uma experiência positiva.	Quais premissas guiam a condução do serviço próprio?
3	A reformulação da rede de serviços pode melhorar o atendimento aos beneficiários e otimizar os custos em saúde.	De acordo com Santana & Costa (2008), a integração vertical de cuidados atinge dimensões funcionais relacionadas com as atividades clínicas, de informação e financeira.	Quais são os objetivos pretendidos com a verticalização do serviço, em termos econômicos e de qualidade assistencial?
4	O processo de descredenciamento pode trazer repercussões negativas e positivas.	De acordo com Veloso & Malik (2010), os hospitais já possuem o serviço em funcionamento e se beneficiam do direcionamento de pacientes.	Como foi feito o processo de descredenciamento e quais foram as maiores repercussõesdesse processo?

Item	Pressuposto	Referência

			Questão
5	A proximidade, articulação e tomada de decisão conjunta entre gestão e assistência proporciona um cuidado ao paciente mais efetivo.	O gerenciamento engloba a união da gestão e da assistência. Essa ligação potencializa a interação profissional, proporcionando uma atuação mais articulada visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde (Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles, & Erdmann, 2013).	Como os profissionais de saúde envolvidos na assistência contribuem na gestão do serviço?
6	Num serviço com estrutura vertical, o acompanhamento e condução do estado de saúde do paciente são holísticos.	Na estrutura vertical, o processo de produção de saúde, o paciente – ou seu estado de saúde – é o produto intermediário transferido de um estágio para outro, a fim de chegar ao produto final desejado, a melhora no estado de saúde do paciente (Veloso & Malik, 2010).	Como são conduzidos os casos de saúde que necessitam de intervenção profissional multidisciplinar em diversos níveis de atenção?
7	A interligação de rede aumenta a satisfação do usuário.	Para Montosa da Fonseca, Rivero de Gutiérrez, & Piva Adami (2006), a satisfação manifestada por pacientes está relacionada primordialmente com a acessibilidade organizacional, o ambiente acolhedor e o processo assistencial nas dimensões da interação profissional/cliente e do desempenho técnico.	Quais serviços/prestadores estão interligados e preparados para receberem os pacientes que são atendidos no serviço próprio?

Item	Pressuposto	Referência	Questão
8	No serviço próprio é possível oferecer um serviço diferenciado, com foco nas necessidades individuais.	De acordo com Santana & Costa (2008), um sistema integrado trabalha em processo contínuo mais centrado nas necessidades dos consumidores (suas doenças) do que nos prestadores (nas especialidades e serviços de saúde).	De que forma são avaliados os pacientes e como é traçado o plano de tratamento?
9	A condução do paciente em rede interligada, com maior proximidade ao profissional de saúde melhora a adesão ao tratamento.	Para Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda (2008), a burocracia, deficiência organizacional, rotatividade de profissionais, comunicação inadequada e insuficiente do profissional, falta de confiança do paciente no profissional geram a não adesão ao tratamento.	Quais são as estratégias utilizadas para que os pacientes tenham completa adesão ao tratamento?
10	Pode ocorrer dificuldade de adesão dos usuários (beneficiário) ao serviço próprio da operadora.	Para Vaitsman & Andrade (2005), o usuário, pode-se desejar níveis mais altos de qualidade do serviço, mas, como cidadão, pode-se achar que os recursos seriam mais bem alocados em outra parte.	Houve resistência dos beneficiários de serem assistidos no serviço próprio? Quais foram as estratégias para evitar rejeição do usuário ao serviço?
11	O serviço pode criar seus protocolos de atuação clínica e assistencial, baseado em *guidelines*, que preconizam boas práticas em saúde.	De acordo com Santana & Costa (2008), qualidade assistencial sugere uma organização voltada para os problemas de saúde, tentando evitá-los e resolvê-los de uma forma coordenada, utilizando protocolos e *guidelines* de atuação técnica, voltada à redução do risco de má prática clínica.	Descreva as intervenções percebidas durante a implantação da estrutura vertical e de que forma essas intervenções refletiram na sua atuação profissional.

Nota. Fonte: Elaborado pelo autor.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 25 minutos. Para manter o anonimato dos profissionais (n=7), as entrevistas foram identificadas pelas siglas de EN1 a EN7.

Para a avaliação dos dados e compilação dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que, segundo Martins e Theóphilo (2009:98), é um método utilizado para se estudar e examinar a comunicação de maneira clara e organizada, buscando o cerne de um texto nas particularidades das informações, dados e evidências despendidas por meio do entendimento sobre as causas e antecedentes da mensagem, bem como seus efeitos e consequências.

A análise de conteúdo traz três etapas principais: pré-análise (coleta e organização do material a ser estudado); descrição analítica (estudo intenso do material, guiado pelas hipóteses e referencial teórico para escolha das unidades de análises e definição das categorias); e, a interpretação inferencial (revelação do conteúdo em função dos objetivos do estudo) (Martins e Theóphilo, 2009:99).

3.2.2 ANÁLISE QUANTITATIVA

Uma avaliação quantitativa também foi realizada, como complemento a análise qualitativa, que sozinha, possivelmente não atenderia as expectativas do estudo.

A pesquisa quantitativa é aquela cujos dados coletados são quantificados e mensurados. Esses dados podem ser organizados, tabulados e preparados para serem submetidos a técnicas e /ou testes estatísticos (Martins & Theóphilo, 2009:107). A estatística é a ciência dos dados, uma ciência para quem produz e quem consome as informações numéricas que envolvem coleta, classificação, sumarização, organização, análise e interpretação de dados, ou seja, são métodos e técnicas para busca de sínteses e interpretações de um grupo de dados numéricos (Martins e Theóphilo, 2009: 108).

Foi levantando o número de solicitações de quimioterapia, advindas de prestadores da capital Paulista no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, sendo essas solicitações para tratamento de CA de mama e próstata na fase de neo-adjuvância, adjuvância e paliação.

Uma vez que os prestadores de serviço oferecem serviços assemelhados e sendo o tratamento dessas patologias protocolos internacionais definidos, foi analisado o custo do tratamento neo-adjuvante, adjuvante e paliativo nos prestadores de serviço e na rede própria. Para isso, foi utilizado como valor do tratamento nos prestadores o valor de fábrica das medicações de acordo com a revista Brasíndice versão 8.5 e para o serviço próprio os valores das medicações

foram de acordo com tabela própria da operadora, negociada previamente com a indústria farmacêutica.

3.3 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

De acordo com a Figura 2, foram levantadas solicitações de quimioterapia para tratamento de CA de mama e CA de próstata, da rede de prestadores da cidade de São Paulo, do período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018. Nesse período, 100% de todas as solicitações para tratamento oncológico na capital paulista eram da rede de prestadores.

As solicitações em sistema se apresentam de forma aleatória, assim, foram separadas as solicitações do período que apresentavam os CIDs C50 e C61, classificação internacional da doença para os cânceres de mama e próstata respectivamente. Dentre todas as solicitações obtidas, novamente elas foram separadas em tratamento neoadjuvância, adjuvância, paliativo e por protocolo solicitado.

De acordo com a separação por CIDs, verificou-se a doença com o maior número de casos no período e a faixa etária dos pacientes em tratamento.

