

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA

ALEXANDRE MIRANDA PAGNONCELLI

ESTRATÉGIA COMPETITIVA E EFICIÊNCIA OPERACIONAL: UM ESTUDO DE
CASO NO SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DO BRASIL

Porto Alegre

2010

ALEXANDRE MIRANDA PAGNONCELLI

ESTRATÉGIA COMPETITIVA E EFICIÊNCIA OPERACIONAL: UM ESTUDO DE
CASO NO SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DO BRASIL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Economia, modalidade profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Henkin

Porto Alegre

2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Responsável: Biblioteca Gládis W. do Amaral, Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS

P139e

Pagnoncelli, Alexandre Miranda

Estratégia competitiva e eficiência operacional: um estudo de caso no setor de operadoras de planos de saúde do Brasil / Alexandre Miranda Pagnoncelli.- Porto Alegre, 2010.

130 f. : il.

Orientador: Hélio Henkin.

Ênfase em Economia Aplicada.

Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Economia, Porto Alegre, 2010.

1. Estratégia competitiva: Plano de saúde : Estudo de caso. 2. Estratégia empresarial : Competitividade : Custos. 3. Economia da saúde. I. Henkin, Hélio. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Economia. III. Título.

CDU 61 : 33

ALEXANDRE MIRANDA PAGNONCELLI

ESTRATÉGIA COMPETITIVA E EFICIÊNCIA OPERACIONAL: UM ESTUDO DE
CASO NO SETOR DE OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DO BRASIL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Economia da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Economia, modalidade profissionalizante, com ênfase em Economia Aplicada.

Aprovada em: 05 de novembro de 2010.

Prof. Dr. Hélio Henkin – Orientador

UFRGS

Prof. Dr. Giacomino Balbinotto - Examinador

Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro - Examinadora

Prof. Dr. Antonio Padula - Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por ter me concedido saúde, graça e a oportunidade de elaborar esta dissertação.

À minha esposa Simone por seu carinho e amor incondicional. Meu Porto Seguro. Sem o seu suporte não teria concluído o Mestrado.

Ao meu amado filho Felipe que todos os dias, ao me ver trabalhando na dissertação, sempre entrava no escritório para me abraçar, beijar e citar o seu lema de vida “Pai, se a gente quer, é possível!” dando combustível a mais para a conclusão deste trabalho.

Um especial agradecimento ao meu amigo, orientador e incentivador Prof. Dr. Hélio Henkin. Pela sua dedicação, atenção e comprometimento.

Aos meus pais Clóvis e Eunice; meus irmãos Carlos, Rogério, Luciana, pelo incentivo e apoio.

Aos meus sogros Pedro e Olga pelo carinho e incentivo.

Aos meus cunhados Luiz Pedro, Simone, Fabiano, Tatiane, Sandra e Marcelo pela amizade e apoio.

Quero fazer um agradecimento especial às Diretorias e Conselhos de Administração da Unimed Porto Alegre, Unicred Porto Alegre e Unimed Central de Serviços do RS pelo apoio constante e pela confiança depositada em meu trabalho.

Aos meus colegas médicos, meus amigos e todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração deste estudo.

Finalmente, agradeço aos colegas do Mestrado em Economia, aos professores e às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Economia – PPGE da UFRGS pelo incansável apoio e auxílio.

“Não é porque certas coisas são difíceis que nós não ousamos.

É porque nós não ousamos que tais coisas são difíceis.”

(Sêneca - filósofo romano)

RESUMO

A dissertação tem como objetivo analisar o caso da Gestão de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) em uma empresa operadora de planos de saúde (UNIMED RS), no contexto das condições sistêmicas e setoriais de competitividade e das escolhas estratégicas da empresa. Utilizando conceitos e esquemas analíticos de economia da estratégia, a dissertação procura mostrar como a gestão de OPME é importante para equacionar o *trade-off* entre custo e diferenciação, dada as escolhas estratégicas que caracterizam o posicionamento competitivo da UNIMED, no âmbito do setor de operadoras de planos de saúde e com as limitações impostas pelo agente regulador setorial. Os avanços na área de materiais médicos são impressionantes. A velocidade com que são lançados no mercado os novos materiais cirúrgicos (Órteses, Próteses e Materiais Especiais, OPME) é um reflexo da facilidade com que se tem acesso à informação nos dias de hoje. Estes materiais, são materiais de elevado custo, existem dúvidas quanto a sua efetividade e segurança para os beneficiários/pacientes e que acarretam um aumento geométrico dos custos das operadoras de planos de saúde que, devido ao controle rigoroso, governamental, não conseguem repassar esses custos aos seus beneficiários. O Sistema Unimed, identificando a necessidade de um processo estruturado que avalie a incorporação de novas tecnologias na área da saúde, e com o objetivo de manter o *status* da instituição como empresa que oferta aos seus beneficiários a melhor tecnologia médica disponível, criou a sua Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências. Nesse contexto, este estudo aborda a experiência do Sistema Unimed com essa gestão e absorção de novas tecnologias.

Palavras-chave: Estratégia competitiva. Fatores competitivos sistêmicos e setoriais. Posicionamento estratégico. Eficiência operacional. Estratégia de diferenciação. Estratégia de custo.

ABSTRACT

The objective of the dissertation is to analyze the administration of OPME (Ortheses, Protheses and Special Materials) in a health care company (UNIMED RS), in the context of the systemic and sectorial conditions of competitiveness and of the strategic choices of the company. Using concepts and analytic outlines of the economy of the strategy, the dissertation seeks to show how important the administration of the OPME is for the *trade-off* between cost and differentiation, given the strategic choices that characterize the competitive positioning of UNIMED in the ambit of the section of Health Plans and with limitations imposed by the sectorial regulator agent. The progress in the area of medical materials is impressive. The speed that the new surgical materials (Ortheses, Protheses and Special Materials) are introduced in the market is a reflex of the easiness to access information nowadays. These materials are materials of high cost, and there is still doubt about the effectiveness and safety of these materials for the patients, besides there is a geometric increase of the costs of the Health Plans and due to the rigorous governmental control these costs cannot be passed to the beneficiaries. The Unimed System, aware of the need for a structured process that evaluates the incorporation of new technologies in the area of health, and with the objective to maintain its status as an institution that offers its beneficiaries the best medical technology available, created its own Technical Chamber of Medicine Based on Evidences. In this context, this study approaches Unimed's experience in this administration and the absorption of new technologies.

Keywords: Competitive strategy. Sectorial and Systemic Competitive Factors. Strategic positioning. Operational efficiency. Strategy of differentiation. Strategy of cost.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 COMPETITIVIDADE, ESTRATÉGIA COMPETITIVA E POSICIONAMENTO DE MERCADO	20
2.1 COMPETITIVIDADE: CONCEITO.....	20
2.2 ESTRATÉGIA COMPETITIVA.....	22
2.3 POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO PARA A VANTAGEM COMPETITIVA.....	33
3 A EVOLUÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS COMPETITIVAS DAS EMPRESAS	48
3.1 A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE	58
3.2 A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....	58
3.3 OS ATORES QUE OPERAM NA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	60
3.4 ROL DE PROCEDIMENTOS.....	61
3.5 COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL.....	64
4 ESTRATÉGIAS COMPETITIVAS E GESTÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS MÉDICAS EM UMA OPERADORA DE SAÚDE.....	66
4.1 A ESTRATÉGIA DA UNIMED.....	66
4.2 O QUE É TECNOLOGIA EM SAÚDE?.....	78
4.3 CICLO DE VIDA DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	80
4.4 GESTÃO DE ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME).....	83
4.5 CATEGORIAS E COMPONENTES	87
4.6 DIRETRIZES CLÍNICAS	88
4.7 A DECISÃO CLÍNICA	89
4.8 CÂMARA TÉCNICA DE MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DO SISTEMA UNIMED	96

4.9 OBJETIVO GERAL	98
4.10 PRINCÍPIOS.....	98
4.11 UTILIZAÇÃO DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA SUBSIDIAR A GESTÃO: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (ATS).....	99
4.12 RACIONALIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA.....	102
4.13 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE.....	104
4.14 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	105
4.15 HIERARQUIZAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	106
4.16 ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE.....	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS	126

1 INTRODUÇÃO

A saúde de uma população resulta das condições de vida biológica, social, cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si com a natureza e com o trabalho. A saúde deve ser mantida através do incremento da qualidade da vida, e não somente pela assistência médica ou à saúde. Este conceito amplo depende da articulação de todos os setores sociais e econômicos, sendo o direito à saúde o pressuposto que deveria nortear não somente as políticas setoriais, mas também ser um objetivo maior integrador de todas as políticas sociais e econômicas do Estado, significando uma ação articulada de todo o conjunto de políticas públicas, como as relativas ao emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, lazer, entre outras. Assim, assistência à saúde não se restringe ao atendimento médico. Este fato não diminui, porém, a importância das políticas que visam garantir o acesso e a qualidade da assistência médica, que são condições fundamentais para que se alcance o estado de saúde definido na Constituição do Brasil de 1988. Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou que a saúde e o estado de bem-estar dependem do bom funcionamento dos sistemas de saúde e que quase todos os sistemas de saúde poderiam aproveitar melhor seus recursos, evitando desperdícios e implementando medidas que favoreçam a prevenção e equidade na alocação dos recursos sociais (WHO, 2000). Trata-se, neste estudo, do “mercado da saúde” somente no que diz respeito à assistência médica, isto é, da assistência médica à doença. A prestação destes serviços envolve basicamente três participantes. O operador de um plano de saúde, que pode ser o governo ou seguradoras privadas, e os provedores de cuidados médicos, que, uma vez mais, podem ser públicos ou privados, e os segurados. O mercado de serviços de saúde é singular, apresentando seu financiamento e provimento um aspecto moral e de grande apelo emocional. O ambiente de mercado no qual os bens e serviços de saúde são consumidos é diretamente associado à vida, tanto em relação a sua duração quanto a sua qualidade. Valores, que do ponto de vista individual e social, não podem ser consumidos em nível mínimo, não sendo possível a determinação de limites para seu consumo ou obrigatoriedade de financiamento próprio para sua compra. Por sua importância e peculiaridade, a assistência à saúde é assumida como objetivo e obrigação da grande maioria dos Estados modernos, visando garantir que toda a população possa usufruir desses bens e serviços. A existência de um sistema de assistência à saúde, privado ou público, resulta em ganhos de bem-estar para os

indivíduos e para o Estado, o que não implica, porém, que seu financiamento e provimento sejam exclusivamente públicos. O acesso a esses bens e serviços pode ser garantido através de diversos mecanismos como: implementação de um sistema de saúde compulsório com provimento público dos bens e serviços considerados meritórios, políticas de subsídio que permitam aos grupos com menor renda o acesso ao seguro-saúde privado, financiamento público dos gastos com saúde para grupos específicos, entre outros. A escolha dos mecanismos de provimento e financiamento desses bens e serviços está relacionada à discussão de quais mecanismos são mais eficientes em garantir qualidade e universalidade de acesso aos bens de saúde.

No Brasil, a opção por um sistema de saúde misto (público e privado) foi assumida em parte pela incapacidade de prover serviços públicos de saúde para todos, parte por tradição devido a tardança da implantação de um estado de “bem-estar”. Este sistema misto de saúde resultou na situação atual em que cerca de 20% da população brasileira têm, além do direito de acesso ao serviço público, acesso a serviços de saúde providos por planos e seguros de saúde privados, e a rede pública tem dificuldades em atender, confortavelmente, os 80% da população que dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

O que se verifica na prática é uma reinterpretação do princípio universalista aprovado na última Constituição que, na realidade, ao invés de funcionar como um mecanismo de inclusão social, se mostrou focada aos grupos de menor renda da população, já que os segmentos que têm condições de optar por serviço de acesso mais fácil são absorvidos pela medicina suplementar.

O setor público, ao invés de competir com o setor privado, procura demarcar um campo de complementaridade. Assim, o setor privado de saúde suplementar aposta no insucesso do SUS como estratégia de viabilizar-se ainda mais, beneficiando-se do processo de universalismo excludente (FAVERET; OLIVEIRA, 1990).

Desde 1990, sedimentou-se um perfil híbrido, ou no mínimo paradoxal, das políticas de saúde. Ao mesmo tempo em que se conseguiu inscrever nos textos constitucionais alterações vinculadas a um modelo de “bem-estar” institucional-redistributivo concernente aos princípios da reforma sanitária, se consolidava na prática uma tendência de política social de características residuais e segmentárias com a consolidação de um setor privado de saúde suplementar.

A Constituição brasileira de 1988 define o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em seu artigo 198 parágrafo 1º, assegura a participação complementar do setor privado, sem discutir a integração entre esses dois setores.

A grande dificuldade no estudo da atenção à saúde no Brasil decorre do fato de ser um sistema pouco consolidado, visto que sua regulamentação data de 1988, com a criação do SUS, em relação ao sistema público, e de 1998 com a promulgação da Lei nº 9.656 que reorganiza os planos de saúde privados (BRASIL, 1998).

Está, assim, o sistema de saúde no Brasil ainda em fase de constante experimentação e regulamentação, o que vem obrigando seus dirigentes, grupos de beneficiários e associações politicamente atuantes a constante adaptação e experimentação com o uso de mecanismos de gestão ainda pouco disseminados e consolidados.

Esse mercado pouco consolidado e influenciado por aspectos morais, políticos e sociais ainda deve levar em consideração o comportamento dos agentes envolvidos, pelos problemas de assimetria de informação (risco moral, seleção adversa e custos transacionais), externalidades e aqueles relacionados ao ambiente político e social ainda instável. Tudo isso torna esse mercado ainda mais complexo e distante dos mercados competitivos ou ideais. O embasamento para a formulação de políticas regulatórias para esse setor exige um grande investimento em pesquisa para que as ações realizadas direcionem essa atividade para seu objetivo que é o de aumentar a saúde e o bem-estar da população além de reduzir os gastos individuais e do Estado, com a assistência à saúde.

Um indivíduo não pode garantir os recursos financeiros necessários para cobrir o custo de todos os tratamentos médicos que possa necessitar durante a vida, pois a ocorrência da doença ou o custo de seu tratamento não pode ser previsto. A opção, para aqueles que pretendem usar a medicina privada, é coletivizar o custo dos tratamentos médicos e o risco de adoecer por intermédio de uma poupança coletiva. Desta forma, o risco de “gastar com saúde” passa a ser previsível e passível de financiamento pela poupança coletiva.

As operadoras de planos de saúde, por sua vez, calculam o custo financeiro dos tratamentos, a serem prestados a uma dada população, a partir da incidência e prevalência de patologias e de uma taxa histórica de utilização. Esses dados, em uma grande população, podem ser previstos a partir de dados estatísticos. Os custos médios dos procedimentos necessários aos diversos tratamentos e à prevenção também podem ser obtidos de dados do mercado.

O mercado de serviços médicos deve ser estudado pela observação da tríade formada por consumidores, operadoras ou seguradoras e provedores de serviços. Os consumidores e os provedores correspondem à demanda do mercado. As seguradoras e operadoras de planos de saúde são responsáveis pelo financiamento ou reembolso aos ofertantes. A produção ou oferta de serviços é de responsabilidade dos provedores que incluem os médicos, profissionais de

serviços auxiliares, hospitais e laboratórios. O trabalho no setor saúde tem especificidades que se expressam na sua organização institucional. As propriedades econômicas especiais da atenção médica (*medical care*) determinam a existência do que é denominado na literatura econômica “falhas de mercado” (*market failures*). Ou seja, a pura atuação das forças de mercado não é uma receita adequada para o funcionamento do setor, como reconhece recente Relatório do Banco Mundial (WORLD BANK, 2002). A sociedade constrói formas institucionais variadas para superar essa incapacidade do mercado, determinando um papel essencial a instituições não-mercantis para o provimento adequado desses serviços. As instituições do Estado de Bem-Estar (*Welfare-state*) podem ser estudadas como uma expressão acabada das tentativas sociais de superação das falhas de mercado generalizadas no setor saúde.

Os planos e seguros de saúde, encarados como mercado, poderiam ter funcionamento similar ao de qualquer outro de prestação de serviços. Porém, no mundo real, esse mercado possui algumas características que o diferenciam, como: a imprevisibilidade, em relação ao custo e ocorrência, das despesas médicas e a assimetria de informações entre os agentes.

Entre os tópicos que atualmente se destacam nesse mercado da saúde Suplementar no sentido de viabilizar economicamente esse segmento está a adequada gestão e incorporação de novas tecnologias médicas para a saúde. A estratégia baseia-se na ampliação da produção de conhecimentos científicos, como forma de subsidiar os gestores na tomada de decisão quanto à incorporação ou não de tecnologias no sistema de saúde.

O desenvolvimento, a incorporação e a utilização de tecnologias nos sistemas de saúde, bem como a sua sustentabilidade, estão inseridos em contextos sociais e econômicos, que derivam da contínua produção e consumo de bens e produtos. Após a Segunda Guerra Mundial, o acentuado desenvolvimento científico e tecnológico contribuiu para que o complexo econômico da saúde se constituísse como um dos setores de maior desenvolvimento, ao mesmo tempo, a saúde dos indivíduos e das populações passou a ser considerada um direito a ser preservado, contribuindo para a expansão dos sistemas de saúde e da medicalização das sociedades.

Em vários países, em menor ou maior grau, os sistemas de saúde, ainda que inseridos em economias de mercado, foram fortemente influenciados por políticas públicas com perspectivas diversas, bem como pelo fortalecimento do papel de seus profissionais e usuários que, juntos, exercem uma forte pressão pela incorporação de novas tecnologias. O crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações ocorridas têm levado a necessidades

diversificadas de atenção. Dessa forma, se faz social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias nos sistemas de saúde.