Diante do número total de casos (CA de mama e próstata), as solicitações foram precificadas uma única vez, não foi levada em consideração a repetição dos ciclos e/ou o tempo de tratamento. O valor atribuído ao protocolo solicitado foi de acordo com a revista Brasíndice 8.5 e após o cálculo do custo de cada protocolo, este foi comparado com tabela de medicações negociada a ser utilizada no serviço próprio. Os valores encontrados (rede de prestadores e serviço próprio) foram analisados do ponto de vista financeiro. Os levantamentos realizados foram analisados com o auxílio *Software* Microsoft® Excel para Windows 2007.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 ANÁLISE DAS SOLICITAÇÕES QUIMIOTERÁPICAS E ANÁLISE QUANTITATIVA

As solicitações de quimioterapia levantadas foram obtidas a partir de filtros utilizados para a extração dos dados no *software* utilizado pela operadora, para transacionar as solicitações de quimioterapia advindas dos prestadores de serviços. Sendo os principais filtros: o período (01/12/217 a 28/02/2018) e os CIDs C50 e C61, tais dados são apresentados como resultados desse estudo.

Na etapa de levantamento de solicitações de quimioterapia para tratamento de CA de mama e próstata no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, foram extraídas 181 solicitações (100%), sendo 138 solicitações (76%) para o tratamento de CA de mama e 43 para o tratamento de CA de próstata (24%), como se observou na figura 3:

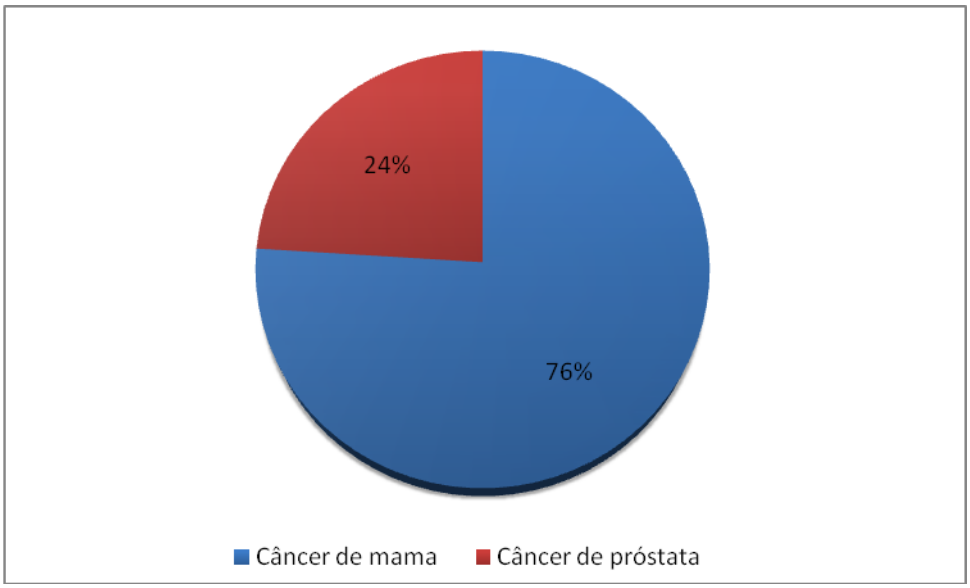

Figura 3: Distribuição de solicitações de acordo com os CIDs: C50 e C61

Fonte: Elaborado pelo autor.

As solicitações extraídas foram divididas em tratamento neoadjuvante, adjuvante e paliativo, como demonstra as tabelas 4 e 5:

Tabela 4:

Distribuição das solicitações de tratamento para câncer de próstata, de acordo com a modalidade do tratamento.

	Câncer de Próstata	
Tratamento	Número	Índice
Neoadjuvante	0	0
Adjvânte	11	26
Paliativo	32	74
Total	43	100

Nota: Fonte: Elaborado pelo autor.

Como se observa na tabela 4, as solicitações para tratamento paliativo para o CA de próstata representam 74% do total de solicitações, já as solicitações de tratamento adjuvante e neoadjuvante correspondem a 26% e 0% respectivamente.

Tabela 5:

Distribuição das solicitações de tratamento para câncer de mama, de acordo com a modalidade do tratamento.

	Câncer de Mama	
Tratamento	Número	Índice
Neoadjuvante	4	3
Adjvânte	69	50
Paliativo	65	47
Total	138	100

Nota: Fonte: Elaborado pelo autor.

Na tabela 5, se observa uma distribuição mais equilibrada entre solicitações para tratamento adjuvante e paliativo no CA de mama, uma vez que foram 50% das solicitações para tratamento adjuvante e 47% para tratamento paliativo. Já as solicitações para tratamento neoadjuvante representam 3% das solicitações avaliadas.

Em relação à distribuição das solicitações estudadas para os tratamentos de CA de próstata e de mama, de acordo com a faixa etária do paciente, os achados percentuais se apresentam na figura 4. De acordo com o INCA (2018), o CA de próstata no Brasil é mais prevalente nas regiões Sul e Sudeste e a taxa de letalidade se relacionado ao grau de desenvolvimento do país. Os casos

de CA de mama seguem a mesma tendência, quanto menor for a renda do país, mais tardiamente o diagnóstico, consequentemente, em países de baixa renda o diagnóstico de CA de mama ocorre em estágios mais avançados da doença (INCA, 2018).

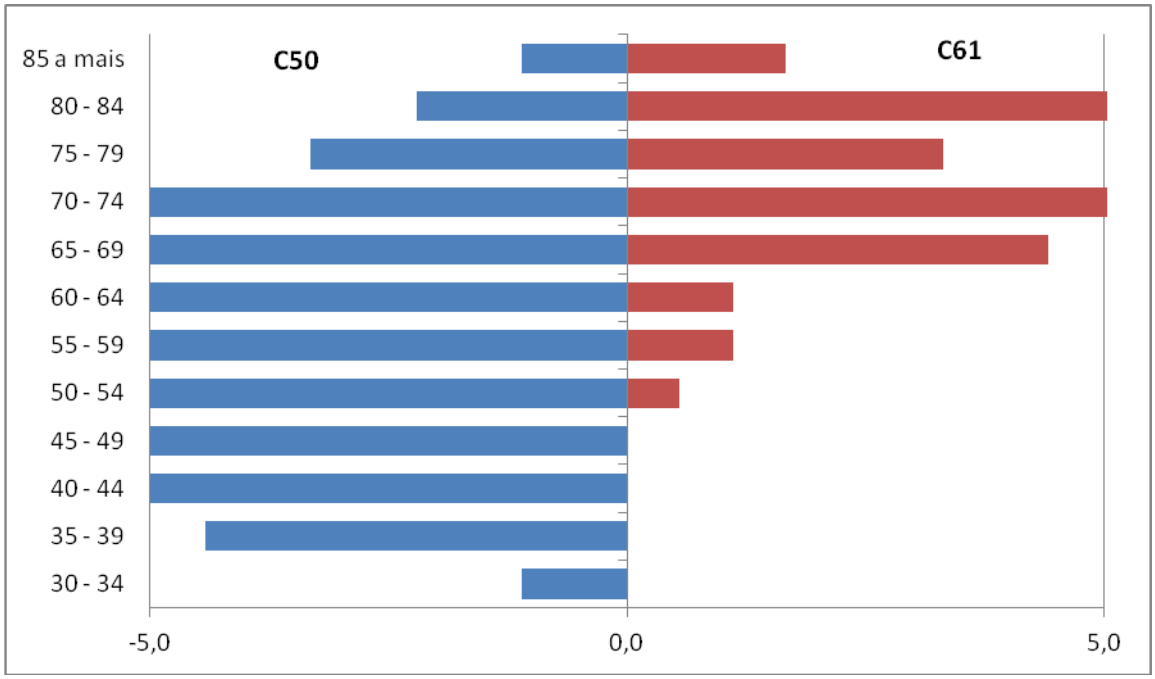

Figura 4: Distribuição de solicitações de quimioterapia para câncer de mama e próstata, por faixa etária.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 4 se evidencia que as pacientes com CA de mama que são assistidas pela operadora de saúde, estão, em sua maioria com idades entre 40 e 74 anos, já os pacientes com CA de próstata que utilizam os serviços contratados pela operadora, estão na sua maioria com idade entre 65 a 84 anos.

De acordo com Mottet et al. (2017) e o INCA (2018), os fatores de risco para o surgimento de CA de próstata incluem a idade avançada (> 50 anos), histórico familiar, etnia (afrodescendentes) e obesidade. Como visto na figura 4, os casos de paciente com CA de próstata tratados pela rede de prestadores da operadora de saúde, estão dentro do que foi relatado pelos autores, uma vez que nos casos estudados, os pacientes possuem idade entre 50 a 85 anos de idade.

Em relação aos casos de CA de mama levantados, observa-se grande incidência de casos, com distribuição quase que homogênea dos casos entre 40 e 79 anos. Embora o Câncer de mama possua alta incidência, como visto na figura 4, a relação de letalidade é pequena, uma vez que a

taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência. Alguns fatores que se relacionam ao surgimento do CA de mama são: primeira menstruação precoce (> 12 anos), a mulher nunca ter engravidado, ou gravidez após os 30 anos, o uso de alguns anticoncepcionais, menopausa após os 55 anos, sedentarismo, obesidade e pré-disposição genética (INCA, 2018).

Em relação aos gastos com as solicitações de tratamento para os CA de mama e próstata, obteve-se os seguintes resultados:

Tabela 6:

Valorização do tratamento para câncer de próstata, de acordo com a modalidade do tratamento, prestadores vs rede própria.

	Câncer de Próstata			
Tratamento	Valor – Prestador / Brasíndice	Valor - Rede Própria	Gasto médio/pacte/rede própria	Índice
Neoadjuvante	0	0	0	0
Adjuvante	R$ 18.097,78	R$ 19.419,82	R$1.765,44	-7%
Paliativo	R$ 101.762,30	R$ 92.409,00	R$ 2.887,78	10%
Total	R$ 119.860,08	R$ 111.828,82	R$ 2.600,67	7%

Nota: Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com os valores se encontrou, observa-se uma economia significativa entre o valor do tratamento na rede de prestadores e na rede própria, uma vez que o tratamento para o CA de próstata na rede própria pode ser 7% mais barato que na rede contratada. Outro dado relevante, que é o tratamento do CA de próstata na fase de adjuvância tem valor menor quando se comparado ao valor gasto quando a doença se torna incurável. No tratamento paliativo, o valor gasto com quimioterapia pode aumentar até 67%, em relação ao valor gasto em adjuvância. De acordo com El Barouki (2012), o rastreamento precoce do CA de próstata por meio da realização do exame PSA em conjunto com o toque retal, reduz as taxas de incidência da patologia tardia, logo diminui a taxa de mortalidade, uma vez que o CA de próstata diagnosticado precocemente concerne um bom prognóstico e pode ser considerado uma doença curável.

Segundo Calais da Silva (2005), embora a taxa de incidência para o CA de próstata seja alta, quando feito o diagnóstico precoce, apenas metade ou um terço dos pacientes morrerão em

decorrência da doença. Para Mottet *et al*. (2017), a doença prostática em estágios mais avançados requerem maiores intervenções terapêuticas para o controle da doença e consequentemente aumento dos custos de saúde.

Na tabela 7, se demonstra os resultados econômicos encontrados na comparação das solicitações de quimioterapia para tratamento de CA de mama da rede de prestadores como o valor pago em rede própria.

Tabela 7:

Valorização do tratamento para câncer de mama, de acordo com a modalidade do tratamento, prestadores vs rede própria.

	Câncer de Mama			
Tratamento	Valor – Prestador / Brasíndice	Valor - Rede Própria	Gasto médio/pacte/rede própria	Índice
Neoadjuvante	R$ 31.920,97	R$ 25.485,51	R$ 6.371,38	25%
Adjuvante	R$ 309.072,48	R$ 235.158,12	R$ 3.408,09	31%
Paliativo	R$ 505.539,70	R$ 445.795,44	R$ 6.858,39	13%
Total	R$ 846.533,15	R$ 706.439,07	R$ 5.119,12	17%

Nota: Fonte: Elaborado pelo autor.

Na tabela 7, se observa uma economia mais expressiva do tratamento de CA de mama em rede própria, quando comparado à rede terceirizada, já que nota-se que no serviço próprio o custo do tratamento quimioterápico pode ser 17% mais barato que na rede terceirizada. Na fase de adjuvância a economia é ainda maior, uma vez na rede credenciada, o gasto com 69 pacientes em tratamento adjuvante para CA de mama pode custar R$ 309.072,48 reais, já na rede própria, para a mesma fase de tratamento, esse custo cai para R$ 235.158,12 reais, ou seja, na rede própria, o custo para o tratamento adjuvante de CA de mama de 69 pacientes pode ser 31% mais barato que na rede terceirizada.

Quando se observou o custo com o tratamento da doença em estágio avançado, notou-se que o valor pode ser o dobro, 50% a mais do valor gasto em fase de adjuvância, fase que há possibilidade de cura. O gasto estimado para operadora, para tratamento de 138 pacientes na fase

de adjuvância é de R$ 3.408,09 reais *per capita* (um único ciclo), no entanto, quando a doença está em estágio avançado, sem possibilidade de cura, o gasto por paciente é de R$ 6.858,39 reais.

De acordo com Kemp, Elias, Gebrim, Nazário, Baracat, Lima (2005), a descoberta do CA de mama mais precocemente pode propiciar a tratamentos mais conservadores, que reduzem copiosamente os custos com o tratamento, uma vez que nas fases mais avançadas da doença, o tratamento é mais agressivo, acarreta em internações, exames mais específicos para estadiamento, exige mais da equipe multiprofissional e consequentemente elevam-se os custos em saúde.

Na figura 5 se percebe a diferença do valor gasto entre a rede terceirizada e a rede própria, no tratamento de pacientes com CA de próstata.

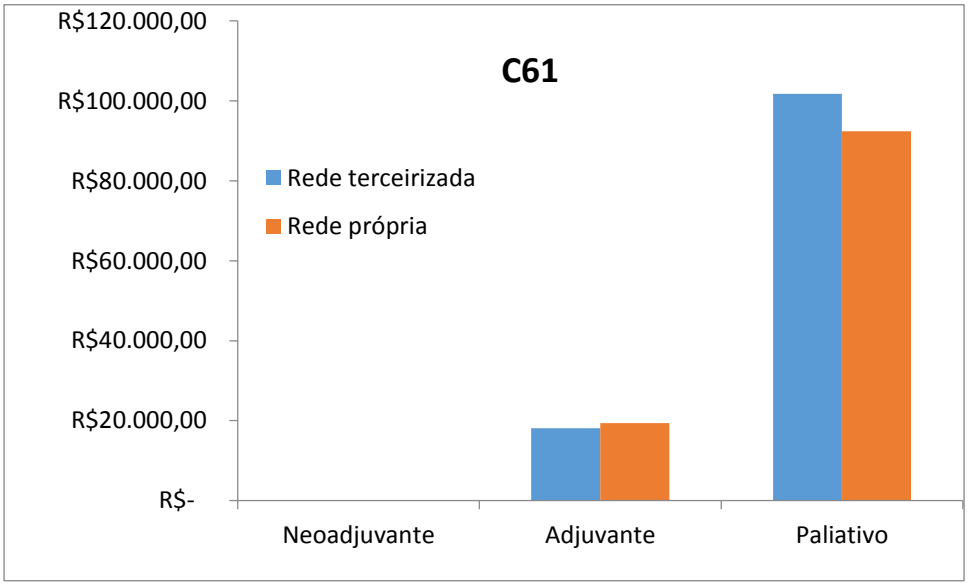

Figura 5: Valor do tratamento para CA de próstata na rede terceirizada vs rede própria.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 6 realizamos a comparação entre o valor gasto na rede terceirizada e na rede própria para o tratamento de CA de mama.