Gestores governamentais da área da saúde na Austrália e em países da América do Norte e da Europa Ocidental passaram a considerar, a partir do início da década de 1990, a produção e o uso de evidências científicas nas políticas de regulação e nos padrões de incorporação e de utilização de tecnologias. As discussões atuais sobre o impacto dessas políticas consideram que o conhecimento em saúde se articula em uma perspectiva populacional e social, superando os limites da prática clínica individual. De forma sistemática e passível de ser compartilhado, o estudo das diferentes tecnologias, de suas consequências biomédicas e de seu custo social contribui para a melhor compreensão dos problemas identificados nos serviços de saúde, constituindo-se em importante ferramenta para a formulação de ações que possam interferir no sistema. Isto é, considera-se que o maior acesso dos gestores da saúde pública e privada a esse conhecimento seja positivo para a compreensão da complexa articulação das tecnologias com os processos políticos e técnicos, que constroem, nos diferentes níveis dos sistemas de saúde, os padrões de incorporação e utilização das tecnologias. A constituição de padrões e práticas de incorporação e utilização de tecnologias depende de um processo que se intitula “gestão de tecnologias em saúde”. Assim, define-se, *lato sensu*, gestão de tecnologias em saúde como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Esse processo deve ter como referenciais as necessidades de saúde, o orçamento público, as responsabilidades dos três níveis de governo e do controle social, além dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, que fundamentam a atenção à saúde no Brasil.

Consideram-se tecnologias em saúde: medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais (OPME), equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por objetivo garantir a universalidade e integralidade à saúde permitiu maior acesso da população às redes de atenção. No entanto, constata-se que os recursos existentes nem sempre são utilizados da forma mais efetiva e equitativa para que esse objetivo seja atingido. Para garantir o princípio da universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de atenção, o SUS prevê a participação da sociedade nos Conselhos Nacional,

Estaduais e Municipais de Saúde. Além dessas instâncias colegiadas de controle social, os Ministérios Públicos Federal e Estaduais vêm fiscalizando o desempenho do SUS.

O processo de gestão de tecnologias em saúde implica uma reflexão sobre o princípio da equidade, visto que o SUS é um sistema hierarquizado, no qual a tomada de decisão para incorporação tecnológica envolve 27 unidades federativas e cerca de 5.600 municípios, com necessidades específicas e diferentes tetos financeiros. Os programas e as ações a serem implantados e operacionalizados no SUS são pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Essas questões dimensionam a complexidade do processo decisório entre e nas instâncias gestoras do SUS, quando são agregados os elementos de regionalização.

No âmbito da saúde suplementar, a gestão de tecnologia desponta como instrumento de regulação, fiscalização e controle da qualidade da assistência prestada pelas operadoras de planos de saúde, cujos clientes têm assegurado o direito de acesso, utilização e continuidade de serviços que satisfaçam adequadamente às suas reais necessidades. A adequada regulamentação e o funcionamento da saúde suplementar requerem que o poder público, as operadoras de planos de assistência à saúde, os prestadores de serviços e as entidades representativas dos beneficiários recorram aos instrumentos de gestão de tecnologias a fim de definirem e observarem parâmetros e indicadores de qualidade dos serviços oferecidos. A experiência vivenciada antes do marco regulatório do mercado de saúde suplementar, que se caracterizava pela ampla liberdade que as empresas do segmento detinham para definir o conteúdo dos produtos oferecidos, reforça a necessidade de a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, entidade reguladora do setor, adotar, dentre outras estratégias, a gestão de tecnologias em saúde. O propósito é cumprir sua missão institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Reforça-se a participação da ANS no processo de gestão de tecnologias de forma integrada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e ao Ministério da Saúde. Isso porque cerca de quarenta milhões de brasileiros beneficiários de planos de saúde têm assegurado também seu direito de acesso ao SUS, sendo garantido ainda o ressarcimento ao sistema público pelas operadoras.

Atualmente, os seguintes setores estão envolvidos no processo de gestão de tecnologias em saúde:

- Administração direta do Ministério da Saúde nas áreas de ciência, tecnologia e inovação; insumos estratégicos; atenção à saúde; vigilância em saúde; gestão participativa; gestão do trabalho e educação em saúde, entre outros;

- Agências de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar;
- Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Universidades, hospitais de ensino e centros de pesquisa;
- Prestadores de serviço de saúde;
- Ministério Público;
- Poder Judiciário e Legislativo;
- Entidades do controle social como Conselhos de Saúde;
- Órgãos do Executivo envolvidos com ciência, tecnologia e produção industrial;
- Sociedades Científicas;
- Operadoras de plano de saúde;
- Associações, conselhos e sociedades de profissionais;
- Câmaras setoriais e entidades representativas da indústria.

O Ministério da Saúde criou o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (CCTI/MS). Esse Conselho, coordenado pela SCTIE, possui entre as suas atribuições: implantar a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; definir diretrizes e promover a avaliação de tecnologias visando à incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços de saúde. Para operacionalizar essa responsabilidade, foi criado o Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde (GT ATS), coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia, com o objetivo de coordenar e acompanhar as atividades de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) de interesse para o sistema de saúde. Em 2006 foi criada a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), responsável por gerenciar o processo de incorporação de tecnologias, elaborando rotinas, fluxos e recomendações para apoiar a decisão. Os órgãos da administração direta possuem papel estratégico na incorporação de tecnologias relacionadas às políticas de prevenção, controle e vigilância em saúde, atenção básica e de média e alta complexidade, de assistência farmacêutica, de atenção a grupos populacionais específicos e vulneráveis. Geralmente, estabelecem grupos assessores para auxiliar a elaboração de diretrizes assistências e o processo decisório sobre o emprego de tecnologias em saúde. Na administração indireta, a Anvisa tem a missão de regular as tecnologias, normatizando a entrada no mercado brasileiro dos produtos oriundos do complexo industrial da saúde e o seu correspondente uso público e privado nos diferentes setores de serviço, além de participar da construção do acesso a essas tecnologias. Compete à ANS, entre outras atribuições, avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de

planos privados de assistência à saúde para garantir compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica. PNGTS Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde

Nos outros níveis do SUS, a gestão de tecnologias em saúde se encontra em fase de desenvolvimento inicial. Cabe salientar que, de igual modo, algumas unidades vinculadas ao SUS, como é o caso dos hospitais universitários, vêm utilizando a medicina baseada em evidências como estratégia para avaliação de tecnologias. No âmbito do Conselho Nacional de Saúde, destaca-se o papel da Comissão de Ética em Pesquisa (Conep) que atua para garantir os direitos dos sujeitos participantes de pesquisas envolvendo seres humanos. Diante do exposto, sem questionar o esforço de cada uma das instituições citadas, verifica-se a necessidade de otimizar as atividades institucionais segundo pressupostos de uma política de gestão de tecnologias que articule as instâncias federal, estadual e municipal, agências reguladoras, indústria, prestadores e órgãos de controle social envolvidos no sistema de saúde brasileiro. Alguns elementos reforçam a necessidade de uma Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde:

O acentuado desenvolvimento científico e tecnológico e a expansão do complexo industrial da saúde, que levam à inserção acelerada de novas tecnologias no mercado.

Os processos de inovação tecnológica podem acarretar aumento dos custos dos sistemas de saúde, devido aos renovados investimentos em infraestrutura e capacitação de recursos humanos.

Métodos diagnósticos e terapêuticos gerados em países desenvolvidos muitas vezes são exportados para os em desenvolvimento, sem avaliação dos efeitos esperados, tendo como parâmetro as necessidades epidemiológicas e a capacidade instalada desses países.

A incorporação sem critérios explícitos e o uso inadequado dessas tecnologias implicam riscos para os usuários, assim como comprometem a efetividade do sistema de saúde.

Ausência de processos que possibilitem identificar tecnologias emergentes para incorporação no sistema de saúde.

Mecanismos insuficientes de monitoramento dos resultados para a saúde e dos impactos causados pelas tecnologias ainda em estágio inicial de sua utilização.

Na saúde, as novas tecnologias tendem historicamente a ser agregativas, e não substitutivas, e os critérios de obsolescência são de complexa definição.

O processo de difusão inicial cria demandas por novas tecnologias e gera uma pressão sobre o sistema para que haja a incorporação, ainda que não se conheça a sua efetividade e, tampouco, tenham sido calculados os recursos financeiros necessários para incorporação.

A crença de que, isoladamente, as tecnologias resolverão os problemas de saúde e promoverão mais qualidade de vida, garantindo maior resolutividade às ações e aos serviços.

A frequência com que as decisões judiciais têm obrigado o sistema de saúde a garantir a oferta de procedimentos e medicamentos. Alguns, inclusive, destituídos de evidência científica, causando impacto significativo nas previsões orçamentárias do sistema de saúde.

Considerando esses aspectos, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde terá o propósito de garantir que tecnologias seguras e eficazes sejam usadas apropriadamente. Ou seja, não é suficiente saber que o uso de uma tecnologia traz benefício, é necessário também planejar e assegurar que os recursos financeiros destinados à saúde pública sejam utilizados sem prejuízo da equidade e dos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Neste sentido, esta Política orientará os diferentes atores do sistema de saúde na decisão sobre as atividades relacionadas à avaliação, incorporação, utilização, difusão e retirada de tecnologias no sistema de saúde.

O Sistema Unimed dentro do seu posicionamento estratégico no mercado de saúde privado do Brasil faz uma clara opção por ser uma operadora que oferece qualidade aos seus clientes/contratantes.

A decisão estratégica foi a de proporcionar o maior valor aos clientes ou gerar valor comparável a um custo o mais adequado possível. A estratégia é a criação de uma posição única e valiosa que engloba um conjunto diferente de atividades. Se apenas houvesse um posicionamento ideal, não haveria necessidade de estratégia. A essência do posicionamento estratégico é o de escolher atividades diferentes das dos rivais.

O fornecimento de maior valor permite à empresa cobrar preços unitários médios mais elevados; a sua maior eficiência resulta em custos unitários médios mais baixos. A percepção de qualidade dos clientes resulta na possibilidade de a Unimed poder cobrar mais por seus serviços. A eficácia operacional significa o desempenho de atividades de uma maneira superior à da concorrência. Práticas pelas quais a empresa utiliza melhor os insumos. O Sistema Unimed encontra-se hoje na “fronteira da produtividade”, adotando estratégias que oferecem as melhores tecnologias médicas disponíveis, com um rigoroso controle da absorção de novas tecnologias e negociação de preços a serem pagos por estas tecnologias. A estratégia competitiva consiste em ser diferente. Significa escolher deliberadamente um conjunto

diferente de atividades para fornecer uma combinação única de valor. Ter um posicionamento único não chega para garantir uma vantagem sustentável.

Fazer as escolhas diante dos *trade-offs* existentes é decisivo para competir e é essencial à estratégia. A escolha entre as combinações possíveis de custo e qualidade (ou diferenciação) define a própria estratégia ou posicionamento de mercado. Mas é necessário também uma melhoria contínua na eficiência operacional para se atingir uma rentabilidade superior, especialmente na presença de atividades que envolvem tecnologias de alto custo. Para atingir uma vantagem competitiva, uma empresa deve não apenas criar um valor positivo, mas deve-se também criar mais valor do que empresas rivais. (Porter, 1996)

Devido ao fato de que os órgãos governamentais ainda não estão suficientemente organizados para realizar a adequada gestão de incorporação de novas tecnologias no país, o Sistema Unimed já está organizado em Câmaras Técnicas que utilizam os critérios da Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE) para realizar esta gestão. O objetivo da dissertação é analisar o caso da Gestão de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) em uma empresa operadora de planos de saúde (UNIMED RS), no contexto das condições sistêmicas e setoriais de competitividade e das escolhas estratégicas da empresa. Este estudo relata a experiência do Sistema Unimed com esta gestão de novas tecnologias. Através de um estudo de caso da empresa Unimed vai-se analisar como o processo de absorção de novas tecnologias (gestão de OPME) pode ser alinhado com o posicionamento estratégico ou escolhas estratégicas adotadas pela empresa Unimed. A importância do tema está ligada ao fato de que OPMEs tendem a apresentar custo elevado, são objeto de regulamentação e colocam a empresa no desafio de equacionar o *trade-off* entre custo e diferenciação de modo compatível com a estratégia competitiva adotada, tendo como limites ou condicionantes as regras impostas pelos reguladores.

2 COMPETITIVIDADE, ESTRATÉGIA COMPETITIVA E POSICIONAMENTO DE MERCADO

2.1 COMPETITIVIDADE: CONCEITO

A complexidade do tema é observada através da análise realizada por Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995), que definem competitividade como “[...] a perspectiva do desempenho que se expressa na participação alcançada no mercado”. Em um mercado globalizado, ágil e complexo, entender o conceito, a importância, a maneira e o grau que a competitividade atua na indústria é fundamental para a empresa. A definição de competitividade é o resultado de três fatores: o primeiro, são fatores controlados pela empresa: RH, pós-venda, tecnologia e relação com fornecedores. O segundo, são fatores sob o comando parcial da empresa: área em que atua (localização, faixa de renda, etc.), configuração da indústria (concentrada? Quanto produz?) e a relação com os concorrentes. O terceiro refere-se às externalidades da empresa (fatores macroeconômicos, políticos, sociais etc.).

O melhor enfoque para competitividade é aquele relacionado à capacidade das empresas em ampliar ou manter, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado, isto é, são competitivas aquelas empresas que no mínimo mantêm suas fatias de mercado ao longo dos anos. São competitivas as empresas que no mínimo se mantêm perenes. É de se destacar que a existência de uma estratégia concorrencial formal demonstra a preocupação que a empresa tem para esse aspecto, bem como é garantia de que tal situação foi de fato avaliada, estudada, não decorrendo de postura puramente intuitiva da organização.

Por outro lado, as experiências e capacitações acumuladas pelas empresas refletem as estratégias concorrenciais adotadas pelas mesmas, isto é, o desempenho obtido por uma empresa é determinado pelas capacitações que reúne.

Assim, as capacitações de uma empresa são fatores determinantes da competitividade, pois se relacionam diretamente com o desempenho da empresa. Tais fatores são chamados de fatores empresariais, sobre os quais a empresa detém poder de decisão e podem ser controlados ou modificados através de condutas assumidas pela empresa.

Segundo Ferraz, Kupfer e Haguenaer (1995), tais fatores podem ser subdivididos em quatro áreas de competência:

1) Eficácia da gestão, abordando aspectos de capacidade de integração da estratégia, capacitação e desempenho da empresa (marketing, serviços de pós-venda, finanças, administração e planejamento);

2) Inovação (conhecimento ou acesso disponível), abordando o emprego de novos materiais, novas tecnologias, para produtos e processos;

3) Eficácia da produção, abordando aspectos relacionados ao grau de atualização de equipamentos, novas técnicas organizacionais, programas de qualidade; e

4) Recursos humanos, abordando aspectos de produtividade, qualificação, flexibilidade de emprego.

Naturalmente que outros fatores externos à empresa influenciam profundamente na competitividade da mesma. São os chamados fatores estruturais e os fatores sistêmicos. Os fatores estruturais são aqueles sobre os quais a capacidade de intervenção da empresa é limitada, estando parcialmente sob sua área de influência. Podem ser caracterizados por:

1) Mercado, com seu tamanho e dinamismo, seu grau de sofisticação;

2) Configuração da indústria, com seu desempenho e capacitação, estrutura produtiva e articulações em cadeia.

Por sua vez, os fatores sistêmicos são aqueles que constituem externalidades para a empresa, sobre os quais ela detém escassa ou nenhuma possibilidade de intervenção.

Estão relacionados a:

- Ambientes macroeconômicos, mediante estabelecimento de carga tributária, oferta de crédito para financiamento das edificações, taxas de juros, entre outros fatores;

- Ambiente político-institucional, mediante estabelecimento da política tributária e o poder de compra dos governos (casas populares);

- Ambiente legal-regulatório, mediante o estabelecimento de legislação que afete o setor (proteção ao consumidor, preservação ambiental, lei de uso do solo, etc).

- Ambiente infraestrutural, pela disponibilidade, qualidade e custo de energia, transporte, telecomunicação, assim como insumos básicos e, principalmente, pela disponibilidade de determinantes relacionados à metrologia e normalização;

- Ambiente sociais, pela existência de qualificação de mão-de-obra (educação profissionalizante e treinamento), políticas trabalhistas e de seguridade social;

- Ambiente internacional, mediante a existência de fluxos internacionais de capital para financiamentos, bem como determinantes relacionados à globalização.

Como se constata, os fatores empresariais e os sistêmicos influenciam com mais intensidade a competitividade na indústria.

Entretanto, vai-se concentrar nos fatores empresariais, haja vista tratar-se de fatores definidos individualmente pelas empresas.

Enquanto os fatores estruturais e sistêmicos são semelhantes, por assim dizer, para todas as empresas da indústria da construção civil, por exemplo, subsetor edificações, os fatores empresariais é o aspecto diferencial que determina uma maior ou menor competitividade das empresas. Assim, um modelo de empresa competitiva seria aquela que, além da perenidade, apresentasse as seguintes características quanto às áreas de competência:

Gestão Competitiva - Poucos níveis hierárquicos envolvidos nos processos decisórios, objetivando minimização de perdas, principalmente de tempo (decisão e ação); interações envolvendo mercadorias e tecnologias e cooperação de competências essenciais. A empresa funciona como elo em vasta rede de relações envolvendo fornecedores e clientes; troca de informações tecnológicas e desenvolvimento conjunto de produtos - redes estratégicas - envolvendo os fornecedores e parceiros especiais.

Capacidade Inovativa - Busca de novas tecnologias e materiais para diferenciar ou agregar valor às edificações, sem acréscimo de custo; emprego da inovação tecnológica para produzir com o máximo aproveitamento físico de insumos.