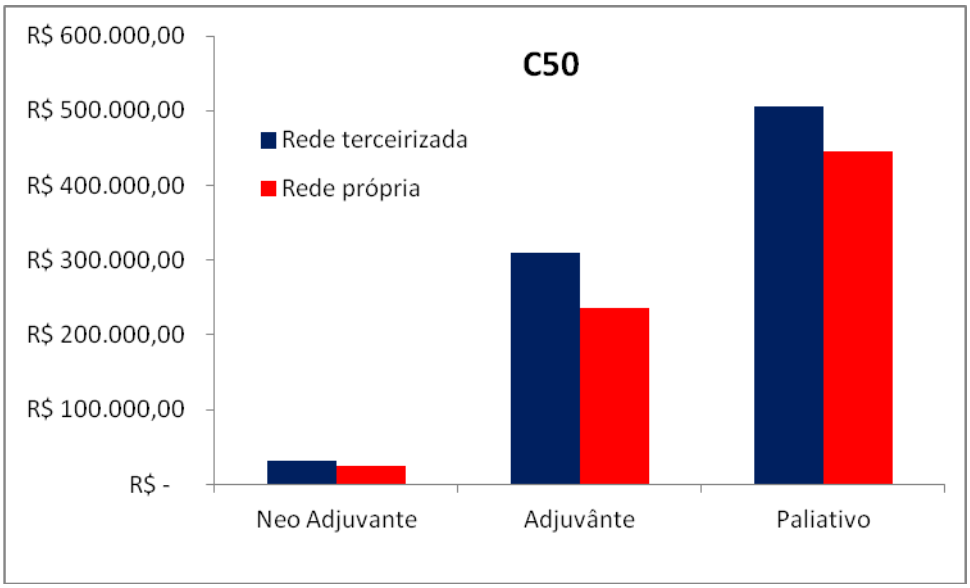

Figura 6: Valor do tratamento para CA de mama na rede terceirizada vs rede própria.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Foi realizada uma compilação dos dados obtidos durante as entrevistas, por meio de uma compreensão detalhada dos relatos dos respondentes, que foram agrupados por semelhança dos pressupostos e referenciais teóricos (Tabela 3), utilizados para a elaboração das perguntas e categorizados para a realização da análise. Com esta base foram criadas três categorias conforme itens a seguir.

4.2.1 Concepção de implantação da estrutura vertical em saúde:

Na análise dos itens 1, 4, 7 e 10 conforme descrito na tabela 3, a implantação da estrutura vertical gera conflitos internos e externos. Segundo EN1 alguns dos conflitos percebidos foram:

> *"A mudança de cultura organizacional, visibilidade e resistência do mercado, necessidade de investimento econômico."*

A estrutura vertical supõe uma interligação maior entre os serviços, com resposta mais rápida a necessidade dos pacientes. Esse conceito está representado na fala do EN3:

> "*Quando não é possível sanar toda a necessidade do paciente no serviço, esse é direcionado para um serviço referenciado,*

já com consulta agendada. O paciente segue monitorado pela equipe e é auxiliado no que precisar."

Ao que se refere às dificuldades de implantação da estrutura vertical em uma operadora de saúde, o maior ponto levantado na questão de dificuldades internas foi à mudança cultural e organizacional da empresa. Foi visto que estabelecer a estrutura vertical demanda alto investimento econômico, que o processo de regulamentação do serviço junto aos órgãos fiscalizadores é burocrático e muitas vezes moroso, sendo que o retorno de todo trabalho feito é demorado e demanda ainda mais investimentos e comprometimento dos profissionais atuantes.

Foi observado ainda, que a resistência dos pacientes de migrarem de serviço terceirizado para o serviço próprio, foi apontada como uma dificuldade de implantação, no entanto, foi relatado como principal estratégia para suprimir essa situação e fidelizar os pacientes, o acolhimento e o preparo e a formação técnica da equipe que recebe os pacientes.

4.2.2 Concepção de melhoria de resultados:

Relativo aos itens 2, 3 e 9 de acordo com a tabela 3, é possível no serviço próprio propagar os valores da empresa e fortalecer a marca, além de oferecer um atendimento de maior qualidade com otimização dos recursos, uma vez que a eficiência do serviço se reflete na satisfação e adesão do paciente ao tratamento. Para o EN2:

"A gestão do serviço permite um maior controle de gastos e direcionamento adequado de recursos, ofertando serviço de qualidade com menor custo".

Na sua opinião, que premissas guiam a condução do serviço? De acordo com o EN3:

"Ética, qualidade no atendimento, respeito ao paciente e aos profissionais envolvidos."

De acordo com os entrevistados, a estrutura vertical pode permitir um controle maior dos gastos e a otimização dos recursos, com melhoria dos processos e diminuição dos gargalos.

No serviço próprio é possível oferecer um atendimento humanizado, holístico e seguro ao paciente, já que o foco é o paciente e não a doença, nesse sentido, respeita-se as necessidades

individuais de cada paciente, o atendimento é feito por equipe multiprofissional integrada e comprometida na busca por resultados e na satisfação do assistido.

4.2.3 Concepção de envolvimento:

Na avaliação dos itens 5, 6, 8 e 11 de acordo com a tabela 3, os profissionais que atuam no serviço próprio participam da gestão do paciente de forma multiprofissional e as decisões são tomadas em conjunto. Nesse sentido, o EN5 apontou que:

> *"A verticalização é um meio eficiente de gestão em saúde, desde que a gestão do paciente e o atendimento médico não sejam baseados apenas no interesse financeiro."*

Ainda de acordo com o EN5:

> *"A medicina e o atendimento em saúde não podem ser transformados em produtividade, números e indicadores financeiros, ao ponto da gestão interferir diretamente na conduta médica."*

Segundo os entrevistados, a estrutura vertical trouxe aos profissionais envolvidos maior responsabilidade com a qualidade assistencial e com o serviço desenvolvido. Foi possível identificar a preocupação e consciência do profissional para com o paciente, uma vez que conforme exposto pelo EN5, entende-se que a gestão econômica e financeira da operadora não deve se antepor a atuação profissional.

Diante dos discursos dos entrevistados, foi observada maior aproximação das áreas dentro da empresa e integração entre os diversos profissionais que compõem um serviço de saúde. Foi relatado que a aproximação proporcionou troca de saberes, novos aprendizados, melhora na atuação profissional, definição de papéis e maior autonomia profissional.

4.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A integração dos serviços de saúde surgiu como uma opção para redução dos custos em saúde, sustentabilidade das operadoras no mercado e diminuição da fragmentação dos serviços em saúde (Tisott, Prantz, Malafaia, Tondolo, & Borelli, 2016). Entende-se por integração vertical em saúde a integração das atividades gerenciais de planos de saúde e a prestação direta de serviços

médicos em uma unidade empresarial (Alves, 2008). Assim, na estrutura vertical é possível eliminar trocas contratuais ou de mercado e deter propriedade e controle total sobre estágios vizinhos de produção ou distribuição de serviços (Tisott, Prantz, Malafaia, Tondolo, & Borelli, 2016).

Na estrutura vertical, o gerenciamento de custos e riscos é feito de maneira mais fácil, uma vez que é possível investir e delinear programas de prevenção à doença e promoção à saúde voltada para um público bem definido (Alves, 2008). Desta forma, nota-se que a estrutura vertical é benéfica tanto para o paciente quanto para a operadora, uma vez que para o paciente é oferecido uma rede exclusiva para seu atendimento, já para a operadora é possível visualizar os custos em sua origem, podendo geri-los diretamente (Salvalaio & de Souza, 2009).

Diante do objetivo geral da pesquisa, que é comparar gastos relacionados ao tratamento oncológico na rede de prestadores de São Paulo com os gastos para o mesmo tratamento no serviço próprio, na patologia CA de próstata, e como se demonstrou a Tabela 6, a média de custo para o tratamento de 43 pacientes com CA de próstata na rede terceirizada foi de R$ 2.787,44 reais, ao passo que em rede própria, o mesmo tratamento para os mesmos pacientes sairia em média R$ 2.600,67 reais, ou seja, a economia presumida para o tratamento de 43 pacientes com CA de próstata na rede própria é de R$ 186,77 reais por paciente, ou seja, 7% a menos que o valor pago na rede terceirizada. Traçando a mediana, a economia per capita seria R$ 292,29 reais, o que equivale a 9%. Tais resultados estão exemplificados graficamente na Figura 5, onde se destaca 2 fatores: o volume de pacientes e ao tipo de tratamento. Dispõe-se de 32 pacientes em tratamento paliativo, nessa categoria se encontra o maior volume de pacientes, onde é representado o maior ganho econômico pela operadora.

Em relação ao tratamento para CA de mama, observa-se na Tabela 7, a média de custo para o tratamento de 138 pacientes na rede terceirizada é de R$ 6.134,30 reais, já no serviço próprio, o mesmo tratamento, para o mesmo número de pacientes sairia 5.119,12 reais, nesse sentido, a economia calculada seria de 17%, isto é, a cada paciente tratando em rede própria se economiza o equivalente a R$ 1.015,17 reais. Traçando a mediana, a economia por paciente seria R$1.340,04 reais, o equivalente a 22%. Esses dados foram apresentados na Figura 6, onde é notado que o tratamento de CA de mama nas três fases (neoadjuvância, adjuvância e paliação) representa custo menor em rede própria do que em rede terceirizada.

De acordo com Tisott *et al*. (2016), a integração vertical surgiu com o objetivo de colaborar e controlar o número e os preços dos procedimentos e produtos utilizados na prestação de serviços, diminuindo assim o custo da operação. Ainda de acordo com Tisott *et al*. (2016), as instituições optam pela verticalização, pois acreditam ser mais econômico e mais fácil de desenvolver processos internos, com maior flexibilidade para discussões de incorporação de novas tecnologias.

Nesse sentido, Salvalaio & de Souza (2009), demonstraram que o controle de custo é fundamental no mercado de operadoras de saúde, uma vez que, a partir dos processos regulatórios estabelecidos pela ANS, houve reflexo na elevação dos gastos em saúde. Para a manutenção das operadoras em um mercado tão competitivo e acirrado, a gestão dos custos é uma importante ferramenta para tomada de decisão, o que pode tornar a operadora mais eficaz nos seus processos.

Corroborando com a ideia anterior, Ramos (2011), sugere que a verticalização aumenta o poder de negociação em função de menor dependência do mercado, possibilita o controle de incorporações de novas tecnologias, reduz as incertezas ligadas à evolução futura dos custos médicos e possibilita maior planejamento em longo prazo.

No presente estudo foi encontrado um número maior de casos de CA de mama (138), como se demonstrou na Figura 3. É visto que, 24% dos casos levantados são representados pelo CA de próstata (43 casos) e 76% se relacionam a solicitações para tratamento do CA de mama. Nesse sentido, supõe-se que a ocorrência de maior volume de solicitações de tratamento para CA de mama, está vinculada à taxa de incidência, uma vez que, de acordo com o INCA (2018), o CA de mama é o segundo tipo de câncer de maior incidência no mundo, só perdendo para o CA de pulmão, no entanto, quando relacionado a população, o CA de mama é o de maior incidente na população feminina, estima-se que entre 2018 e 2019, 60 mil novos casos de CA de mama surgirão no Brasil, são 56,33 casos novos a cada 100 mil mulheres.

Em contrapartida, o CA de próstata é o quarto câncer de maior incidência no mundo, ficando atrás de CA de pulmão, mama e intestino. Já entre os homens, o CA de pulmão é o de maior incidência, seguido pelo CA de próstata. No Brasil, o CA de próstata é o segundo câncer de maior incidência entre os homens, só perdendo para o CA de pele, acredita-se que em 2018 surgirão mais 68 mil casos novos de CA de próstata no Brasil, com a estimativa de aproximadamente 13 mil mortes em decorrência do CA de próstata (INCA, 2018).

Com relação à Tabela 4, onde demonstrou-se a prevalência do tipo de tratamento em relação ao CA de próstata, observa-se o maior volume de casos em tratamento paliativo (32 casos), situação

que pode estar relacionada com a evolução lenta da doença e o baixo índice de mortalidade em decorrência da doença. De acordo com o INCA (2017), o CA de próstata cresce de forma lenta e não chega a dar sinais durante a vida e nem ameaça à saúde do homem. Ainda segundo o INCA (2017), há especialistas que quando diagnosticam um CA de próstata, com poucas chances de evolução, optam pelo não tratamento, uma vez que a doença não causará nenhum dano ao paciente e já o tratamento pode causar impotência e incontinência urinária, a conduta é acompanhar.

De acordo com o INCA (2013), o rastreamento do CA de próstata pode trazer benefícios e prejuízos, sendo como principal benefício à diminuição de mortes em decorrência do CA de próstata, e os prejuízos incluem resultados duvidosos, sangramento e infecções resultantes da biópsia, ansiedade em relação ao sobrediagnóstico e danos em relação ao sobretratamento de cânceres que nunca iriam evoluir clinicamente, no geral, os danos do rastreamento do CA de próstata superam seus benefícios, desta forma, o rastreamento não é mais encorajado pelos órgãos de saúde. Os pacientes, antes de optarem pelo rastreamento, devem conhecer os possíveis danos relacionados; em homens com expectativa de vida de 10 – 15 anos, devem ser informados de que é improvável a existência de qualquer benefício do rastreamento para eles (INCA, 2013).

Em relação às modalidades de tratamento para o CA de mama, na Tabela 5 se demonstrou a divisão das 138 solicitações estudadas em tratamento neoadjuvante, adjuvante e paliativo. Observou-se que o maior volume de solicitações está entre o tratamento adjuvante e o paliativo, situação que pode estar relacionada ao diagnóstico tardio da doença. De acordo com o INCA (2018), o CA de mama quando detectado em fases iniciais aumenta muito as chances de tratamento e cura, o tratamento pode ser menos agressivo e com menor chance de morte ocasionada pela doença; um em cada 3 casos de CA de mama pode ser curado.

Segundo Costa & Chagas (2013), a quimioterapia neoadjuvante foi inicialmente utilizada para tratar cânceres localmente avançados e inoperáveis, sendo que para muitos pacientes com CA de Mama, a conduta mais estabelecida para tratamento inicial era a quimioterapia sistêmica adjuvante. Por volta da década de 90, diversos estudos foram publicados sugerindo a quimioterapia neoadjuvante para o tratamento do CA de mama operável, assim, foi verificado que a terapia neoadjuvante para tratamento de cânceres iniciais confere resultados semelhantes ao tratamento adjuvante, além de propiciar cirurgias menos agressivas, melhor desfecho cirúrgico e adequada avaliação do prognóstico.