Capacidade Produtiva - Emprego de sistemas voltados para a qualidade final das edificações; existência de redes de parcerias com empresas qualificadas; informatização das atividades de planejamento, programação e controle relacionadas à construção; retroalimentação dos bancos de dados a partir das construções já executadas para melhoria da eficiência das construções futuras; existência de acompanhamento e controle pós-ocupação.

Recursos Humanos - Menor rotatividade dos empregos, permitindo o aperfeiçoamento contínuo; políticas de incentivo e participação de empregados nos resultados da empresa; indução de comportamentos orientados para a melhoria contínua da qualidade das edificações e procedimentos executivos.

2.2 ESTRATÉGIA COMPETITIVA

As empresas têm de ser flexíveis para responder rapidamente às alterações competitivas e do mercado. Têm de se comparar com os rivais (*benchmarking*) para obter maior eficiência e evoluir continuamente. Têm de possuir competências centrais (*core competences*) para se manterem à frente dos seus rivais. O posicionamento, em tempos considerados a alma da estratégia, é hoje rejeitado, por ser demasiado estático face às

mutações dos mercados e das tecnologias. De acordo com a nova doutrina, as empresas podem facilmente copiar o posicionamento estratégico dos rivais. Logo, as vantagens competitivas são temporárias. Essas teorias são apenas meias verdades, extremamente perigosas, que levam as empresas a enveredar pelo caminho da competição destrutiva. As barreiras à entrada de novos competidores estão a cair à medida que as leis se tornam mais flexíveis e os mercados mais abertos. As empresas procuram ser mais independentes e ágeis. Contudo, em muitas indústrias, o que uns chamam de hiperconcorrência não é o resultado inevitável de uma mudança de paradigma competitivo. A raiz do problema encontra-se na incapacidade de distinguir entre a eficiência operacional e a estratégia. A procura de produtividade, qualidade e velocidade tem provocado o aparecimento de inúmeras técnicas de gestão: qualidade total; *benchmarking*; *time-based competition*; *outsourcing*; parcerias estratégicas; reengenharia; e gestão da mudança. Apesar de a sua aplicação gerar, na maioria dos casos, melhorias operacionais significativas, muitas empresas revelam incapacidade de traduzir esses ganhos em vantagens sustentáveis. Assim, pouco a pouco, quase sem se dar conta, as técnicas de gestão têm tomado o lugar da estratégia.

2.2.1 Eficiência operacional não é estratégia

A eficiência operacional e a estratégia são ambas essenciais ao desempenho excelente que é, afinal, o objetivo principal de qualquer empresa. Mas ambas funcionam de maneira diferente. Para uma empresa ultrapassar os rivais deve preservar uma característica única. Terá de proporcionar maior valor aos consumidores ou criar valor a custos mais baixos; ou fazer as duas coisas. O fato de proporcionar maior valor permite-lhe cobrar preços mais elevados; uma maior eficiência significa custos unitários mais baixos (PORTER, 1996).

No final, todas as diferenças entre as empresas em termos de custos ou preços advêm do conjunto de atividades necessárias à criação, produção, venda e entrega dos seus produtos ou serviços. Os custos são gerados pelo exercício de atividades, e as vantagens de custo surgem do desempenho dessas atividades de forma mais eficiente do que a concorrência. Do mesmo modo, a diferenciação surge tanto da escolha de uma atividade única como da forma como é executada. As atividades são, portanto, os fatores-chave da vantagem competitiva. Logo, a vantagem ou desvantagem competitiva de uma empresa resulta do conjunto das suas atividades, e não apenas de algumas.

Por outro lado, a eficiência operacional significa exercer atividades semelhantes melhor do que as dos rivais. Inclui todo o tipo de práticas que permitem a uma empresa utilizar, da melhor forma, os seus recursos, por exemplo, reduzindo os defeitos dos produtos ou desenvolvendo produtos melhores mais rapidamente. Pelo contrário, posicionamento estratégico significa exercer atividades diferentes das dos rivais ou exercer atividades semelhantes de um modo diferente.

As diferenças na eficiência operacional das empresas são marcantes. Algumas empresas conseguem obter mais dos seus recursos, pois eliminam os esforços redundantes, empregam tecnologia mais avançada, motivam melhor os funcionários ou possuem melhores competências para gerir uma atividade particular ou um conjunto de atividades. Tais diferenças na eficiência operacional explicam as diferenças de rentabilidade entre empresas concorrentes. As diferenças na eficiência operacional foram o trunfo utilizado pelos japoneses para desafiar as empresas ocidentais dos anos 1980. Os japoneses encontravam-se tão mais desenvolvidos do que os rivais em termos de eficiência operacional, que ofereciam baixos custos e uma qualidade superior, simultaneamente.

O que antes era considerado um *trade-off* (escolha em que ter menos de um implica ter mais de outro) — entre defeitos e custos, por exemplo — verificou-se ser uma ilusão criada por uma fraca eficiência operacional. Os gestores já aprenderam a rejeitar estes falsos *trade-offs*. É necessária uma melhoria contínua na eficiência operacional para se atingir uma rentabilidade superior. Contudo, isso nem sempre é o suficiente. Poucas foram as empresas que conseguiram competir com base na eficiência operacional durante um período de tempo muito prolongado. A razão mais óbvia para isto é a rápida difusão das melhores práticas. Os concorrentes podem facilmente imitar técnicas de gestão, novas tecnologias, melhorias produtivas e os modos originais de satisfazer as necessidades dos clientes.

As soluções genéricas difundem-se ainda mais rapidamente. Repare-se na proliferação das técnicas de eficiência operacional recomendadas pelos consultores.

O segundo motivo que melhorou a eficiência operacional — a convergência competitiva — é insuficiente. Quanto mais as empresas fazem *benchmarking*, mais se parecem umas às outras. Quanto mais os rivais fazem o *outsourcing* das atividades para terceiros, mais capazes, mais genéricas se tornam essas atividades. À medida que os rivais imitam as técnicas uns dos outros — qualidade, ciclos de produção ou alianças com os fornecedores — as estratégias convergem, e a concorrência torna-se uma série de corridas em que todos seguem o mesmo percurso e ninguém ganha. A concorrência baseada só na eficiência operacional é mutuamente destrutiva, dando origem a guerras desgastantes que só

acabarão quando se limitar a concorrência. A recente vaga de fusões só faz sentido neste contexto da concorrência pela eficiência operacional. Motivadas por pressões de desempenho, mas com fraca visão estratégica, as empresas não têm tido uma ideia melhor do que a de comprar os rivais. As empresas sobreviventes são as que engoliram rivais, não as que possuem vantagens competitivas reais. Em suma, após uma década de lucros impressionantes com a eficiência operacional, muitas empresas enfrentam agora uma redução dos lucros. A ideia de fazer melhorias contínuas ficou gravada nas mentes dos gestores. Mas estas técnicas levam as empresas à imitação e à homogeneidade. Gradualmente, os gestores têm deixado a eficiência operacional suplantar a estratégia. O resultado é um jogo de soma-nula, em que os preços são estáveis ou decrescentes, e as pressões sobre os custos cada vez maiores, o que compromete a capacidade para investir no negócio em longo prazo.

2.2.2 A estratégia depende das atividades únicas

A estratégia competitiva consiste em ser diferente. Significa escolher deliberadamente um conjunto diferente de atividades para fornecer uma combinação única de valor (PORTER, 1996).

A maioria dos gestores descreve o posicionamento estratégico em termos dos seus clientes. Mas a essência da estratégia está nas atividades — optar por exercer atividades de modo diferente ou exercer atividades diferentes das dos rivais. Senão, uma estratégia não seria mais do que um *slogan* publicitário que não sobreviveria à concorrência.

O posicionamento estratégico surge de três fontes diferentes, mutuamente exclusivas e, por vezes, sobrepostas. Em primeiro lugar, pode basear-se na produção de um vasto conjunto de produtos ou serviços de uma indústria. Chama-se a isto posicionamento baseado na variedade. Este tipo de posicionamento faz sentido, em termos econômicos, quando uma empresa produz melhor um determinado produto ou serviço do que os dos rivais, utilizando conjuntos distintos de atividades. A empresa Jiffy Lube International, por exemplo, especializou-se em lubrificantes e não oferece outros serviços de reparação ou revisão de automóveis. A sua cadeia de valor sustenta um serviço mais rápido a preços inferiores aos das oficinas de reparação tradicionais. É uma oferta de tal forma atrativa que muitos consumidores fazem a mudança de óleo na Jiffy Lube e os restantes serviços nas oficinas

rivais. Um posicionamento baseado na variedade pode servir um vasto tipo de clientes, mas, na maioria dos casos, satisfará apenas parte das suas necessidades.

O segundo tipo de posicionamento consiste em servir a maioria ou a totalidade das necessidades de um segmento específico de consumidores. Chama-se posicionamento baseado em necessidades e já se aproxima mais da visão tradicional sobre segmentação de mercado. Surge quando existem grupos de consumidores com diferentes necessidades e quando um conjunto integrado de atividades satisfaz melhor essas necessidades. Alguns grupos de consumidores são mais sensíveis ao preço do que outros, exigem características de produtos diferentes e necessitam de mais informações e serviços de apoio. Uma variação do posicionamento baseado em necessidades surge quando o mesmo cliente tem necessidades diferentes em ocasiões diferentes. Por exemplo, a mesma pessoa poderá sentir necessidades diferentes quando viaja sozinha a negócios ou quando em férias com a família.

A satisfação das necessidades do consumidor é sempre o objetivo de todo o gestor, mas, por vezes, é esquecido um elemento crítico do posicionamento baseado nas necessidades. As diferenças nas necessidades só resultam em posicionamentos corretos quando o melhor conjunto de atividades para a satisfação também variar. Se assim não fosse, todas as empresas conseguiriam satisfazer essas mesmas necessidades e não haveria nada único e original nos respectivos posicionamentos.

O terceiro tipo de posicionamento consiste em segmentar clientes que são acessíveis de maneiras diferentes. Apesar de as suas necessidades serem parecidas com as de outros clientes, a configuração de atividades que melhor os satisfaz é diferente. A isto se chama posicionamento baseado no acesso, que é menos comum e menos compreendido do que os outros dois tipos de posicionamento.

O posicionamento não é apenas inventar um nicho. Uma posição que surja de qualquer destes tipos de posicionamento pode ser estreita ou alargada. Um competidor focalizado visa satisfazer as necessidades específicas de um conjunto de consumidores e desenha as suas atividades com esse propósito. Os competidores focalizados lidam com grupos de consumidores com excesso de oferta proveniente de empresas genéricas ou com grupos de consumidores malservidos. Qualquer que seja o tipo de posicionamento — variedade, necessidade, acesso ou uma combinação dos três — requer um conjunto integrado de atividades. Tendo definido o posicionamento, pode-se começar a responder à pergunta: “O que é a estratégia?”. A estratégia é a criação de uma posição única e valiosa que engloba um conjunto diferente de atividades. Se apenas houvesse um posicionamento ideal, não haveria necessidade de estratégia. A essência do posicionamento estratégico é o de escolher atividades

diferentes das dos rivais. Se o mesmo conjunto de atividades fosse o melhor para produzir todo o tipo de variedades, de satisfazer todas as necessidades e de ter acesso a todos os consumidores, então as empresas poderiam facilmente substituir-se entre si e a eficiência operacional determinaria os resultados.

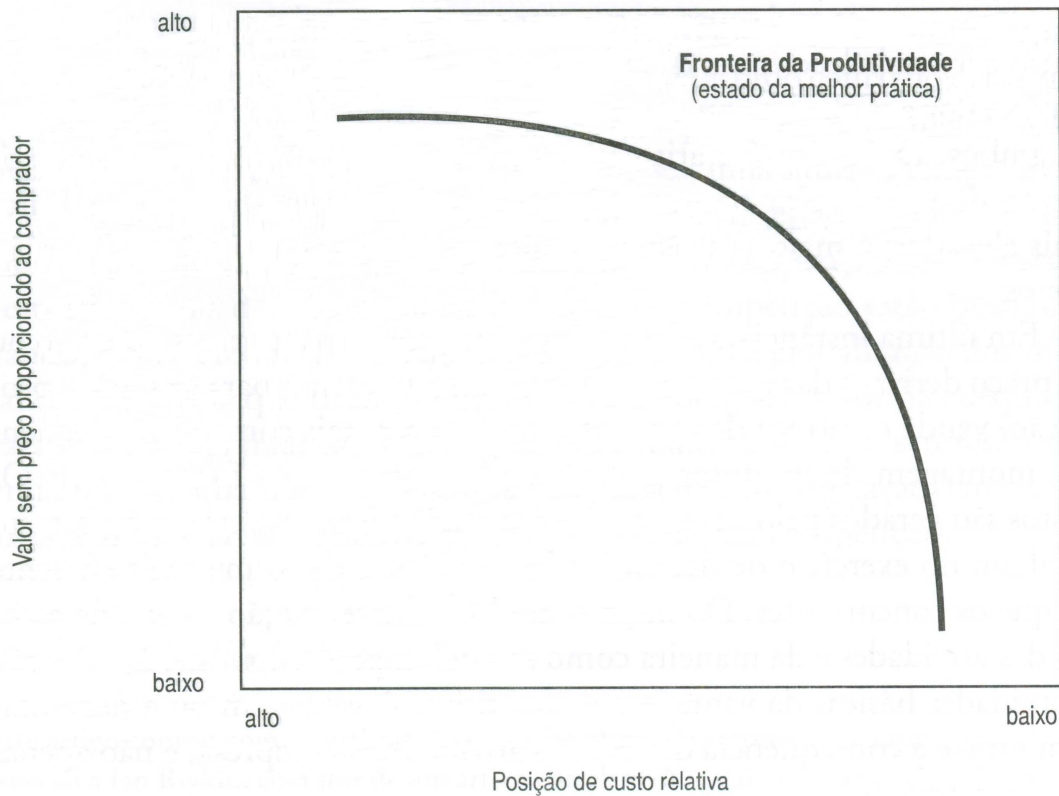


Gráfico 1 - Eficácia Operacional versus Posicionamento Estratégico

Fonte: Porter (1999, p. 48).

2.2.3 Uma posição estratégica sustentável requer *trade-offs*

Ter um posicionamento único não chega para garantir uma vantagem sustentável. Uma posição valiosa irá atrair os imitadores de duas maneiras.

Em primeiro lugar, um rival poderá reposicionar-se para igualar o seu nível de desempenho. Outro tipo de imitação sucede quando o rival procura copiar as técnicas de quem se encontra em vantagem, ou seja, quando adiciona novas características, serviços ou tecnologias à atividade que já exerce.

Para os que defendem que a concorrência pode copiar qualquer posição de mercado, a indústria de aviação é o exemplo perfeito. Qualquer companhia pode comprar os mesmos aviões, alugar as portas de embarque e copiar as ofertas de itinerários, sistemas de reservas e de controle de bagagem. A receita de sucesso da empresa Southwest foi imitada, por exemplo, pela Continental Airlines. Ao mesmo tempo em que manteve a sua posição como uma companhia de serviço completo, a Continental passou a imitar a Southwest em algumas rotas. A companhia apresentou o novo serviço Continental Lite. Eliminou as refeições e os lugares de primeira classe, aumentou o número de voos, baixou os preços e reduziu o tempo de espera na porta de embarque. Como a Continental permaneceu uma companhia de serviço completo em outras rotas, continuou a colaborar com agências de viagem e a utilizar uma frota de diferentes aparelhos. Continuou também a providenciar a verificação da bagagem e a reservar lugares. Mas, uma posição de mercado estratégica não é sustentável se não houver *trade-offs*. Fazer as duas coisas resultará sempre em quebras na eficiência. Os *trade-offs* criam a necessidade de escolha e protegem a empresa contra reposicionadores e imitadores. Surgem por três motivos. O primeiro, deve-se a inconsistências na imagem e reputação. Uma empresa conhecida por fornecer um tipo de valor poderá arruinar a sua credibilidade e confundir os consumidores se tentar fornecer outro tipo de valor ou se fornecer, em simultâneo, dois serviços incompatíveis. Por exemplo, o sabão Ivory, posicionado como um sabonete diário e econômico, teria muitas dificuldades em reconfigurar a sua imagem para igualar a reputação do sabonete medicinal Neutrogena. A criação de uma nova imagem custa muito dinheiro, o que é uma forte barreira à imitação.

O segundo motivo, é que os *trade-offs* surgem das próprias atividades. Se, por exemplo, a Unimed passar a configurar a sua atividade para baixar os custos, menos capaz será de satisfazer os seus clientes que exigem elevados níveis de serviço.

Finalmente, os *trade-offs* surgem de limitações na coordenação interna e no controle. Ao optar por competir de uma forma e não de outra, a gestão de topo torna claro quais são as prioridades da empresa. As que tentam ser todas as coisas para todos os clientes, arriscam-se a que só gestores tomem decisões sem terem linhas de referência concretas.

Posicionar os *trade-offs* é decisivo para competir e é essencial à estratégia. Os *trade-offs* criam a necessidade de escolha e impõem limites àquilo que uma empresa oferece. Evitam a imitação e o reposicionamento dos rivais. Em regra, os falsos *trade-offs* entre custo e qualidade ocorrem quando existem esforços redundantes, baixo controle ou fraca coordenação. Após uma década a se beneficiar de vantagens de produtividade, a Honda Motor Company e a Toyota Corporation atingiram, recentemente, esse limite. Em 1995, perante a

não aceitação dos preços cada vez mais elevados por parte dos consumidores, a Honda descobriu que a única forma de produzir automóveis mais econômicos estaria em reduzir os acessórios. Nos Estados Unidos substituíram os freios a disco traseiros do Civic por freios a tambor, mais econômicos, e utilizaram tecidos mais baratos no banco traseiro, na expectativa de que os clientes não percebessem essa diferença. No Japão, a Toyota tentou vender a versão mais vendida do Corolla com pára-choques não pintados e bancos mais baratos. Só que os clientes protestaram e a empresa desistiu rapidamente do modelo.