Na Figura 4, demonstrou-se a separação dos pacientes por faixa etária, como visto as solicitações para o tratamento de CA de próstata iniciam-se em pacientes com idade acima de 50 anos e que o maior volume estão entre as faixas etárias de 65 a 69 e de 70 a 74 anos, o que de acordo com o INCA (2018), é previsível, uma vez que o CA de próstata é considerado um câncer de terceira idade, e cerca de três quartos dos casos no mundo acontecem a partir de 65 anos.

Em relação à distribuição por faixa etária das solicitações para tratamento de CA de mama, na Figura 4 observou-se maior distribuição de casos entre 40 e 74 anos, o que é justificável, já que de acordo com o INCA (2018), o CA de mama antes dos 35 anos é considerado relativamente raro, crescendo progressivamente acima dessa idade. A incidência é maior especialmente após os 50 anos de idade (INCA, 2018).

Nota-se que os pacientes assistidos pela operadora no tratamento de CA de próstata e mama, mantêm os padrões descritos pela literatura, uma vez que das solicitações extraídas no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, não foi encontrado nenhum paciente com CA de próstata com idade inferior a 50 anos. As solicitações para tratamento de CA de mama também respeitam esses padrões, logo que encontramos poucos casos de pacientes com CA de mama com menos de 35 anos. Foram encontrados 2 casos de um total de 138 levantados, confirmando que o CA de mama em pacientes com idade inferior a 35 anos se apresenta ainda de forma exígua.

Em resposta a percepção e desafios enfrentados pelos gestores com a implantação da estrutura vertical, foram relatados de que a mudança de cultura organizacional foi um dos maiores desafios encontrados à implantação, seguido da demora e burocracia ligado ao processo de verticalização. Nesse sentido, Ramos (2011), colocou que a verticalização dos serviços de saúde é uma boa alternativa de gestão, se aplicada com muito cuidado, muita base e com muito profissionalismo. Complementando a ideia anterior, Tisott *et al.*(2016), completa que a verticalização é um processo longo, dispendioso e de alta complexidade, que exige esforços conjuntos de todos os funcionários da organização.

No que tange as maiores vantagens da verticalização percebidas pelos entrevistados, tem-se: a gestão direta dos recursos e custos em saúde e a gestão efetiva sobre o paciente, o que garante maior qualidade assistencial, planejamento e controle sobre a carteira de beneficiários.

Para Tisott *et al.*(2016), a integração vertical além de minimizar a fragmentação dos serviços assistenciais, melhora o acesso dos pacientes aos serviços, aprimora a eficiência do

serviço, previne a duplicação de infraestrutura e serviços, reduz os custos e o mais importante, proporciona uma resposta mais rápida e efetiva às necessidades e expectativas do paciente.

Complementando a ideia anterior, Santana & Costa (2008), apontou que a atual estrutura de oferta de cuidados organizada na sua forma tradicional (horizontal), fortemente especializada e departamentalizada, não se encontram bem posicionada para lidar com um processo de integração vertical que requer programas multi e interdisciplinares.

Outro aspecto relevante que se apontou, foi à aproximação dos colaboradores e o envolvimento desses com o serviço. Tal aproximação proporciona trocas importantes que fortalecem ainda mais as relações internas e refletem na valorização do trabalho agregando mais conhecimento aos envolvidos.

De acordo com Santana & Costa (2008), a estrutura vertical traz uma maior responsabilidade coletiva, o desenvolvimento das atividades assistenciais de uma forma multidisciplinar permite uma permanente formação, em que a troca e partilha de conhecimento interpares eleva o *know-how* individual e necessariamente, a sua capacidade de resolução dos problemas de saúde dos pacientes. Assim, conseguem-se organizações mais dotadas, mais preparadas e mais evoluídas, parâmetros que permitem incrementar a qualidade assistencial aos consumidores.

O maior anseio exposto pelos entrevistados (equipe técnica), que atuam diretamente com os pacientes, foi à questão da interferência direta da gestão sobre a conduta médica, no entanto, esses profissionais acreditam que a estrutura vertical é uma ótima ferramenta para gestão em saúde, desde que, a autonomia profissional seja respeitada.

Nesse sentido, Souza & Salvalaio (2010), apontou que a economia de custos deve advir de reais eficiências na prestação de serviços, e não da restrição de tratamentos ou da redução da sua qualidade.

Respondendo a questão principal de pesquisa, a qual se refere a como a estrutura vertical de um serviço oncológico de saúde pode influenciar financeiramente na gestão de uma operadora de saúde suplementar, identificou-se que verticalizar um serviço oncológico pode trazer vantagens econômicas à operadora, além de possibilitar maior gestão sobre seus pacientes e recursos. Foi demonstrado que 43 pacientes com CA de próstata atendidos em rede própria representam uma economia de 7% e que 138 pacientes tratados para CA de mama em rede própria equivalem a 17% de economia à operadora. E não são só ganhos econômicos que a verticalização pode trazer à

gestão; de acordo com os gestores entrevistados, a estrutura vertical aproxima a assistência da gestão, fortalece a tomada de decisão e proporciona novos aprendizados a todos os envolvidos.

De acordo com Salvalaio & Souza (2009), muitas operadoras para se manterem competitivas no mercado, mudam sua estratégia de trabalho, ao invés de contratar serviço terceirizado para atender seus beneficiários, passam a verticalizar sua estrutura, buscando autossuficiência e maior controle dos gastos assistenciais.

Segundo Tisott *et al.*(2016), a verticalização é muitas vezes realizada com o objetivo de maximizar os lucros e os benefícios, o que será alcançado no momento em que a integração vertical permitir ganhos de eficiência dentro da organização. A eficiência da produção e os custos das transações representam os dois tipos importantes de ganhos de eficiência para as organizações, influenciando por economias de escopo e de escala.

Corroborando com a ideia anterior, Santana & Costa (2008), demonstraram que os benefícios da integração vertical, em nível de diminuição de custos, decorrem da capacidade de integração clínica e não da dimensão funcional administrativa constituída em economias de escala ou escopo. Refere-se da dimensão mais significativa da integração, uma vez que, é por meio dela que se realizam cuidados mais custos-efetivos com qualidade.

Para Alves (2008), é possível que os serviços assistenciais oferecidos sejam mais eficientes na operadora verticalizada, uma vez que nessa operadora, o monitoramento dos pacientes é mais efetivo, são criados programas voltados para prevenção da doença e promoção da saúde, as estruturas que compõem a cadeia produtiva de atenção à saúde são interligadas e o controle logístico de utilização da cadeia de serviços está sob a gestão da operadora.

Nesse sentido, Santana & Costa (2008), completou que a estrutura vertical diminui os riscos, por meio de acompanhamento do consumo esperado ao longo do processo de produção, reduzindo a incerteza (e o risco) presente na relação entre produtor e consumidor. E que uma melhor gestão financeira, mais específica e próxima do doente, possibilita que os recursos sejam canalizados para outras finalidades, como a formação ou a investigação (custos de oportunidades de recursos ineficientes).

De acordo com Tisott *et al.*(2016), os principais ganhos com a verticalização são: a satisfação dos pacientes, a desburocratização de alguns processos, o que permite que os problemas sejam resolvidos de forma rápida e eficaz, o aumento da resolutividade dos problemas, a potencialização dos recursos e a diminuição dos conflitos.