Na última década, à medida que os gestores aperfeiçoaram a eficiência operacional, aprenderam também que a eliminação de *trade-offs* é uma boa ideia. Mas, se não houver *trade-offs*, as empresas nunca terão uma vantagem sustentável sobre os seus rivais. Terão sempre de correr cada vez mais rápido para se manterem na mesma posição relativa.

Ao voltar à questão: “O que é a estratégia?”, verifica-se que os *trade-offs* dão uma nova dimensão à resposta. A estratégia significa fazer escolhas de posicionamento competitivo. A essência da estratégia é decidir o que não fazer. Sem os *trade-offs*, não haveria necessidade de fazer escolhas e, portanto, de ter estratégias. Qualquer boa ideia que surgisse poderia e seria facilmente imitada. Mais uma vez, os resultados só dependeriam da eficiência operacional.

2.2.4 A adaptação motiva a vantagem competitiva e a sustentabilidade

As tomadas de decisão sobre o posicionamento determinam não apenas quais as atividades que uma empresa exercerá e como as irá desenhar, mas também como as atividades se relacionarão entre si. Enquanto a eficiência operacional visa atingir a excelência nas atividades ou funções individuais, a estratégia visa combinar atividades. Exemplificando:

O rápido atendimento da Southwest, que permite voos mais frequentes e um maior aproveitamento dos aviões, é essencial ao seu posicionamento de grande conveniência de serviço e baixos custos. Mas como é que a Southwest consegue essa proeza? Uma parte da resposta deve-se ao seu pessoal de aeroporto altamente motivado. Mas a outra parte da resposta reside em como a Southwest exerce as restantes atividades. Sem refeições a bordo, marcação de lugares e verificação da bagagem durante mudanças de voo, a Southwest evita atividades que causam atrasos aos rivais. Ao selecionar rotas e aeroportos evita o

congestionamento aéreo. Ao voar para distâncias curtas, consegue ter uma frota padronizada de aviões Boeing 737.

Qual é, então, a competência central ou o fator de sucesso da Southwest? A resposta correta é que tudo conta. A sua vantagem competitiva advém da maneira como as suas atividades se encaixam e se reforçam entre si. A importância da adaptação entre as políticas funcionais é uma das ideias mais antigas da estratégia. Contudo, gradualmente, tem vindo a desaparecer da agenda dos gestores. Em vez de olhar para a empresa como uma parte inteira, os executivos voltaram-se para as competências centrais, recursos-chave e fatores críticos de sucesso. Mas, a adaptação é uma componente bem mais fundamental para a vantagem competitiva do que se julga.

Existem três tipos de adaptação. Primeiro, há a simples consistência entre cada atividade e a estratégia global. A Vanguard, líder da indústria de fundos de investimento, alinha todas as suas atividades com estratégias de baixo custo. Ao investir em fundos indexados, sacrifica ganhos inesperados pela certeza do rendimento seguro. Ao minimizar a rotação do portfólio de títulos necessita de menos gestores de conta. Por último, a publicidade é quase inexistente, baseando-se nas recomendações boca a boca. Em segundo lugar, a adaptação ocorre quando as atividades se reforçam. Por exemplo, a Neutrogena encoraja os hotéis de prestígio a oferecer aos clientes o seu sabonete recomendado pelos dermatologistas. Os hotéis dão à Neutrogena o privilégio de utilizar a sua embalagem, enquanto os rivais têm de utilizar um rótulo com o nome do hotel. Uma vez que os hóspedes experimentam a Neutrogena no hotel, é mais provável que comecem a adquiri-lo em farmácias. Logo, a atividade médica da Neutrogena e a sua estratégia de marketing para a hotelaria reforçam-se mutuamente.

O terceiro tipo de adaptação vai para além do reforço da atividade. É o chamado esforço de otimização. A GAP, lojas de roupa casual, considera essencial à sua estratégia a disponibilidade do produto nas lojas. Por isso, reabastece a sua linha básica de vestuário quase diariamente em três armazéns. Enquanto os varejistas fazem a completa renovação de estoques três a quatro vezes por ano, a GAP o faz 7,5 vezes por ano.

Nos três tipos de adaptação, o todo interessa mais do que as partes individuais. A vantagem competitiva nasce do sistema integrado de atividades. A adaptação entre as atividades reduz substancialmente os custos e aumenta a diferenciação. Por isso, nas empresas competitivas, pode ser enganoso explicar o sucesso especificando as forças individuais, as competências centrais e os recursos-chave. A lista de pontos fortes atravessa muitas funções, e reforça-se mutuamente. Por outro lado, a adaptação estratégica entre várias atividades é

crucial não só à vantagem competitiva, mas também à sustentabilidade dessa vantagem. É mais difícil aos rivais igualarem um conjunto de atividades interligadas do que imitar uma estratégia particular, um processo tecnológico, ou um conjunto de características de um produto. Uma empresa concorrente que procure copiar um sistema de atividades pouco ganha se imitar apenas algumas atividades e não o todo. A sua performance não melhorará, ao contrário, só se degradará como aconteceu à Continental ao tentar imitar a Southwest.

Finalmente, a adaptação entre as atividades de uma empresa cria pressões e incentivos para aperfeiçoar a eficiência operacional, o que torna a imitação ainda mais difícil. Quando as atividades se complementam, os rivais pouco se beneficiarão da imitação, a não ser que consigam copiar o sistema completo. Por outro lado, a adaptação faz com que um bom desempenho de uma atividade melhore o desempenho das restantes, o que tende a promover vencedores que ganham em todas as competições. É o caso da vitória da loja de brinquedos Toys“R”Us sobre a Child World e Leisure Land, que têm estratégias semelhantes. Nestes casos, é preferível procurar uma nova posição estratégica a ser o segundo ou terceiro imitador de uma posição já ocupada. Uma das implicações é que as posições estratégicas deverão ter uma longevidade de uma década ou mais e não apenas de um único ciclo de planejamento. Pelo contrário, alterações frequentes no posicionamento tornam-se muito dispendiosas.

A estratégia objetiva integrar o conjunto de atividades de uma empresa. O sucesso da estratégia depende de se conseguir fazer muitas coisas bem e em saber integrá-las. Se não houver adaptação entre as atividades, não há estratégia distintiva nem sustentabilidade. Mais uma vez, os resultados dependeriam da eficiência operacional.

Pode-se citar como exemplo as empresas japonesas que provocaram uma revolução na eficiência operacional nas décadas de 1970 e 80, sendo pioneiras em práticas de gestão como a qualidade total (*total quality management*) e a melhoria contínua (*kaizen*). As empresas nipônicas estavam tão longe dos seus rivais em termos de eficiência operacional que podiam oferecer qualidade e baixos custos, em simultâneo, e se beneficiar destes dois tipos de vantagens genéricas durante muitos anos. No entanto, as empresas nipônicas raramente desenvolveram posições estratégicas distintas. Aquelas que o fizeram — por exemplo, a Sony, Canon, e Sega — foram a exceção à regra. Em regra, as empresas japonesas imitam-se e destroem-se. Os rivais tendem a oferecer todas as variedades de produtos e serviços; empregam todos os canais de distribuição e copiam o tipo de fábricas dos vizinhos. Os perigos desse estilo de concorrência são agora mais fáceis de distinguir. Na década de 1980, as empresas nipônicas podiam se beneficiar de vantagens de custos e de qualidade indefinidamente. Todas conseguiam crescer dentro do mercado interno em expansão e

penetrar nos mercados globais. Pareciam imbatíveis. Mas, quando as diferenças na eficiência operacional começaram a diminuir, as empresas japonesas ficaram presas na sua própria armadilha. Se quiserem sobreviver a esses tipos de batalhas destrutivas, que afetam o seu desempenho, terão de aprender a estratégia. Para tal, terão de ultrapassar algumas barreiras culturais.

O Japão é um país orientado para o consenso. Mas a estratégia é a arte de fazer escolhas, ainda que difíceis. Os japoneses têm uma tradição enraizada segundo a qual tudo farão para satisfazer qualquer necessidade de qualquer consumidor. As empresas que competem dessa forma acabam por perder as vantagens de diferenciação, pois querem ser tudo para todos os clientes. A estratégia requer *trade-offs* entre tipos de posicionamento estratégico incompatíveis.

A Southwest Airlines Company oferece um serviço de transporte aéreo de baixo custo, entre as cidades pequenas e os aeroportos secundários das grandes cidades. A transportadora evita os grandes aeroportos e não faz voos de grandes distâncias. Os seus clientes englobam homens de negócios, famílias e estudantes. Os voos frequentes e os preços baixos atraem clientes poupados que, de outro modo, viajariam de autocarro ou de automóvel, bem como os viajantes experientes. As companhias de aviação de serviço completo empregam um sistema de plataformas giratórias (*hube-and-spoke system*) centralizado nos aeroportos principais. Para atrair os passageiros de maiores rendimentos, oferecem um serviço de primeira classe ou de classe executiva. Para acomodar os passageiros que necessitam de mudar de avião, coordenam os horários e verificam a transferência das bagagens. Como alguns dos seus passageiros viajarão durante muitas horas, as companhias servem refeições quentes a bordo. A Southwest, pelo contrário, desenhou as suas atividades para oferecer um serviço prático e de baixo custo. Com uma rotação rápida nas portas de embarque, nunca mais de 15 minutos de espera, a Southwest consegue pôr os aviões a voar mais horas do que os rivais com partidas mais frequentes e menos aviões. A Southwest não oferece refeições, nem lugares marcados, nem verificação da bagagem nas mudanças de voo, nem sequer classes luxuosas nos aviões. A compra automática de bilhetes no aeroporto incentiva os passageiros a dispensar as agências de viagem, permitindo à Southwest poupar em comissões. Uma frota padronizada de aviões Boeing 737 aumentam a eficiência da manutenção. A empresa apostou num posicionamento estratégico original e valioso baseado num conjunto organizado de atividades. Nas rotas servidas pela Southwest, um rival de serviço completo jamais seria tão útil e tão económico.

A Ikea, o maior atacadista de móveis na Suécia, possui um posicionamento estratégico claro. Dirige-se aos jovens consumidores que procuram móveis de qualidade e *design* atraente a baixo preço. O segredo desse posicionamento estratégico está no conjunto integrado de atividades que o fazem funcionar. Considere as lojas de mobiliário tradicionais. Têm grandes salões onde estão expostos os produtos por categorias como sofás ou mesas de jantar. Habitualmente, um vendedor acompanhará o cliente pela loja, respondendo às perguntas e ajudando-o na escolha. Uma vez tomada a decisão, o pedido é encaminhado a um terceiro: o fabricante. Com alguma sorte, a mobília será entregue em casa do cliente num prazo de seis a oito semanas. Trata-se de uma técnica que maximiza o serviço ao cliente, mas com um custo muito elevado para as empresas. Pelo contrário, a Ikea serve consumidores que preferem trocar esse serviço por preço mais vantajoso. Em vez de ter vendedores a passearem os clientes pela loja, a Ikea utiliza a técnica do *selfservice*. Em vez de ter um terceiro (o fabricante) a produzir o mobiliário, a Ikea desenha os seus próprios móveis, por módulos, ou seja, prontos para montar. Nas grandes lojas, a Ikea expõe conjuntos de sala ou de quarto e não produtos isolados. Ao lado das salas de exposição está o armazém. Compete aos clientes levantar e transportar a mercadoria. Mediante o pagamento de uma caução, a Ikea empresta-lhe um suporte para o bagageiro do automóvel. Apesar do posicionamento de baixo custo, a Ikea dispõe de serviços que os rivais não possuem. Oferece, por exemplo, uma creche para as crianças brincarem enquanto os pais visitam a loja e funciona com horários mais alargados do que a concorrência. Esses serviços visam satisfazer as necessidades particulares dos clientes-alvo da Ikea. Esses são, na sua maioria, jovens de rendimentos médios, que provavelmente terão filhos (mas não têm ama) e que necessitam de fazer as compras à noite ou em fim-de-semana (porque trabalham para viver).

2.3 POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO PARA A VANTAGEM COMPETITIVA

Uma empresa atinge uma vantagem competitiva se puder obter taxas maiores de rentabilidade do que as empresas rivais (BESANKO, 2006). A rentabilidade de uma empresa depende conjuntamente das condições do setor e do montante do valor que a empresa pode criar em relação às suas rivais. O excedente do consumidor é a diferença entre o benefício (B) percebido de um produto e o seu preço monetário (P). Um consumidor comprará um produto somente se o seu excedente de consumidor for positivo. O consumidor adquirirá o produto de

um fornecedor em particular somente se esse fornecedor oferecer um excedente do consumidor maior do que os fornecedores rivais oferecem. Para atingir uma vantagem competitiva, uma empresa deve não apenas criar um valor positivo, mas deve também criar mais valor do que as empresas rivais. Agindo assim, ela pode se sobressair em relação a outras empresas, oferecendo excedente do consumidor maior do que os dos rivais. Há dois caminhos amplos para se atingir vantagem competitiva. O primeiro seria para a empresa atingir uma vantagem de custo sobre a sua rival, e o segundo seria atingir uma vantagem de benefício sobre as rivais. Uma empresa está “presa no meio”, se não tem nem uma vantagem de custo ou nem uma vantagem de benefício em relação às empresas com as quais concorre.

2.3.1 Direcionadores de Custo

Os benefícios do consumidor e os custos direcionam a criação de valor. Compreender como uma empresa cria valor e por que ela cria mais ou menos valor que suas concorrentes frequentemente requer um diagnóstico dos direcionadores de custo e benefício.

Direcionadores de custo explicam por que os custos variam de empresa para empresa. Pode-se classificar os direcionadores de custos em:

- Direcionadores de custos relacionados com o tamanho ou escopo da empresa:

- Economias de escala;
- Economias de escopo;
- Utilização da capacidade.

As economias de escala existem quando os custos médios caem quando a escala de operações aumenta. As economias de escopo existem quando os custos médios baixam quando a empresa produz uma maior variedade de mercadorias.

- Direcionadores de custos relacionados com a experiência acumulada:

- Curva de aprendizagem.

A experiência acumulada pode reduzir os custos médios quando as empresas movem para baixo a curva de aprendizagem.

- Direcionadores de custos independentes do tamanho, escopo ou experiência acumulada da empresa:

- Preços de insumos;
- Localização;

- Economias de densidade;
- Complexidade / foco;
- Eficiência de processos;
- Políticas discricionárias;
- Políticas do governo.

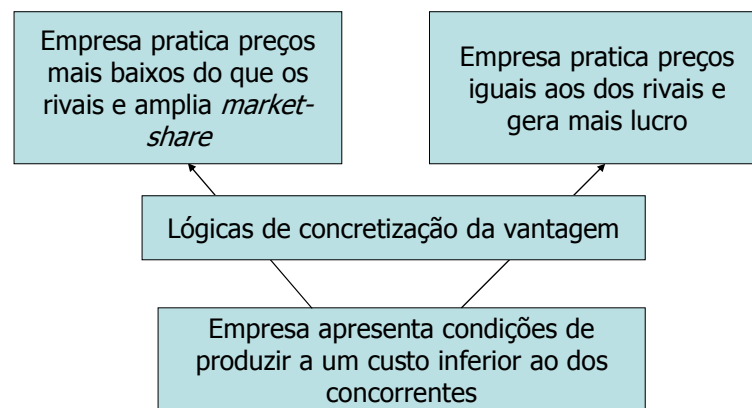
Esses fatores tornam os custos unitários de uma empresa diferentes dos de uma concorrente, mesmo que seus tamanhos e experiências cumulativas sejam os mesmos.

- Direcionadores de custos relacionados à organização de transações:

- Organização da cadeia vertical;
- Eficiência da agência.

Os custos de uma empresa podem ser maiores do que de outra por causa dos graus diferenciais da eficiência de agência. Os sistemas administrativos internos, a estrutura organizacional ou o sistema de compensação de uma empresa podem torná-la mais vulnerável aos custos de agência ou de influência do que a suas concorrentes.

Liderança em Custo



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

2.3.2 Direcionadores de Benefícios

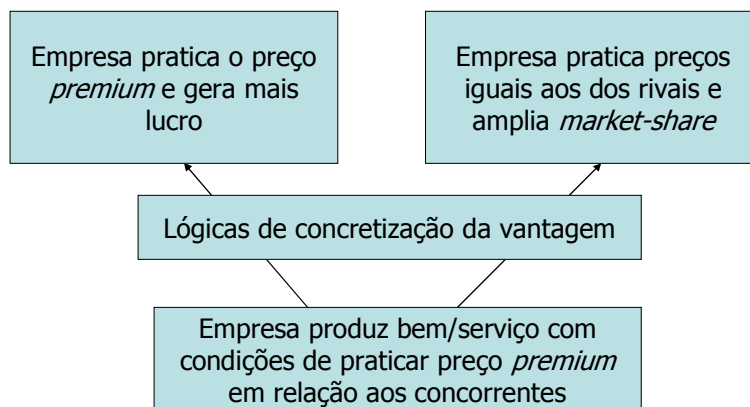
Uma empresa cria uma vantagem de benefício oferecendo um produto que proporciona maiores benefícios percebidos a prospectivos compradores do que os produtos

das concorrentes. O benefício percebido, por sua vez, depende dos atributos que os clientes valorizam, bem como daqueles que baixam os custos das transações do produto e do usuário. Esses atributos, ou o que chamamos de direcionadores de benefícios, formam a base sobre a qual uma empresa pode se diferenciar.

Os direcionadores de benefícios podem ser classificados em cinco dimensões:

1. características físicas do produto em si;
2. a quantidade e características dos serviços ou bens complementares que a empresa ou seus revendedores oferecem para venda;
3. características associadas à venda ou à entrega da mercadoria;
4. características que moldam as percepções ou expectativas dos clientes com relação ao desempenho do produto ou seu custo de uso;
5. a imagem subjetiva do produto.

Liderança em Benefício



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

2.3.3 Setor de Planos de Saúde Privados

Porter (1989) entende que o objetivo da estratégia é estabelecer para a empresa uma posição competitiva perante a concorrência. Essa posição inclui vantagens competitivas que garantam a preferência dos clientes e que sejam sustentáveis ao longo do tempo. A vantagem competitiva surge quando a empresa consegue criar para seus clientes um valor que supere o seu custo de fabricação. O setor de planos de saúde é caracterizado por uma concorrência

acirrada entre empresas de medicina de grupo, empresas de seguro saúde e as cooperativas médicas. Conforme dados da Agência Nacional de Saúde (dez/2010), em dez de 2010, estavam registradas como operadoras neste segmento 1.041 empresas. Embora seja um setor controlado com diversas normas e procedimentos, há uma variedade de estratégias quanto a produtos (rede assistencial), preços e ações promocionais que as operadoras utilizam.

Segundo dados da ANS, da população total do Brasil, 45.570.031 milhões são cobertos pelo sistema de saúde suplementar, que é composto pelas operadoras de planos de saúde. Desses usuários, 33.821.086 milhões estão cobertos por planos corporativos ou empresariais (as empresas contratam os serviços de assistência médica para seus funcionários), e 9.518.120 milhões são planos de pessoas físicas.

No Brasil, o sistema institucional de saúde vigente é um *mix* de atuação do setor público e do setor privado, tanto no financiamento, quanto no provimento dos serviços de saúde. O setor público financia a atenção à saúde através do Sistema Único de Saúde que foi criado pela Constituição de 1998. As principais diretrizes do sistema público são a universalidade, a descentralização, o atendimento integral e a participação social. O sistema suplementar, por outro lado, é de livre iniciativa privada e cobre cerca de 25% da população.

Whittington (2002) classifica as estratégias segundo quatro escolas: a clássica, a evolucionária, a processual e a sistêmica. Para os clássicos, o planejamento é um processo racional, a longo prazo, que deve priorizar a lucratividade máxima. Alfred Sloan, ex-presidente da General Motors, de acordo com Whittington, foi um dos precursores dessa escola. Sloan defendia que o problema estratégico fundamental devia ser o posicionamento da empresa nos mercados em que se poderiam alcançar os maiores índices de lucratividade. Outros autores dessa escola citados por Whittington foram Alfred Chandler e Igor Ansoff.

A escola evolucionária acredita que é o ambiente que faz a seleção da melhor estratégia e não os gerentes através de processos formais de planejamento. Um dos defensores desse enfoque é Bruce Henderson, fundador do Boston Consulting Group, que usou a teoria de Darwin para explicar a sobrevivência das empresas, traçando um paralelo entre a concorrência econômica e a lei das selvas. De acordo com os evolucionistas, as empresas devem desenvolver sua capacidade adaptativa para enfrentar os desafios do mercado. Como o mercado é muito imprevisível, os estrategistas devem manter custos baixos e opções abertas para aproveitar as oportunidades (WHITTINGTON, 2002).

Os processualistas entendem que as estratégias eficientes estão relacionadas ao conhecimento profundo das operações e das forças básicas da organização. Para eles, como as organizações e os mercados são desordenados, não adianta os estrategistas buscarem o ideal.

O melhor é aceitar o mundo como ele é e se concentrar na eficiência da empresa. Whittington (2002) destaca, como representantes dessa escola, Hamel, Prahalad e Mintzberg. A respeito da escola sistêmica, Whittington (2002) comenta que as estratégias refletem os sistemas sociais em que a empresa atua. Diferenças no mercado, classes sociais, Estados e sistemas culturais interferem no processo estratégico. Portanto, os teóricos sistêmicos defendem uma relativização das estratégias de acordo com a natureza dos sistemas sociais.

Segundo Porter (1989), a estratégia compreende a construção de defesas contra os concorrentes ou a descoberta de posições no setor cujas forças competitivas sejam menos vulneráveis. O desenvolvimento de uma estratégia competitiva tem como finalidade básica a definição do modo como a empresa irá competir no mercado. A definição desse posicionamento é bastante afetada pela estrutura da indústria, aqui entendida como o grupo de empresas que fabricam produtos substitutos entre si. A estratégia tem por objetivo definir uma posição, baseada em vantagens competitivas, que seja lucrativa e, ao mesmo tempo, sustentável, contra o ataque dos concorrentes.

Henderson (1989) confirma o conceito de Porter, quando destaca que a estratégia visa a estabelecer planos de ação que desenvolvam novas vantagens competitivas ou que aumentem o escopo das vantagens competitivas atuais da organização.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) afirmam que a estratégia é o ponto alto da atividade dos executivos, razão pela qual tem sido, nas duas últimas décadas, um tema extensamente estudado no meio acadêmico. Para os autores, o conceito de estratégia inclui pelo menos cinco definições: estratégia é plano; estratégia é padrão ou comportamento consistente ao longo do tempo; estratégia é posição escolhida pela empresa para seus produtos em determinado mercado; estratégia é perspectiva, isto é, a maneira como a empresa faz as coisas; e estratégia é truque ou manobra para enganar os concorrentes.

A estratégia visa a criar novas vantagens competitivas sustentáveis ou melhorar as vantagens competitivas atuais da empresa para que ela enfrente com sucesso a concorrência (HENDERSON, 1989; PORTER, 1989).

2.3.4 Vantagem Competitiva

O conceito de vantagem competitiva está, assim, intimamente relacionado à estratégia e ao tema competição, como destacam Henderson (1989) e Porter (1989). Houve também uma evolução desse conceito ao longo da história da administração, que implicou diferentes formas de abordagem acerca do mesmo tema.

Para Porter (1989), há dois tipos gerais de vantagem competitiva: a liderança de custos e a diferenciação. Uma terceira alternativa ocorre quando a empresa seleciona um segmento específico do mercado que será focado com/como uma estratégia de custos ou de diferenciação. Ainda, segundo ele, por meio da estratégia de liderança de custos, a empresa se torna o produtor de menor custo em seu setor, tendo como principais fontes de vantagem competitiva a economia de escala, a tecnologia patenteada ou o acesso preferencial a matérias-primas. Na diferenciação, a empresa procura alcançar uma posição única na indústria, por meio de atributos que os clientes valorizem e pela disposição desses mesmos clientes a pagar um preço-prêmio pelo produto ou serviço.

Uma abordagem diferente é apresentada por Prahalad e Hamel (1995), enfatizando os fatores internos da organização. Os autores afirmam que a Vantagem Competitiva advém das capacidades essenciais da organização, que compreendem o aprendizado coletivo desenvolvido para coordenar as diversas habilidades de produção e integrar as tecnologias. As capacidades essenciais estão associadas à organização, à entrega de valor, à comunicação e ao envolvimento e comprometimento das pessoas. Isto permite à empresa acesso ao mercado, desenvolvimento de produtos cujos benefícios sejam percebidos pelos clientes. Além disto, essas competências essenciais devem ser difíceis de ser imitadas.

Os autores apresentam uma visão estratégica para as organizações, baseada na visão do futuro. Como a empresa pode interagir com esse futuro, de forma a garantir que ela tenha espaço privilegiado e pioneiro nas oportunidades do mercado.

Para Prahalad e Hamel (1995), a principal Vantagem Competitiva no futuro seria o desenvolvimento de competências que abrissem as portas para diversos produtos e mercados. Eles definem como competência essencial o conjunto de habilidades e tecnologias que permite à empresa oferecer determinado benefício ao cliente e consideram que as competências essenciais são as fontes da competitividade, e delas são gerados os produtos e serviços.

Porter (1989) e os dois autores citados acima abordam a Vantagem Competitiva com enfoques diferentes. Enquanto Porter se baseia na estrutura do setor e no posicionamento da empresa no mercado, Prahalad e Hamel (1995) enfatizam na sua análise os fatores internos da organização, classificados por eles como competências essenciais e recursos críticos. As

abordagens de Porter e Prahalad e Hamel indicam certo conflito entre as ideias. Entretanto, Fleury e Fleury (2001) apresentam uma análise que integra as ideias de estratégia e competência e afirmam que há um círculo virtuoso nas organizações, que se inicia com as estratégias que definem as competências. Estas, por sua vez, influenciam a melhoria das estratégias por meio do processo de aprendizagem organizacional.

Da mesma forma, Chandler (1969) aborda as duas dimensões, quando discute a influência da estratégia na estrutura e desta na estratégia. Aliás, já na década de 1960, Chandler (1969) analisou como algumas empresas americanas definiram suas estratégias e como esse processo interagiu com as estruturas organizacionais. O autor cita, por exemplo, o caso da DuPont, que reviu sua estratégia de atuação, buscando maior agilidade e descentralização. O autor analisa como uma estrutura, com menores níveis, aumentou o poder dos gerentes e acabou encorajando-os a tomar decisões sobre novos mercados e produtos, as quais teriam sido muito difíceis de ser tomadas e implementadas na estrutura anterior. É importante destacar que, na época em que Chandler desenvolveu tais conceitos, não se utilizava o termo competência organizacional (*core competence*) como nos dias de hoje.

Ainda acerca do mesmo tema, Porter (1989) entende que é impossível dissociar a posição competitiva das habilidades internas que formam as competências essenciais. Para ele, as atividades da empresa integram suas competências e estratégias, formando a ponte entre os recursos e as capacidades da empresa com sua posição no mercado. Segundo o mesmo autor, a habilidade de uma empresa integrar e desenvolver suas atividades é a base da sustentação de suas vantagens competitivas.

Ansoff (1990) aborda o tema vantagem competitiva de forma semelhante aos conceitos defendidos por Porter. O autor entende que o sucesso da empresa é função da estratégia que ela adota. A estratégia determina a vantagem competitiva da empresa. O autor destaca quatro estratégias competitivas possíveis:

(1) Estratégia de participação de mercado, que consiste na otimização da participação de mercado através de uma política de vendas agressiva, baseada em preços baixos e sustentada por custos minimizados;

(2) Estratégia de crescimento, que se baseia na expansão territorial do mercado, segmentação do mercado, estimulação da demanda por programas de obsolescência programada, dentre outros;

(3) Estratégia de diferenciação do mercado, pela qual a empresa cria uma imagem distinta dos concorrentes e consegue atrair clientes para seus produtos e serviços;

(4) Estratégia de diferenciação de produtos e serviços que procura desenvolver produtos diferentes em relação aos da concorrência e que atendam às necessidades específicas de grupos de clientes.

Aaker (2001), Urich e Lake (1990) e Ohmae (1988) também abordam a Vantagem Competitiva em relação a clientes e concorrentes, cada qual enfatizando aspectos diferenciados. De acordo com Aaker (2001), a vantagem competitiva será criada, se estiver sustentada por ativos, for adotada em segmentos que a valorizem e for empregada contra concorrentes que não poderão facilmente enfrentá-la. Além disto, precisa ser substancial o bastante para fazer a diferença, ser sustentável perante as mudanças no ambiente e na concorrência e estar alinhada com atributos visíveis dos negócios que irão influenciar os clientes.

Para Urich e Lake (1990), a vantagem competitiva ocorre quando a empresa consegue, em segmento específico de mercado, agregar mais valor a seus clientes e fornecedores do que seus concorrentes. A vantagem competitiva se compõe de dois elementos: o valor percebido pelos clientes e a criação de fontes únicas ou singulares através de produtos ou serviços que os concorrentes não conseguem imitar. Esses dois autores acreditam que, para competirem com sucesso, as organizações devem construir capacitações organizacionais. Capacitações organizacionais envolvem simultaneamente processos gerenciais e atendimento das demandas dos clientes. Os meios tradicionais para se obter vantagem competitiva, que incluíam desenvolvimento de produtos e serviços, com preços menores do que os da concorrência, e o desenvolvimento de tecnologias inovadoras, precisam ser complementados por novas capacitações organizacionais.

A Vantagem Competitiva está relacionada ao entendimento correto das necessidades dos clientes (OHMAE, 1988). Segundo o autor, em vez de copiar o que os concorrentes estão fazendo, ou mesmo, antes de ir para a guerra direta contra os concorrentes, a empresa deve analisar o que o cliente realmente quer. Com base nessas informações, é importante colocar toda sua energia e criatividade para desenvolver novas soluções que lhe darão a Vantagem Competitiva Sustentável.

Esta abordagem de Ohmae (1988) é semelhante à apresentada por Prahalad e Hamel (1995) sobre a competência essencial. A diferença é que estes enfatizam a importância de a empresa se antecipar ao futuro, enquanto que Ohmae (1988) destaca o perfeito entendimento das necessidades atuais dos clientes. Outros autores, como Stalk e Hout (1990), Chandler (1990) e Ghemawat (1986) analisam a Vantagem Competitiva com base em aspectos específicos da organização e do setor. Enquanto Stalk e Hout (1990) e Chandler (1990), por

exemplo, destacam a agilidade como Vantagem Competitiva, Ghemawat (1986) aborda situações estruturais da indústria.

Stalk e Hout (1990) entendem que a Vantagem Competitiva depende do bom gerenciamento do tempo na organização, sendo obtida se a empresa conseguir lançar produtos à frente de seus concorrentes e se tiver mais agilidade na produção, nas vendas e na distribuição. Chandler (1990) também destaca, como condição para obter Vantagem Competitiva, a importância de a empresa se antecipar no lançamento de novo produto.

A Vantagem Competitiva Sustentável pode ocorrer em função das seguintes situações: porte do mercado-alvo, quando este proporciona economia de escala, efeitos de experiência e economias de escopo; acesso preferencial a recursos ou a clientes, incluindo *know-how*, insumos ou mercados; e por opção dos concorrentes mediante política governamental, necessidade de defesa de sua posição ou atraso de resposta (GHEMAWAT, 1986). Tais fontes de vantagem competitiva também são destacadas por Porter (1989), quando aborda a estratégia de Liderança de Custos.

Segundo Ghemawat (1986), as vantagens competitivas decorrentes da inovação de produtos, de processos de produção e de estratégias de marketing estão mais difíceis de serem mantidas, porque os concorrentes têm cada vez mais facilidades de as imitarem. Quanto às vantagens de acesso a recursos ou a clientes, o mesmo autor destaca: o *know-how*, que pode refletir na escala e na experiência; o acesso privilegiado a insumos importantes; o acesso a mercados de forma preferencial devido à reputação, relacionamentos, custos repassados e a complementaridade de produtos.

Em relação às opções dos concorrentes que podem impedir a imitação da estratégia da empresa, Ghemawat (1999) discute a intervenção do governo no campo das patentes ou das leis antitrustes. Destaca ainda uma política governamental que beneficia quem está do lado correto e impede ou limita outras empresas de se aproveitarem, por exemplo, dos incentivos regionais. Comenta também a situação de defesa, que ocorre quando uma empresa está presa a investimentos feitos no passado, os quais a impedem de dar uma resposta mais agressiva a um novo competidor. Nesta situação, a nova empresa leva uma vantagem e pode tornar-se líder do setor. Por último, menciona os atrasos de resposta, que podem ser fatais para o avanço do concorrente e que normalmente ocorrem com inovações no setor.

Para Ghemawat (1999), a obtenção de uma Vantagem Competitiva depende de se conseguir grande diferença entre o que o cliente quer pagar e os custos que os competidores conseguem ter.

Mais recentemente, com o surgimento da Internet, houve diversas mudanças no comportamento dos consumidores, que passaram a ter mais informações e maior disponibilidade de produtos no mercado. Isto mudou a relação de forças, e o consumidor passou a ter muito mais poder. Nesse ambiente, seria interessante destacar que a habilidade de as empresas usarem a Internet como instrumento de marketing para atrair seus clientes, pode tornar-se importante fonte de vantagem competitiva.

Neste novo cenário, surgiu uma abordagem de como o marketing virtual, ou relacionamento através da Internet, pode proporcionar uma vantagem competitiva para a empresa. A natureza da comunicação via Internet pode mudar a forma de contato com o cliente, superando suas expectativas através de respostas rápidas, interatividade e disponibilidade de acesso a qualquer momento e de qualquer lugar do mundo (JOHNSON; BUSBIN, 2000).

Sanderson (1998) destaca que a chave para a empresa desenvolver a vantagem competitiva é como transformar o capital intelectual em ativo intelectual que tenha valor para a organização e para os clientes. Para isto é necessário desenvolver metodologias que vinculem o conhecimento com os objetivos e com os fatores críticos de sucesso.

2.3.5 Fontes de Vantagem Competitiva

As fontes de vantagem competitiva são o resultado das ações estratégicas das empresas (PORTER, 1989). Com base nos conceitos apresentados na seção anterior sobre Vantagem Competitiva, procurou-se relacionar as fontes de vantagem competitiva indicadas pelos autores estudados.

Efeitos da experiência – são baseados no porte ao longo do tempo e permitem às empresas estar sempre na dianteira do mercado (BARNEY, 2002; GHEMAWAT, 2000).

Economias de escala – são ganhos decorrentes do volume, que podem ocorrer na produção, na pesquisa, no marketing e na distribuição (BARNEY, 2002; CHANDLER, 1990; GHEMAWAT, 2000; PORTER, 1989).

Economias de escopo – são derivadas de mercados inter-relacionados. Ocorrem quando uma vantagem competitiva sustentável que a empresa detém em um mercado pode ser usada em outro segmento. Depende da capacidade de a empresa partilhar recursos entre as unidades sem alterar o custo (CHANDLER, 1990; GHEMAWAT, 2000).

Marca reconhecida – decorre de investimentos feitos na marca, que levam a uma identificação e preferência dos clientes (ANSOFF, 1990; PORTER, 1989).

Produto diferenciado – é obtido por meio do lançamento de produtos diferentes daqueles oferecidos pela concorrência, que atendem a demandas específicas de segmentos de clientes (ANSOFF, 1990; BARNEY, 2002; PORTER, 1989).