A facilidade de acesso a um único serviço, sem fronteiras visíveis, diminui o sentimento de desorientação, típico do consumidor de cuidados de saúde. Assim, é possível atingir um maior grau de satisfação por parte dos beneficiários que podem, em larga escala, criar *outputs* sociais valiosos para a comunidade que serve, favorecendo a dicotomia relacional entre organização prestadora de serviço e consumidores de cuidados de saúde (Santana & Costa, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A implementação da estrutura vertical em saúde pode ser considerada uma importante ferramenta na gestão de custos e serviços de uma operadora de saúde. A gestão direta do serviço pode proporcionar uma assistência mais acolhedora, holística e focada na necessidade do paciente, além de que, possibilita economia financeira em escopo e escala, aumenta a responsabilidade coletiva, amplia a capacidade resolutiva e favorece a partilha de conhecimento interpares.

O papel da equipe multiprofissional e a integração dos serviços tornam-se um diferencial na estrutura vertical, uma vez que, a condução equilibrada e compartilhada do paciente entre os diversos níveis de atenção, garante maior sucesso à assistência e ao serviço.

Diante da complexidade do tratamento oncológico e da extensa cadeia produtiva da saúde, a integração vertical dos serviços se torna um facilitador para os pacientes, que encontram serviços menos burocratizados e contam com a condução e monitoramento constante da sua saúde por uma equipe multiprofissional. O acompanhamento de perto do paciente e não só da sua doença, garante diminuição da ansiedade relacionada ao tratamento, maior adesão e melhor resposta ao tratamento.

A contribuição para a prática profissional é representada pela validação do trabalho que está sendo desenvolvido pela operadora de saúde estudada, uma vez que foi possível verificar múltiplos ganhos com a implantação da estrutura vertical. Com isso, é possível que em pesquisas futuras, o estudo seja expandido no que tange ao estudo do custo do tratamento de outras patologias oncológicas, ou até mesmo, outros processos da cadeia de serviços em saúde.

5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Não foi realizado um estudo que contemplasse as diversas doenças oncológicas, que cominam em solicitações de tratamento ao convênio de saúde e representam a utilização de diversas drogas presentes no mercado para o tratamento do câncer.

Não foram avaliados outros processos do tratamento oncológico, a citar: diagnóstico, cirurgia e radioterapia.

Outra limitação é o fato de se tratar de um estudo de caso único, em que foi avaliado o processo de estruturação vertical de uma única operadora de saúde suplementar, na modalidade de cooperativa, tendo em vista a existência de outras operadoras que atuam em diferentes modalidades no território brasileiro.

Outras limitantes são: a delimitação geográfica, uma vez que só foram analisadas solicitações de prestadores da cidade de São Paulo e o tempo de realização da pesquisa, visto que o prazo a ser cumprido impede um maior aprofundamento, impossibilitando o estudo de outras variáveis que são inerentes a uma estrutura vertical.

Para pesquisas futuras, sugere-se que estudos se aprofundem em outras variáveis da estrutura vertical, como por exemplo, a satisfação e a percepção do paciente que é assistido em um

serviço próprio. Recomenda-se ainda que seja realizado um estudo que avalie as principais dificuldades e gargalhos inerentes a estrutura vertical em saúde.

REFERÊNCIAS

Aaker, D. A. (1998). Marcas: brand equity: gerenciando o valor da marca. Gulf Professional Publishing.

Abbas, K., Lezana, Á. G. R., & Menezes, E. A. (2002). Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital. *Revista da FAE*, *5*(2).

Abreu, E., & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no CA da mama feminina. Revista Brasileira de Cancerologia, *48*(1), 113–31.

Agência Nacional de Saúde (2017). *Caderno de Informações da Saúde Suplementar*. Recuperado em 01 de fevereiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf

Agência Nacional de Saúde (2017). *Central de atendimento ao consumidor.* Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3851-ans-aprimora-central-de-atendimento-ao-consumidor-no-portal

Agência Nacional de Saúde (2018). *Dados e indicadores do setor.* Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor

Agência Nacional de Saúde (2018). *Dados Gerais.* Recuperado em 07 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais.

Agência Nacional de Saúde (2018). *Histórico*. Recuperado em 07 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico.

Agência Nacional de Saúde (2018). *Novo Rol de cobertura dos planos de saúde entra em vigor*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, dehttp://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4279-novo-rol-de-cobertura-dos-planos-de-saude-entra-em-vigor

Agência Nacional de Saúde (2018). *O que o seu plano deve cobrir.* Recuperado em 08 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/component/content/article?id=750:central-de-atendimentooqueoseu-plano-deve.

Agência Nacional de Saúde (2015). *Resolução normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015.* Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de

http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNw==.

Agência Nacional de Saúde (2018). *Resolução normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017.* Recuperado em 01 de fevereiro de 2018, dehttp://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==

Agência Nacional de Saúde (2018). *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - 2018.* Recuperado em 27 de janeiro de 2018, dehttp://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/2018/AnexoI_Rol-2018_Ok.pdf

Agência Nacional de Saúde (2018). *Tabela TUSS.* Recuperado em 27 de janeiro de 2018, dehttp://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/anexo_in34_dides.pdf

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (2018). *Bulário eletrônico.* Recuperado em 20 de abril de 2018, de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

Albuquerque, C., Piovesan, M. F., Santos, I. S., Martins, A. C. M., Fonseca, A. L.,Sasson, D.,& Simões, K. de A. (2008). A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciencia & saude coletiva*, *13*(5), 1421–1430.

Albuquerque, G. M. D., Fleury, M. T. L., & Fleury, A. L. (2011). Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. *Produção*, *21*(1).

Alves, S. L. (2008). Eficiência das operadoras de planos de saúde. *Revista brasileira de risco e seguro, Rio de Janeiro*, *4*(8), 87–112.

Aquino, S., & Piscopo, M. R. (2016). Conflitos entre gestores públicos, Ministério Público e usuários na dispensação de medicamentos de alto custo: Judicialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Revista ESPACIOS| Vol. 37 (Nº23) Año 2016*.

Araújo, Â. A. D. S., & Silva, J. R. S. (2018). Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 23, 2763-2770.

Baptista, M. N., dos Santos, K. M., & Dias, R. R. (2017). Auto-eficácia, lócus de controle e depressão em mulheres com CA de mama. *Psicologia Argumento*, *24*(44), 27–36.

Barroso, L. R. (2009). Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em:< http://www. tjmg. jus. br/portal/conhecimento-juridico/artigos-juridicos/detalhe-122. htm>, 60(188), 29–60.

Calais da Silva, F. (2005). Rastreio do cancro da próstata. *Acta urológica*, 11–13.

Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, *8*(2), 569–584.

Castro, J. D. (2002). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, *4*(7), 122–135.

Cecilio, L. C. de O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de saúde pública*, *13*(3), 469–478.

Ceschin, M. (2011). O impacto do novo rol de procedimentos. *Revista Debates GVsaúde*, (11), 7–10.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (2017). *A Comissão.* Recuperado em 20 de abril de 2018, de http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (2017). *Relatório para sociedade.* Recuperado em 20 de abril de 2018, de http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Sociedade/ReSoc48_TRANSTUZUMABE_cancer_mama.pdf

Costa, M. A. D. L., & Chagas, S. R. P. (2013). Quimioterapia neoadjuvante no câncer de mama operável: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *59*(2), 261–269.

Curigliano, G., & Criscitiello, C. (2017). Maximizing the clinical benefit of anthracyclines in addition to taxanes in the adjuvant treatment of early breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *35*(23), 2600–2603.

El Barouki, M. P. (2012). Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (2), 425–437.

França, S. B. (2014). A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, *49*(3), 83–98.

França, S. B. (2014). A presença do Estado no setor saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, 49(3), 83-98.