Necessidade de capital. Ocorre quando são necessários altos investimentos para entrar no negócio, protegendo e privilegiando a empresa que detinha o capital e já tinha feito investimentos (PORTER, 1989).

Acesso privilegiado a canais de distribuição – ocorre quando novos concorrentes têm dificuldade para entrar no canal de distribuição tradicional (PORTER, 1989).

Desvantagens de custos independentes do porte – são vantagens que podem vir de acesso privilegiado a matérias-primas, de tecnologia proprietária, de subsídios, de localização favorável ou de ativos adquiridos em condições mais favoráveis no passado (PORTER, 1989).

Política governamental – existe quando a empresa é protegida por limitações legais em função de problemas ambientais, uso de matérias-primas da natureza, requisitos de licenças ou de segurança (PORTER, 1989).

Know-how – tecnologia desenvolvida pela empresa, que pode ser mantida em segredo ou protegida (GHEMAWAT, 2000; PORTER, 1989).

Acesso a insumos – ocorre quando o fornecimento é limitado; a empresa possui o direito de uso, ou quando é conseguido por integração vertical (BARNEY, 2002; GHEMAWAT, 2000; PORTER, 1989).

Acesso a mercados – baseia-se em mecanismos que por si se impõem: reputação, relacionamento, custos agrupados e complementaridade de produtos (GHEMAWAT, 2000).

Opção de defesa – existe quando o concorrente está restrito por investimentos feitos no passado, os quais precisam ser protegidos (GHEMAWAT, 2000).

Competência essencial para inovação – ocorre quando a empresa, através da inovação, desenvolve uma capacidade para embutir nos produtos uma funcionalidade irresistível (PRAHALAD; HAMEL, 1995).

Competência essencial para criar novos produtos – ocorre quando a empresa desenvolve uma competência para criar produtos de que os clientes necessitam, mas não os imaginam (PRAHALAD; HAMEL, 1990).

‘Caráter’ da organização – as empresas podem desenvolver uma capacidade distintiva e, desta forma, obter uma vantagem competitiva por meio da personificação dos valores na estrutura (SELZNICK, 1971).

Compreensão da real necessidade do cliente – é decorrente da estratégia de estudar profundamente seus gostos e necessidades. Com base nisto, é possível desenvolver o produto adequado. Não seguir os concorrentes apenas; mas, se possível, estar à frente; ganhar a batalha sem o confronto (OHMAE, 1988).

Tecnologia de serviços – é alcançada quando a empresa concentra suas energias em atividades que possam criar valor único para os clientes, naquelas que ela precisa controlar para manter sua supremacia nos elementos críticos de sua cadeia de valores. Devido ao presente nivelamento da produção (tudo está ficando muito parecido no mercado), a empresa deve identificar as poucas atividades de serviços que significarão sua capacitação única, e deve terceirizar o resto (QUINN; DOORLEY; PAQUETE, 1990).

Alianças logísticas – obtidas por meio de alianças que podem reduzir custos de distribuição e levar a uma melhoria dos serviços aos clientes (BOWERSOX, 1990).

Desenvolvimento da logística do empreendimento gerencial – é conseguido se a empresa investir antes de seus concorrentes, de forma estruturada, para gerar economias de escala, economias de escopo, fluxos de produção constantes, criar organizações de marketing e recrutar e manter o corpo gerencial (CHANDLER, 1990).

Capacidade geral de fabricação superior – é decorrente da capacidade de fabricação superior que inclui tecnologias, credibilidade, influência para a produção, ênfase nas atividades estruturais e planejamento a longo prazo (WHEELWRIGHT; HAYES, 1985).

Capital intelectual – resulta do gerenciamento das atividades de conhecimento de modo a aumentar o valor dos produtos e serviços para os clientes (MOURITSEN *et al.*, 2002; SANDERSON, 1998).

Tempo – ocorre por meio do gerenciamento do tempo para melhorar os processos da empresa, a produção, de modo a reduzir o tempo de lançamento de novos produtos, para a gestão das vendas e da distribuição (STALK; HOUT, 1990).

Marketing virtual – surge a partir da gestão adequada do relacionamento com os clientes através da Internet (JOHNSON; BUSBIN, 2000).

Integração vertical – é decorrente do número de atividades que a empresa desenvolve, vinculadas diretamente à sua cadeia de produto ou serviço; quanto maior esse número, maior o nível de integração. A vantagem competitiva ocorre quando é possível obter custos agregados menores e quando a empresa fica menos vulnerável em face de comportamentos oportunistas que possam ocorrer nos seus processos de produção e comercialização (BARNEY, 2002).

Flexibilidade – é decorrente da possibilidade de a empresa crescer, reduzir, fechar ou reiniciar suas atividades em função de oportunidades ou ameaças no ambiente competitivo (BARNEY, 2002).

2.3.6 Vantagem Competitiva Sustentável

A Vantagem Competitiva se refere à posição da empresa em relação aos clientes e concorrentes. Ela pode ou não ser sustentável, isto é, ser duradoura e resistir aos ataques da concorrência. Barney (1995) e Porter (1989) desenvolveram critérios para avaliar a sustentabilidade das vantagens competitivas, os quais estão comentados a seguir. Há, segundo Barney (1995), quatro critérios para julgar se os recursos e capacitações da empresa geram fontes de vantagem competitiva sustentável:

(1) Valor – os recursos e capacitações agregam valores que permitem explorar as oportunidades e neutralizar as ameaças;

(2) Raridade – Os recursos e capacitações são exclusivos da empresa ou outros competidores também os possuem. Para ser raro, é preciso ser exclusivo da empresa, pelo menos por algum tempo;

(3) Imitação – Se o custo ou investimento com que o concorrente tiver que arcar para obter o recurso ou capacitação for alto ou desvantajoso, então será uma VCS;

(4) Organização – A organização da empresa, formada pelos seus sistemas de controle, de informações e das suas políticas de compensação, permite que ela explore estrategicamente o potencial de seus recursos e capacitações. A criação de vantagens competitivas sustentáveis depende da forma única que seus recursos e capacitações se combinam para que a empresa atue no mercado.

Recursos e capacitações incluem os recursos financeiros, físicos, humanos e os ativos da organização usados para desenvolver produtos e serviços para os clientes da empresa.

Para Porter (1989), a sustentabilidade de uma vantagem competitiva dependerá da sua resistência ao comportamento da concorrência e à evolução da indústria (setor). Para isto, a empresa deve desenvolver barreiras que dificultem a imitação da sua estratégia, mediante investimentos permanentes na melhoria de sua posição, de forma que ela se torne um alvo móvel e difícil de ser copiado.

Dentre os conceitos de estratégia citados no referencial teórico, foram consideradas neste estudo as abordagens das escolas clássica e sistêmica (WHITTINGTON, 2002), assim como a definição de Porter (1989). Os defensores da escola clássica entendem que o problema estratégico fundamental deve ser a posição da empresa no mercado que lhe garanta os maiores índices de lucratividade. Para a escola sistêmica, as estratégias refletem os sistemas sociais em que a empresa se insere e suas mudanças.

Segundo Porter (1990), a estratégia compreende a definição de um posicionamento para a empresa baseado em vantagens competitivas, que seja lucrativo e, ao mesmo tempo, sustentável contra o ataque dos concorrentes.

No caso do setor de planos de saúde, objeto deste estudo, desde a mudança na legislação ocorrida em 1998, as empresas estão tendo de se adaptar ao novo cenário competitivo para sobreviver, como conceitua a escola sistêmica. Por outro lado, elas precisam rever seu posicionamento no mercado visando manter e aumentar sua participação, de forma lucrativa e duradoura, como defendem os autores clássicos e Porter (1989).

3 A EVOLUÇÃO DO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS COMPETITIVAS DAS EMPRESAS

A história dos planos de saúde no Brasil é marcada pela inter-relação com o sistema previdenciário e a saúde pública. Historicamente os serviços de saúde para atendimento da população iniciaram com a sociedade medieval europeia que era organizada em feudos. Nesses feudos, os cuidados com os desvalidos ficavam a cargo da Igreja. Com o surgimento e crescimento das cidades, a partir do século XVI, o capitalismo comercial levou a um aumento de indivíduos “marginalizados”, e o Estado foi forçado a assumir o seu cuidado e controle. No século XVII surgiram as grandes “Casas de Internação” que se destinavam a receber pobres, inválidos e mendigos. Aquelas pessoas que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão sinais de “desarranjo”. Os médicos atendiam apenas as classes dominantes, mas, o surgimento das grandes “pestes”, na maioria ocasionadas por deficiências no saneamento básico, forçou os governantes a estudarem formas de tornar acessíveis os serviços dos médicos ao conjunto da população. É criado então na Alemanha o programa “Polícia Médica”, programa que foi imposto como obrigatoriedade à população devido às dificuldades com as doenças contagiosas. Visava à manutenção e ao controle das parteiras, cuidado dos órfãos, nomeação de médicos e cirurgiões, medidas contra pestes e outras doenças contagiosas, o uso de tabaco e bebidas alcoólicas, controle de alimento e água, medidas para limpar e drenar as cidades, manutenção de hospitais e fornecimento de auxílio aos pobres. Os Sistemas de Saúde Governamentais começam a operar.

A filosofia de manutenção da saúde do trabalhador se fortalece no século XVIII motivada pela Revolução Industrial, pelo êxodo rural e pelo precário saneamento urbano, que acirraram a condição já miserável de vida de grande parte da população das cidades. A necessidade de manter o trabalhador saudável, com plenas condições de trabalho nas fábricas, contribuiu para a mudança do perfil epidemiológico do trabalhador. Nesse momento, já era possível verificar a atuação do profissional médico no interior de empresas francesas que se preocupavam com a capacidade de produzir do trabalhador. Esse modelo foi difundido para os demais países europeus no século XIX. No início do século XX, a partir das reivindicações dos trabalhadores londrinos por jornada de trabalho de 8 horas (8 horas de lazer e 8 horas para dormir), se iniciou uma mudança de visão do processo de produção, no sentido de adaptar o trabalho às necessidades do ser humano. Promove-se a melhoria das condições de trabalho e

da vida dos trabalhadores e, assim, a política corrente das empresas da época, que só focavam a produção, foi revertida.

Acompanhando o processo de industrialização do início do século XX e de acordo com a concepção liberal predominante na época, que recomendava a não intervenção do Estado nas relações entre empresários e trabalhadores, formaram-se entidades de auxílio mútuo nas empresas para a proteção dos riscos do trabalho.

O Sistema de Medicina de Grupo iniciado em 1929, em Baltimore EUA, foi decorrente do alto custo da medicina privada e da queda do poder aquisitivo da população. A diminuição da clientela dos hospitais e consultórios estimulou a criação de novas formas de relacionamento econômicos entre médicos e pacientes, que se concretizaram na chamada “medicina de grupo” (Health Maintenance Organization, HMO) com a socialização do uso de equipamentos e de recursos humanos, objetivando diminuição dos custos com manutenção de padrão de atendimento. Surgiram, assim, as primeiras empresas que trabalhavam pelo sistema de pré-pagamento *per capita* por mês. A prática médica, na sua origem, foi definida como uma profissão de caráter *liberal* por excelência. O desenvolvimento dessa profissão como uma prática empresarial está relacionada ao processo de desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil e às demandas advindas da urbanização e da constituição das grandes cidades.

Assim, no Brasil, as primeiras políticas médico-assistenciais surgem como respostas do Estado à chamada *questão social* que, historicamente ignorada pelas oligarquias, vêm à tona de maneira fulminante nas décadas de 1910 e 1920. É dessa época a lei que obriga as empresas a instituir os seguros de acidentes de trabalho para os seus empregados, os grandes programas de saneamento e de controle de endemias no campo da Saúde Pública (Reforma Carlos Chagas, de 1923), assim como a constituição de um pioneiro “seguro social”, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs (Lei Eloy Chaves, de 1923). Essa lei instituiu os sistemas de ‘Caixas de Aposentadoria e Pensões’, visando amparar os empregados das ferroviárias na inatividade. No sistema existia um número reduzido de segurados em múltiplas instituições, ficando logo evidenciada a insuficiência de recursos para garantia do equilíbrio financeiro das Caixas.

Com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, a partir de 1930, a Previdência Social passou a merecer maior atenção do Estado, sendo criados diversos Institutos que vinculavam os empregados por categoria profissional: Institutos dos Marítimos (IAPM), dos Bancários (IAPB), dos Comerciais (IAPC), dos Industriários (IAPI), dos Empregados em Trabalho de Carga (IAPTEC).

Além das diferenças de poder político entre as classes profissionais, as pressões sindicais para ampliação de beneficiários e a impossibilidade de redistribuição entre as categorias trouxeram, como consequência, diferentes possibilidades de acesso a serviços de saúde e a deterioração dos Institutos.

Nos anos 1940, foram criadas as Caixas de Assistência de Funcionários, como, por exemplo, a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), que tinha o propósito de complementar o atendimento médico que era realizado pela Previdência oficial através do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB).

Os Planos e Seguros de Saúde nasceram no Brasil com a indústria automobilística e o deslocamento da economia para os centros urbanos. Empresários americanos e franceses, que chegaram ao país nos anos 1950, mostraram-se insatisfeitos com a atenção médica oferecida pelo Estado à época. Assim, por iniciativa dos dirigentes das montadoras Ford e General Motors e inspirados na experiência americana, surgiram os primeiros sistemas de seguros que logo se estenderam a outras empresas.

A industrialização crescente da década de 1950 levou à criação de sistemas de assistência própria e à organização dos servidores públicos em Institutos de Aposentadoria e Pensões aparte da Previdência Social. Um exemplo é o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, que hoje é a Assistência Patronal (Atual Grupo Executivo de Assistência Patronal – Geap). Esta fórmula foi posteriormente copiada pelas demais IAPs, como a dos comerciários e bancários, e outras de menor capacidade econômica. Esta organização resultou em maior equidade no atendimento ao permitir que institutos menores, incapazes de organizar uma estrutura de atendimento própria, pudessem contratar assistência à saúde por meio dos convênios. Os planos individuais e familiares surgiram, anos após, na esteira do crescimento dos planos coletivos.

De início, a compra de serviços médicos foi a forma encontrada pela medicina previdenciária de se viabilizar. Mais tarde, nos anos 1960, surgiram empresas médicas que se voltaram para o atendimento de segmentos de trabalhadores da indústria de transformação, metalúrgica e química. O financiamento dessas empresas e planos privados de assistência à saúde foi viabilizado pela Previdência Social ao deixar de recolher uma parcela da contribuição devida dos empregadores que contratavam essas empresas. Esta forma de financiamento foi preservada através de outros mecanismos de incentivos fiscais, mesmo quando os subsídios diretos da Previdência Social se tornaram irrisórios.

Somente com a promulgação da LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social - em 1960, foram unificadas as contribuições e planos de benefícios dos diversos institutos, sendo o

acesso aos serviços médicos definido pela existência de contrato trabalhista formal.

A demanda crescente do mercado de prestação de serviços médicos estimulou a organização de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas que, com recursos médicos insuficientes, adotaram o credenciamento de serviços como forma de expandir sua rede, insuficiente para o cumprimento dos novos convênios celebrados com a Previdência. As caixas de assistência e sistemas patronais também optaram pelo credenciamento de serviços como forma de atender a demanda crescente de atendimento, principalmente após a unificação da Previdência.

Em 1966 (08/10/1966), foi fundada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo - ABRAMGE - para unir e representar as empresas privadas que já atuavam na prestação de serviços de saúde.

Esse processo levou à criação em 1966 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os institutos e estendeu a cobertura à quase totalidade da população. Esse modelo persistiu até 1975, quando houve a separação das ações previdenciárias das médicas, surgindo o Instituto Nacional e Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1988, o sistema passa por nova reformulação e é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e integrado. Esse novo sistema mostrou-se ineficaz e de difícil acesso para a maioria da população. Estes fatos levaram a uma insatisfação muito grande das classes sociais de melhor poder aquisitivo. Esta insatisfação favoreceu na década de oitenta a expansão e rápido crescimento do Sistema de Atenção Médico Suplementar, absorvendo os segmentos insatisfeitos com o precário atendimento ofertado pelo Estado. Surgem então os Planos de Saúde e Cooperativas Médicas (Operadoras de Saúde).

Em 1967 foi assinado o primeiro convênio, a título experimental, do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) com a montadora Volkswagen, em que esta transferia a responsabilidade do atendimento de seus funcionários para a Policlínica Central. Através desse convênio, o IAPI desobrigava-se da prestação direta de assistência médica aos trabalhadores daquela empresa, que ficava garantida através de uma organização privada, mediante a devolução de um percentual da contribuição mensal recolhida pela empregadora.

A criação no Brasil de empresas de assistência médica (medicina de grupo e cooperativas) foi motivada pelo empresariamento e capitalização da medicina. Médicos e prestadores de serviços sentiram a necessidade de facilitar o acesso de maior parcela da população a serviços e tecnologias cada vez mais onerosos. Isso só foi possível porque se usou formas de pré-pagamento e divisão dos riscos, embasadas em técnicas atuariais cada vez mais desenvolvidas.

O Seguro Saúde no Brasil foi instituído pelo Decreto-Lei nº 73, de 21/11/1966. Seu artigo n.º 129 define como seguradoras aquelas empresas que pudessem garantir reembolso de pagamento de serviços médicos pelo sistema de livre-escolha de prestadores, sem rede de médicos e hospitais credenciados (BRASIL, 1966). A regulamentação e a fiscalização dos seguros pela SUSEP fizeram com que os produtos oferecidos tivessem uma cobertura mais abrangente e, conseqüentemente, um preço superior aos dos planos de saúde que não eram regulamentados.

Em razão de divergências entre entidades médicas, as empresas de medicina de grupo ficaram, à época, fora da regulamentação, para estimular seu desenvolvimento.

Em 1968, a prática de devolução de parte da contribuição ao instituto e o repasse ao prestador contratado foi reformulada. O governo passou a reembolsar uma quantia fixa, relacionada ao salário mínimo e proporcional ao número de trabalhadores. Em 1986, com a unificação dos IAPs, o valor dessa contrapartida foi congelada e passou, ao longo dos anos, a ser pouco significativa devido aos altos índices inflacionários observados na época.

Por necessidade de maior organização da assistência médica ao trabalhador, que permanecia focal, independente e não abrangente, o governo optou pela intervenção e unificou a Previdência Social. A partir daí, ela passou a ser responsável pela assistência médica a trabalhadores organizados em associações ou sindicatos urbanos. Foi criado, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios, até então bastante diferenciados nos antigos IAPs. O sistema uniformizou as contribuições e benefícios para todas as categorias, que passaram a ter acesso a serviços médicos independentemente da expressão econômica da classe trabalhadora.

Assim, o INPS ficou responsável pela assistência da totalidade da população de empregados urbanos do Brasil. O trabalhador rural só começou a ter direito à Previdência em 1971 com a criação do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerido pelo FUNRURAL. Desta forma, a previdência passou a abranger todas as pessoas que exerciam atividades remuneradas no país. Como a rede governamental de hospitais e de ambulatórios ficou insuficiente para o atendimento à população, a rede hospitalar privada foi credenciada para atender em caráter ambulatorial e nosocomial, com as internações autorizadas através das GIH - Guias de Internação Hospitalar. O pagamento à rede privada era efetuado por intermédio das unidades de serviço (correspondiam inicialmente a 1% do salário mínimo), de escopo variado de acordo com as características individuais do atendimento.

Os prestadores de serviços se especializaram no atendimento de compradores diretos, de empresas organizadas ou da Previdência Social, se iniciando, nessa época, a diferenciação

do atendimento em relação ao nível socioeconômico dos usuários, com a consequente diferenciação da remuneração em relação à clientela atendida. Assim, hospitais rurais remuneravam menos do que hospitais urbanos, variando o preço do serviço de acordo com a posição social e hierárquica do trabalhador. A opção pela unificação dos institutos previdenciários expandiu a população beneficiária e desintegrou esquemas associativos que tinham poder representativo na luta por melhores condições de saúde. Essa medida não trouxe melhoria dos serviços: formaram-se filas nos hospitais e ficou mais difícil o acesso à saúde, devido ao descompasso entre oferta e demanda por serviços médicos consequentes ao rápido aumento do número de segurados (TRINDADE; FERNANDES, 2000a, 200b).

Em 1974, é criado o Ministério do Trabalho e Assistência Social (MTPAS), responsável pela elaboração de políticas de previdência, assistência médica e social. O SIMPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) foi instituído em 1977, da seguinte forma: o INPS, responsável pela concessão de benefícios; o IAPAS, órgão administrador financeiro do sistema, e o INAMPS, com responsabilidade da prestação de assistência médica. Fica criada a base jurídico-legal do sistema de saúde privada dos anos 1970, tendo o Estado como grande financiador.

Em 1980, o Ministério da Saúde lança o programa de ações integradas de saúde, envolvendo os Estados e Municípios. Nessa época, o INAMPS ainda era subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e responsável pela assistência médica individualizada.

Em 1983 é iniciado o uso, para todo do País, do sistema AIH (Autorização de Internação Hospitalar - testado no Paraná - Plano Paraná - em 1981) e passa a remunerar os serviços prestados pela rede privada através de uma Tabela de Procedimentos, organizados por diagnósticos. Essa tabela apresentada pelo Prof. Abraam Sonis (especialista em Saúde Pública da OPAS que realizou estudo sobre a assistência à saúde na América Latina e Caribe), como parâmetros mínimos de cobertura, foi equivocadamente empregada como teto máximo.

O sistema de saúde pública, nessa época, enfrentava muitos problemas, dentre os quais o grande aumento da demanda sem o financiamento correspondente. Já em 1960, o sistema público compreendia 50% do total de atendimentos e hospitalizações; em 1975, já correspondia a 90%, e continuou aumentando progressivamente.

Até a década de 1980, os planos de saúde estavam voltados, quase que exclusivamente, para o cliente-empresa. Eram planos coletivos acessíveis somente aos trabalhadores formalmente contratados. A partir da segunda metade dos anos 80, as operadoras de planos de saúde captaram as demandas de clientes individuais (trabalhadores

autônomos – profissionais liberais, aposentados, trabalhadores de empresas de pequeno porte), bem como a de trabalhadores formalmente empregados que não estivessem envolvidos com os planos privados de assistência à saúde, como os de algumas empresas da administração pública das três esferas de governo.

Os seguros ou planos de saúde foram, de início, objeto da jurisdição da SUSEP /MF (Superintendência de Seguros Privados e Capitalização/ Ministério da Fazenda e até 1979 do Ministério da Indústria e Comércio) e CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) que, sem os instrumentos legais apropriados, exerceram uma regulação fraca e só voltada para aspectos econômicos sem maior preocupação com a cobertura assistencial. As operadoras respondiam a essa regulação financeira com a prática de seleção de uma carteira rentável expressa na exclusão unilateral de segurados de alto risco ou necessitados de tratamentos ou diagnósticos onerosos. Os contratos anteriores à regulação também possuíam cláusulas de exclusão ou limitação de tratamentos mais caros.

Esta desvinculação da assistência à saúde praticada pelo mercado e a necessidade de entrosar a saúde suplementar a uma política global de assistência à saúde resultaram na necessidade de regulamentação. Esta, além de atender a uma determinação legal exigida pela Constituição de 1988 e disposta na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990), objetiva manter protegida a população coberta pela saúde suplementar, já que o peso no orçamento das famílias brasileiras com cuidados de saúde é significativo. Segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada no Brasil durante o período de outubro de 1995 a setembro de 1996 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002), esse custo representa 6,5% do total dos gastos.

A ampliação do mercado da saúde suplementar na década de 80 motivou a entrada do tema na agenda governamental, em face da omissão da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990, que não definiam uma função regulatória. Surge, então, a necessidade de uma ordenação jurídico-legal para o setor.

A partir do final dos anos 1980, as seguradoras, em especial as vinculadas a instituições financeiras, começam a comercialização de produtos voltados ao mercado de saúde privada. No ano de 1989, com a autorização pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), as seguradoras, antes definidas pela possibilidade de livre escolha de prestadores e reembolso pago diretamente aos segurados, tiveram sua comercialização ampliada pela possibilidade de contratação de prestadores para pagamento direto, criando redes referenciadas para atendimento. Este foi o marco da entrada definitiva das seguradoras no ramo dos planos de saúde e o aumento da autonomia das empresas médicas. Essas

seguradoras passaram a disputar clientes de plano-empresa e de planos individuais, com as outras modalidades empresariais de operadoras (medicina de grupo e cooperativas médicas), se tornando mais uma alternativa à administração dos planos próprios das empresas.

Apesar de a Constituição de 1988 ter definido a saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS, mesmo com sua expansão na década de 1990, ainda não era capaz de suprir a expectativa de uma assistência médica universal e de qualidade, tanto na rede própria como na credenciada, insuficiente e mal distribuída. O cenário político da época postergou a sua completa implantação, pois era considerado por muitos uma utopia.

O texto final da Constituição de 1988, no entanto, permitiu a recomposição do setor privado. A discussão preliminar dos “fortes ventos de mudança” que atingiram o Estado de Bem-estar permite mostrar, como o fez Decter (*apud* COSTA, 2000), as suas consequências diretas sobre as políticas voltadas para a área da saúde no Brasil. Assim, decisões governamentais, como a desregulação do setor financeiro e a maior abertura da economia, associadas à estabilidade proporcionada pelo Plano Real, entram na pauta da discussão sobre o caráter e o objetivo da reforma do Estado em relação à saúde. O aumento crescente dos investimentos institucionais no ramo do seguro-saúde é com certeza uma das consequências das mudanças macroeconômicas efetuadas. A criação de “agências regulatórias”, como é o caso da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, seria a etapa final desse processo de estabelecimento de uma nova configuração do Estado em relação às políticas de saúde no país.

Os planos de saúde privados passaram, assim, a ter importância social cada vez maior, devido ao grande número de usuários já afiliados e a incapacidade do SUS de atender a toda a população de acordo com as expectativas dos diversos grupos sociais organizados.

Nessa mesma época, outras instituições governamentais optaram por implantar ou incrementar planos próprios de assistência à saúde, pela constituição de entidades de previdência fechada, em conjunto com seus sindicatos e associações profissionais, trazendo para a cobertura de planos privados de saúde um grande contingente de funcionários públicos.

O Código da Defesa do Consumidor, Lei de 1990, permitiu a ação na justiça no sentido da concessão de liminares favoráveis ao atendimento de clientes de planos e seguros de saúde, o que pode ser considerado a primeira tentativa de regulação observada no Brasil.

Em maio de 1992, motivada pela desigualdade de obrigações legais que recaíam sobre as seguradoras e deixavam livre as operadoras de planos de saúde, a Fenaseg (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização) dá publicidade a uma declaração de princípios norteadores da atividade seguradora, a *Carta de Brasília*. Primeira manifestação

conjunta e consensual das empresas de seguro, publicamente apresentada como plataforma de demandas e propostas ao Governo, a Carta se construía em torno de três princípios: compromisso com a economia de mercado e a livre competição, responsabilidade econômica e social do setor de seguros diante dos agentes produtivos e da população brasileira, e opção pela modernidade que se baseia na experiência do próprio mercado, cuja voz deve ser mais ouvida. Iniciava-se uma campanha que culminaria na regulamentação de todo o setor de saúde privada, através da Lei nº 9.656/98, já que somente o segmento das seguradoras possuía padrões de cobertura e serviços já estabelecidos. Dois meses após a *Carta de Brasília*, numa ação conjunta do IRB, SUSEP, FENASEG e Secretaria de Política Econômica, é lançado um Plano Diretor do Sistema de Seguros, Capitalização e Previdência Complementar. Esse documento reafirmava a importância da desregulamentação do setor e apresentava propostas de modernização da atividade seguradora: política de liberação de tarifas, controle de solvência das empresas, abertura do setor ao capital estrangeiro, redefinição do papel do corretor, reestruturação do IRB (Instituto de Resseguros do Brasil) com a gradual redução do monopólio do resseguro até sua final extinção, retorno do seguro de acidente de trabalho ao setor privado, e regulamentação de novas modalidades de seguros, como o seguro agrícola e seguro de crédito à exportação.

Em 1993, projetos pontuais de regulamentação de planos e seguros saúde não chegaram a ser implementados, pois estavam concentrados na ampliação da cobertura e ressarcimento aos atendimentos prestados pelo SUS. A necessidade de uma intervenção regulatória no mercado de prestação de serviços em saúde se origina de pressão da opinião pública inconformada com a ação unilateral de algumas empresas de seguro e planos de saúde, externalizada por aumento indiscriminado de preços e restrições à cobertura. Essas queixas alcançaram ampla divulgação nos meios de comunicação, e vários consumidores obtiveram ganhos de causa nas instâncias judiciárias.

A regulamentação de planos e seguros privados de saúde foi, assim, demandada por consumidores, entidades médicas e por setores governamentais ligados à área econômica. Também algumas operadoras apoiavam a regulação já tendo criado no início dos anos de 1990, medidas de autorregulamentação, como a criação do Conselho de Autorregulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (Conamge).

As discussões de uma lei que regulamentasse os planos de saúde se iniciaram em fevereiro de 1994, quando o Senado aprovou o projeto 93/93 do então senador Iram Saraiva, que continha apenas três artigos. O projeto seguiu para a Câmara dos Deputados sendo-lhe atribuído o número 4.425/94. Em 1996, após longo tempo ausente da pauta dos debates, a

Câmara criou uma comissão especial para examinar o assunto e dar sequência aos trâmites legais. O governo criou um grupo de trabalho interministerial - Saúde, Justiça e Fazenda -, que apresentou uma versão preliminar para discussão.

Os modelos antigos de planos puderam continuar sendo comercializados até 31/12/1998 – a partir do que entraria em vigor o disposto na Lei 9.656 – permanecendo com validade por tempo indeterminado, a não ser que o seu usuário manifestasse o interesse de migrar para enquadrar-se na regulação nascente. Já os novos planos que, então, deveriam ser protocolados na SUSEP, passariam a ser oferecidos enquadrados na legislação pertinente.

Os Planos de Saúde eram, inicialmente, regulados por um modelo Bi-Partite, que previa a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda (regulamentação, normatização e fiscalização através da CNSP - Conselho Nacional de Seguros Privados e da Susep - Superintendência de Seguros Privados) e atividade de produção dos serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde (Consu - Conselho de Saúde Suplementar) e sua instância consultiva, a Câmara de Saúde Suplementar.

O Consu, órgão colegiado da estrutura regimental do Ministério da Saúde, tinha inicialmente competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços na saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico, com foco nos produtos oferecidos. Desde Novembro/98 normatizou em vinte e uma Resoluções as questões referentes à assistência médica e fiscalização. A Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo, no âmbito do Consu, representa órgãos públicos, conselhos de profissionais de saúde, órgãos de defesa do consumidor e entidades representativas de diversos setores dos planos e seguros de saúde. A falta de unidade estratégica e a não clara determinação de limites levaram, no final de 1999, à unificação da regulamentação do setor, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, a partir da transformação do Conselho de Saúde Suplementar (Consu) em Conselho Ministerial e integrado por cinco Ministros de Estado.

A Medida Provisória nº 1908-18, de Setembro de 1999, estabeleceu a exigência das seguradoras com rede referenciada a se reorganizem como operadoras de planos de saúde, constituindo pessoas jurídicas independentes de suas outras atividades de seguro. Transferiu também a competência de fiscalização e normatização dos aspectos econômico financeiros destas empresas, da Susep para o Ministério da Saúde.

Em 28/01/2000 é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS -, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo como missão institucional a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a regulação das operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e a

contribuição para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Essa desvinculação da assistência suplementar das necessidades de saúde, aliada à necessidade de integrar a saúde suplementar em uma política global de assistência à saúde, se expressou na necessidade de regulamentação.

A falência, quase que total, da Golden Cross - uma das maiores operadoras de planos e seguros de saúde no país - demonstrou a necessidade de medidas para a questão da solvência das operadoras e foi tornando a intenção governamental de regular a Saúde Suplementar mais forte.

3.1 A REGULAMENTAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

Em 1997 é criada uma comissão especial para tratar da regulação, e em 1998 é aprovada a Lei nº 9.656 que regula os planos de saúde. Depois de mais de seis anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei nº 9.656 foi aprovada no Legislativo, no começo do mês de maio de 1998, e regulamentada no Executivo no começo de junho. Após a publicação, foi modificada por 44 Medidas Provisórias.

Os planos a serem comercializados devem ter a seguinte segmentação: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia.

No que se refere ao exercício profissional e à organização do trabalho em saúde, na Lei nº 9.656/98 surgem artigos que regulamentam o credenciamento e descredenciamento de prestadores, uso de protocolos clínicos como mecanismo de regulação, respeito às normas éticas dos conselhos de classe, a não cobertura de procedimentos experimentais assim como de procedimentos considerados estéticos.

3.2 A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)

A ANS possui autonomia financeira e decisória e se destina à criação de mecanismos estatais de fiscalização, ao controle de preços e à regulação dos serviços médicos prestados por operadoras de planos de saúde. Como política, deseja-se que a ANS seja o local de

encontro para a implantação de políticas acordadas entre os diversos atores, induzindo o benefício coletivo, objetivo de uma regulação voltada para toda a Sociedade.

Tabela 1 – Beneficiários em Planos Privados de Assistência Médica com ou sem Odontologia

Ano	Beneficiários
Dez./2003	31.771.197
Dez./2004	33.673.600
Dez./2005	35.112.339
Dez./2006	36.926.726
Dez./2007	38.778.462
Dez./2008	40.872.918
Dez./2009	42.856.872
Mar./2010	43.196.168

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2010).

Tabela 2 - Número de Beneficiários por Tipo de Plano de Saúde Privado no Brasil

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Total	Novo	Antigo
Assistência médica com ou sem odontologia	43.196.168	33.988.938	9.207.230
Individual ou familiar	9.215.362	7.452.120	1.763.242
Coletivo empresarial	24.035.576	21.107.982	2.927.594
Coletivo por adesão	7.417.313	5.377.142	2.040.171
Coletivo não identificado	51.694	51.694	-
Não informado	2.476.223	-	2.476.223

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2010).

A ANS possui a responsabilidade de elaborar e manter o ROL de Procedimentos, que é a lista de eventos em saúde de cobertura obrigatória a todos os planos de saúde, de definir a cobertura assistencial obrigatória no plano-referência e suas segmentações (plano ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia).

A definição de um rol mínimo e as segmentações estabelecidas pela legislação acarretaram uma manifestação contrária das operadoras, que consideraram que haveria um grande impacto nos custos assistenciais e um cerceamento à atividade econômica.

3.3 OS ATORES QUE OPERAM NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O espaço regulado pela ANS é um campo no qual se pode notar inúmeros atores, em defesa de vários interesses conflitantes, quase sempre incompatíveis e em permanente disputa. Quando se pensa na Saúde Suplementar, encontra-se essa arena com jogadores que atuam em três grandes equipes: operadoras, prestadores, consumidores.

Na maioria das vezes, os próprios atores de uma mesma equipe não possuem uma homogeneidade, atuando com lógicas diferentes, algumas vezes conflitantes, como, por exemplo, os prestadores de serviços, procurando através de conselhos e associações interesses muito específicos de espaço profissional.