Fonseca, S. M. D., Gutiérrez, M. G. R. D., & Adami, N. P. (2006). Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Gadi, V. K., & Davidson, N. E. (2017). Practical approach to triple-negative breast cancer. *Journal of oncology practice*, *13*(5), 293–300.

Gandini, J. A. D., Barione, S. F., & Souza, A. E. de. (2008). A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. *Academia Brasileira de Direito*, 01–57.

Gava, C. M., Bermudez, J. A. Z., Pepe, V. L. E., & Reis, A. L. A. dos. (2010). Novos medicamentos registrados no Brasil: podem ser considerados como avanço terapêutico?, *16*(2), 3403–3412.

Hortobagyi, G. N. (1998). Treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, *339*(14), 974–984.

Instituto Nacional de Câncer – INCA (2018). *Estimativa 2018.* Recuperado em 07 de abril de 2018, de http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/

Instituto Nacional de Câncer – INCA (2013). *Rastreamento do Câncer de Próstata*. Recuperado em 22 de julho de 2018, de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf

Instituto Nacional de Câncer – INCA (2017). *Cartilha Câncer de Próstata: Vamos falar sobre isso?* Recuperado em 22 de julho de 2018, de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf

Instituto Nacional de Câncer – INCA (2016). *Cartilha Câncer de Mama: É Preciso Falar Disso*. Recuperado em 22 de julho de 2018, de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Cartilha_cancer_de_mama_vamos_falar_sobre_isso2016_web.pdf

Johnson, J. R., Williams, G., & Pazdur, R. (2003). End points and United States Food and Drug Administration approval of oncology drugs. *Journal of clinical oncology*, *21*(7), 1404–1411.

Júnior, J. P. B., & Messias, K. L. M. de. (2016). Sistemas de Serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde Brasileiro. *Saúde. com*, *1*(1). Recuperado de http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/20

Kaitin, K. I., & DiMasi, J. A. (2011). Pharmaceutical innovation in the 21st century: new drug approvals in the first decade, 2000–2009. *Clinical pharmacology & therapeutics*, *89*(2), 183–188.

Keating, N. L., O'malley, A. J., & Smith, M. R. (2006). Diabetes and cardiovascular disease during androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *24*(27), 4448–4456.

Kemp, C., Elias, S., Gebrim, L. H., Nazário, A. C. P., Baracat, E. C., & Lima, G. R. D. (2005). Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*.

Lei n° 9656, de 03 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Recuperado em 20 de abril, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm

Lei n° 12.401, de 28 de abril de 2011 (2011). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Recuperado em 20 de abril, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm

Macera, A. P., & Saintive, M. B. (2004). O mercado de saúde suplementar no Brasil. *Documento de trabalho*, (31). Recuperado de http://seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2004/DT_31.pdf

Machado, S. M., & Okino Sawada, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto & contexto enfermagem*, *17*(4), 750–757.

Malta, D. C., Cecílio, L. C. de O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. de O., Costa, M. A., & others. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*, *9*(2), 433–44.

Martins, G.A., & Theóphilo, C.R. (2009). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas.* São Paulo: Atlas.

Medeiros, C. R. G., & Gerhardt, T. E. (2015). Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Em Debate*, *39*, 160-170.

Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos avançados, 27(78), 27-34.

Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, *21*(1), 77–92.

Moreira, M. R., Ribeiro, J. M., & Ouverney, A. M. (2017). Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4), 1097-1108

Mottet, N., Bellmunt, J., Bolla, M., Briers, E., Cumberbatch, M. G., De Santis, M., … Joniau, S. (2017). EAU-ESTRO-SIOG guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *European urology*, *71*(4), 618–629

Novaretti, M. C. Z. ; Cwiek, M.A ; Barbosa, A. P. (2017) Brazil. In: James A. Johnson; Carleen Stoskopf. (Org.). Comparative Health Systems: A Global Perspective. 2ed.Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017, v. , p. 115-135.. In: James Johnson; Carleen Stoskopf: Leiy Shi. (Org.). . Brazil. In: James A. Johnson; Carleen Stoskopf. (Org.). Comparative Health Systems: A Global Perspective. 2ed.Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017, v. , p. 115-135.. 2ed.Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017, v. , p. 149-167.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico – OCDE (2018). Purchasing power parities (PPP). Recuperado em 10/06/2018 dehttps://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm

Paim, J. S. (2008). Modelos de atenção à saúde no Brasil. Giovanela L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, C

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2012). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, *6736*(11), 60054–8.

Pepe, V. L. E., & Schramm, F. R. (2010). 77 Judicialização da saúde, acesso à. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, *20*(1), 77–100.

Pessoto, U. C., Heimann, L. S., Boaretto, R. C., Castro, I. E. do N., Kayano, J., Ibanhes, L. C., Luiz, Olinda do Carmo. (2007). Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*, *12*(2), 351–62.

Pietrobon, L., Prado, M. L. do, & Caetano, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis (Rio J.)*, 767–783.

Piscopo, M. R., Aquino, S., & Novaretti, M. C. Z. (2013). Medicamentos Antineoplásicos e a ANVISA: O Caso Lenalidomida. *RAHIS*, *10*(3).

Portaria n°2.577 de outubro de 2006 (2006). Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.Recuperado em08 de abril, 2018, dehttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577_27_10_2006_comp.html

Preta, H. L. C. (2003). Análise da política de reajuste para planos individuais e coletivos implementada pela ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum*, *1*(0), 21–46.

Ramos, I. (2011). Verticalização e auditoria. *Revista Debates GVsaúde*, (11), 22–26.

Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. de S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. de. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*, 2299–2306.

Reis, C. O. O. (2014). O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, *51*(1), 124–147.

Resolução Normativa – RN n° 428 de 07 de novembro de 2017 (2017). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016.Recuperado em 08 de abril, 2018, de http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==

Revista Brasindice (2018).Guia Farmacêutica versão 8.5. Recuperado em 08 de abril, 2018, de http://www.brasindice.com.br/

Salvalaio, D., & de Souza, M. A. (2009). Custos na rede própria de operadora gaúcha de planos de saúde. *Revista de Contabilidade e Organizações*, *3*(5), 142–169.

Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *7*, 29–56.

Santos, D. L. dos, Leite, H. J. D., Rasella, D., & Silva, S. A. L. de S. (2014). Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*, *30*(6), 1293–1304.

Santos, J. L., Lima Pestana, A., Guerrero, P., Schlindwein Hörner Meirelles, B., & Lorenzini Erdmann, A. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *66*(2), 257–263.

Santos, I. S., Ugá, M. A. D., & Porto, S. M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(5), 1431–1440.

Sato, F. R. L. (2007). A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *RAP*, *41*(1), 49–62.

Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA: a cancer journal for clinicians*, *68*(1), 7–30.

Silva, S. F. D. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*, 2753-2762.

Silva, C. B., Albuquerque, V., & Leite, J. (2010). Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev bras cancerol*, *56*(2), 227-36.

Souza, M. A. de, & Salvalaio, D. (2010). Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *28*(4), 305–310.

Tisott, P. B., Prantz, C., Malafaia, G. C., Tondolo, V. A. G., & Borelli, V. (2016). Integração Vertical nos Sistemas de Saúde Suplementar: O Caso de uma Operadora de Saúde na Modalidade de Autogestão. *Revista Gestão Industrial*, *12*(1), 78–94.

Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. de. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*, 599–613.

Veloso, G. G., & Malik, A. M. (2010). Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE-eletrônica*, *9*(1).

Weyland, K. (1995). Social movements and the state: the politics of health reform in Brazil. *World Development*, *23*(10), 1699-1712.