As operadoras se dividem em quatro grandes grupos, com características que as diferenciam tanto no desempenho das atividades como na maneira de obter a clientela:

- 1) As Autogestões, a princípio criadas para prestar atendimento aos funcionários de uma determinada firma, sem lucro nessa prestação de serviços;
- 2) As cooperativas médicas, criadas para garantir um mercado não mercantilista para a profissão médica;
- 3) As Medicinas de Grupo, criadas para prestar assistência médica à força laboral principalmente por contratos coletivos celebrados pelos empregadores; e
- 4) As Seguradoras especializadas em Saúde, que trazem da sua especialização em seguros forte conhecimento atuarial que permite calcular um preço a ser pago pelos riscos e gastos com assistência derivados do mercado de seguros em geral, e que desejariam manter-se atreladas e fiscalizadas pela SUSEP.

Como visto anteriormente, o grupo dos prestadores é o mais heterogêneo, congrega profissionais de várias categorias, hospitais e centros de diagnósticos.

Os consumidores, um dos objetos de proteção da agência, entram na saúde suplementar por duas portas: comprando um plano particular pago por desembolso direto do usuário ou como benefício trabalhista, com o pagamento efetuado pela empresa onde trabalha.

3.4 ROL DE PROCEDIMENTOS

Foi elaborado um rol de procedimentos com o intuito de garantir e tornar público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, deixando de ser discricionário de cada operadora e, por vezes, desconhecido dos próprios usuários. Inicialmente era quase que uma cópia fiel da tabela de honorários médicos da Associação Médica Brasileira (AMB), por ser de conhecimento e utilização tanto das operadoras como dos prestadores. As coberturas obrigatórias listadas no Rol quantificam e qualificam os bens que são adquiridos nos planos privados de assistência à saúde. Foi modificado através de câmara técnica específica, além de duas consultas públicas. Com o passar do tempo, foi sendo adequado e aperfeiçoado, e definido um rol para cada tipo de segmentação dos planos (ambulatorial, hospitalar sem obstetrícia e hospitalar com obstetrícia).

O rol deverá possibilitar o diagnóstico e tratamento das doenças listadas no Código Internacional de Doenças (CID) que poderão acometer os usuários dos planos de saúde, para atender a exigência legal, pois a Lei nº 9.656/98, no seu artigo 10, obriga o atendimento de todas as doenças listadas na classificação internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde da Organização Mundial de Saúde, quando institui o plano-referência de assistência à saúde.

No artigo 12 permite a segmentação dos planos, segundo as seguintes exigências mínimas:

- I - quando incluir atendimento ambulatorial;
- II - quando incluir internação hospitalar;
- III - quando incluir atendimento obstétrico;
- IV - quando incluir atendimento odontológico.

A situação dos beneficiários de planos de saúde variava muito em relação às coberturas oferecidas pelas operadoras. A necessidade de criação de um elenco de procedimentos de cobertura obrigatória foi um dos maiores benefícios da regulação. O financiamento e a extensão - no sentido de variedade de eventos garantidos - das coberturas assistenciais obrigatórias têm aspecto moral e de grande apelo emocional. O ambiente de mercado no qual os bens e serviços de saúde são consumidos tem limitações financeiras, mas as limitações não podem incorrer em abusos contra os usuários, e o estabelecimento de um número máximo de dias de internação, como acontecia anteriormente à regulação, quando a prática era de impor limite de dez dias para internação em CTI e de trinta dias durante o ano,

para internações clínicas, ou de excluir mais de um exame especializado ao ano, não tem respaldo científico ou ético.

Os procedimentos que não tinham cobertura legal nos planos de saúde eram: procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes outros que não os de rim e córnea, procedimentos ilegais, experimentais ou antiéticos.

Com o aprimoramento e evolução das práticas regulatórias da agência, foi percebida pela Diretoria de Produtos uma necessidade de aprimorar a metodologia na revisão do rol de procedimentos. Para efetuar as mudanças na cobertura obrigatória por critérios que tivessem respaldo científico, e subsidiar de maneira irrefutável junto ao amplo conjunto de entidades da comunidade científica, foram realizadas, a partir de abril de 2001, reuniões internas para viabilizar esse projeto. Foi, então, elaborado um questionário a partir de bibliografia nacional e internacional.

A versão final do questionário-piloto ficou constituída por sete indagações que serviriam de arcabouço a ser trabalhado pelo meio acadêmico:

1. Procedimento proposto
2. Justificativa
3. Indicações e contraindicações.
4. Procedimentos alternativos existentes, além de quais seriam os pré-requisitos para a utilização do novo procedimento e uma análise comparativa onde o procedimento se enquadra no protocolo da patologia para a qual esta sendo proposto.
5. Relação custo-benefício do novo procedimento (impacto econômico, epidemiológico, segurança, efetividade).
6. Evidência clínica comprovada com experiência comprovada.
7. Análise de custos do novo procedimento propondo uma análise atuarial.

Como o rol garante que os procedimentos nele constantes tenham cobertura obrigatória, os procedimentos de diagnóstico e tratamentos propostos pelo médico solicitante terão seus custos financeiros pagos pelas operadoras de saúde. Para não promover um desequilíbrio financeiro no setor de saúde suplementar, faz-se necessário estudar e avaliar os custos associados a essas incorporações.

Aliado ao estudo de viabilidade econômica deve-se manter uma assistência efetiva no tratamento dos problemas de saúde dos usuários do setor suplementar. A ANS deve trabalhar para obter, dos agentes, garantia da eficácia na atenção à saúde, e colocar à disposição do usuário toda a tecnologia necessária a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento

adequado a cada caso, abordando as dimensões individuais e coletivas dos problemas de saúde com a satisfação dos usuários. É necessário entender que a qualidade da assistência não está ligada apenas à oferta ou não de tecnologias, mas, principalmente, ao processo de trabalho, na relação do paciente com o profissional de saúde que as articula na atenção da necessidade de saúde. A busca de uma atenção que seja resolutiva pressupõe a possibilidade de uma busca, quando necessário, de apoios externos, como consultas com outros especialistas, solicitação de exames complementares, internações quando houver uma maior gravidade do caso, percorrendo os vários níveis de assistência e garantindo a integralidade. Integralidade, essa, que não pode ser confundida com ter todas as “demandas” satisfeitas, mas que deve, sim, ser entendida como cobertura das necessidades de saúde.

Almeja-se, então, chegar a uma situação que garanta resolutividade na assistência com custos financeiros compatíveis com a população assistida pelos planos de saúde. Mas, como estabelecer critérios de inclusão de novos procedimentos que permitam uma melhoria nas condições de saúde e sejam aceitos como justos e benéficos pela Sociedade? Pensa-se que é aqui que podem entrar as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE) e bioética, as quais permitem pensar as implicações morais da incorporação de novas tecnologias em saúde, junto com outras avaliações, como as de efetividade, as econômicas, e as baseadas em protocolos clínicos. Para uma justa incorporação de novos procedimentos na saúde suplementar, pode-se utilizar estes princípios.

Propõe-se associar metodologias de avaliação econômica a critérios éticos para se construir um modelo de incorporações em saúde que seja, ao mesmo tempo, mais lógico, mais efetivo e mais justo.

O Sistema Unimed do Brasil tem contribuído com a ANS, fornecendo estudos das suas Câmaras Técnicas já realizadas sobre incorporação de novas tecnologias. Na tentativa de não inclusão no Rol de procedimentos de técnicas ainda experimentais que podem expor a população de beneficiários a algum tipo de risco e evitando um maior descontrole dos custos assistenciais. Esta estratégia tem contribuído para a oferta de uma melhor assistência aos beneficiários, melhor controle de custos gerados pelas novas tecnologias (OPMEs), levando a uma oferta de medicina adequada a custos justos para os beneficiários do Sistema Unimed. Esta estratégia resulta em uma diferenciação do Sistema Unimed dos seus competidores de mercado.

Hoje, tem-se muito mais clareza da extensão e importância, bem como das diferentes estratégias organizacionais das diversas formas (medicina de grupo, planos, seguros, co-gestão, Unimed etc.), que o mercado da saúde suplementar no Brasil oferece. Isto se deve

graças a não só o papel regulador da ANS, mas também da sua capacidade de gerar e oferecer informações mais precisas e confiáveis.

3.5 COOPERATIVISMO MÉDICO NO BRASIL

O cooperativismo médico iniciou com a fundação da Unimed Santos, em 18 de dezembro de 1967, numa nova forma de trabalho, sob o enfoque de uma entidade sem fins lucrativos que preservava a medicina liberal, a autonomia de ofício e a relação médico/paciente. Três anos mais tarde, em 12 de dezembro, foi criada a Unimed de Piracicaba, seguindo-se a cooperativa de Campinas/SP. Já no ano seguinte eram criadas 35 cooperativas médicas. Este novo modelo de empresa rapidamente se expandiu por oito Estados. O ritmo de fundação de novas cooperativas, a sua expansão pelo Brasil e a necessidade de aprimoramento do sistema de intercâmbio entre as diferentes Singulares, levou ao surgimento da Federação do Estado de São Paulo, em 19 de dezembro de 1971. Esta fase da organização vertical seguiu seu curso e hoje existem as diferentes formas de associações de cooperativas, desde as regionais até as nacionais. As Federações Intrafederativas, como a Federação Metropolitana de São Paulo e a Federação das Unimeds do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, administram assuntos de interesse regional. Já as Federações Estaduais reúnem as Singulares de um Estado, como a Federação do Estado do Rio Grande do Sul. As Federações Interfederativas, como a Unimed Mercosul, reúnem as Cooperativas Unimed da Região Sul do Brasil, dos Estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Estas passaram a representar um papel político e de decisões que abrangem diversos Estados Brasileiros. Como órgão aglutinador de todas as Federações, foi criada a Confederação Nacional da Unimed do Brasil.

O Sistema Unimed congrega mais de 377 Cooperativas Singulares, cobrindo 4.000 (80%) dos municípios do Brasil, nos quais atuam mais de 106.000 médicos, atendendo a uma população de mais de 15.000.000 (quinze milhões) de usuários, gerando um faturamento de mais de cinco bilhões de reais ao ano. Em 2010, mais de 43 milhões de habitantes são atendidos por planos de saúde (Medicina de Grupo, Autogestão e Seguradora), sendo que o Sistema Unimed possui 32% do mercado nacional. Os cooperados, médicos por formação, acabaram se transformando em administradores de complexas empresas. Está aí a principal razão pela qual, cada vez mais, é preciso aprender a ser cooperado e administrador deste

empreendimento cooperativo. Qualificando o cooperado, levando-o a conhecer sua estrutura e funcionamento para interagir com sua empresa cooperativa, fazendo-o acreditar em princípios éticos e coletivos, pode-se construir uma realidade mais favorável na sua expansão e consolidação, tanto profissional e pessoal, quanto empresarial e coletiva. Vale a afirmação de que, nos dias de hoje, a atuação conjunta, através das cooperativas de trabalho médico, constitui-se na melhor alternativa profissional para o médico que, ao integrar o quadro de cooperados voltados para fins comuns, passa a contar com recursos, tecnologia, equipes e informações e a ter apoio para enfrentar o desafio da seguridade e do futuro, ao mesmo tempo em que tem acesso a uma clientela mais ampla e com capacidade de pagamento estável. A história já provou que o sistema cooperativo lhe dá todo apoio e estímulo para um exercício ético e qualitativo da medicina, com remuneração satisfatória e condições dignas de trabalho, além de manter o caráter liberal da profissão.

O Sistema Unimed definiu como missão ser o melhor provedor de soluções em saúde, com crescimento sustentável, valorizando o trabalho médico qualificado conforme preceitos cooperativistas.

Como cooperativa, além da preservação do caráter liberal da profissão médica, a Unimed se diferencia por não visar lucro e atuar com vistas ao resgate da ética e do papel social da Medicina.

Investimentos constantes em estrutura de atendimento, serviços inovadores e adequados às diversas necessidades dos usuários, profissionais altamente qualificados e a maior e melhor rede credenciada garantem excelência no atendimento e alto nível de satisfação entre os clientes, o que se traduz na liderança de mercado.

Os proprietários da Unimed são os seus médicos cooperados, os quais estão comprometidos em prover um padrão de excelência no atendimento ao cliente. Dignificar o trabalho do profissional médico é condição e prática da Unimed para atingir tais objetivos.

A Unimed prima pela ética e pela transparência em seus relacionamentos com médicos-cooperados, clientes e mercado, na busca de uma sociedade mais justa e igualitária de dentro para fora da Cooperativa, refletindo em ações externas que a aproximam da sociedade.

4 ESTRATÉGIAS COMPETITIVAS E GESTÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS MÉDICAS EM UMA OPERADORA DE SAÚDE

Este é um estudo de caso de uma Operadora de Saúde do tipo cooperativa médica (Sistema Unimed), que descreve as características de uma ferramenta científica que busca a racionalização e segurança para os pacientes na utilização de novas tecnologias médicas - órteses próteses e materiais especiais (OPME). A gestão de OPME é analisada no contexto das escolhas estratégicas que definem o posicionamento competitivo da UNIMED, no contexto do mercado de operadores de planos de saúde.

4.1 A ESTRATÉGIA DA UNIMED

O mercado começa a apresentar algumas dificuldades com algumas operadoras sem condições de honrar seus contratos, outras com dificuldades administrativas gerando confusão nos beneficiários. O modelo de assistência médica atual não atende mais às necessidades do mercado. O modelo atual eleva os custos médicos sem garantir uma prática médica melhor e mais segura. No modelo convencional de prática clínica baseado em observações não sistematizadas, pouco uso de diretrizes médicas, livre utilização de novas tecnologias médicas, fazendo livre uso do tirocínio e do senso comum, utilizando em abundância raciocínios fisiopatológicos, a resultante é uma medicina de pior qualidade, pouco eficiente e de custo elevado. Existe uma clara migração para um novo modelo de prática clínica. Para um modelo de Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE reconhece a importância da experiência clínica e mesmo da intuição diagnóstica, porém enfatiza o valor das evidências externas bem avaliadas. Estimula a iniciativa e a criatividade pessoal, em detrimento da autoridade alheia e incrementa, como consequência, a qualidade do atendimento. Por acreditar neste novo modelo que a Unimed há alguns anos tem investido nesta ferramenta focada no objetivo estratégico de oferecer uma medicina de comprovada qualidade com controle adequado dos custos.

Vantagens Competitivas do Sistema Unimed

Marca reconhecida – através de muitos investimentos em qualidade e eficiência, a marca Unimed, hoje, é cobiçada pelos consumidores como um dos melhores planos de saúde do país. A marca Unimed está ligada à qualidade de serviços que levam a uma identificação e a uma preferência dos clientes. Além de deter 32% do mercado nacional de planos de saúde, a Unimed possui lembrança cativa na mente dos brasileiros. De acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha, a Unimed é pelo 15º ano consecutivo a marca *Top of Mind* quando o assunto é plano de saúde. Outro destaque é o prêmio plano de saúde em que os brasileiros mais confiam, recebido pela sexta vez consecutiva, na pesquisa Marcas de Confiança.

Produto diferenciado – através de uma estratégia de qualidade assistencial, desde o início de suas atividades o sistema cooperativo Unimed investiu em uma melhor remuneração do trabalho médico. Com esta estratégia, a Unimed busca oferecer aos seus beneficiários, através de rigorosa seleção, os melhores médicos do ponto de vista técnico. O médico é cooperado (sócio proprietário) enquanto que na concorrência os médicos são empregados.

Necessidade de capital - devido às exigências governamentais (garantias financeiras) está cada vez mais difícil iniciar um empreendimento do tipo Operador de Saúde no país.

Acesso privilegiado a canais de distribuição – no caso das Operadoras de Saúde envolvem parcerias com Hospitais, Clínicas de métodos de imagem e laboratórios. O Sistema Unimed já possui acesso privilegiado aos prestadores e possui também, em muitas capitais, seus serviços próprios, como Hospitais Unimed e Laboratórios Unimed. A Unimed é a maior experiência cooperativista na área da saúde em todo o mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 74,9% do território nacional. O Sistema, em 2010, é composto por 377 cooperativas médicas, que prestam assistência para mais de 15 milhões de clientes e para 73 mil empresas em todo País. Clientes Unimed contam com mais de 106 mil médicos, 3.596 hospitais credenciados, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios e credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos.

Desvantagens de custos independentes do porte – aqui a principal vantagem vem do de acesso privilegiado à matéria-prima médica. Os melhores médicos estão na Unimed.

Política governamental – o governo sabe que, no atual modelo de saúde do Brasil, o mercado privado deve ser regulado, mas não inviabilizado. Caso as políticas governamentais levem à inviabilização das operadoras de saúde privadas automaticamente, a assistência médica pública também estaria inviabilizada, pois não possui recursos para atender a toda essa população.

Know-how – o Sistema Unimed desenvolveu tecnologia da informação própria para agilizar autorizações de procedimentos, pagamentos a fornecedores; desenvolveu através de treinamentos específicos colaboradores negociadores de compras de insumos.

Acesso a insumos – fabricantes negociam preços mais atrativos com o Sistema Unimed devido a sua liderança nesse mercado.

Acesso a mercados – funcionários de empresas exigem dos contratantes que o plano de saúde a ser oferecido seja Unimed. Baseia-se em mecanismos que por si se impõem: reputação, relacionamento, custos agrupados e complementaridade de produtos.

Competência essencial para inovação – ocorre quando a empresa, através da inovação, desenvolve uma capacidade para embutir nos produtos uma funcionalidade irresistível. A Unimed tem realizado investimentos em saúde preventiva, *Home-Care*, gerenciamento de doenças crônicas (como Diabetes e Hipertensão).

Competência essencial para criar novos produtos – ocorre quando a empresa desenvolve uma competência para criar produtos de que os clientes necessitam, mas não os imaginam. Como exemplo, o sistema de autorizações de procedimentos “on-line” da Unimed sem a necessidade de o cliente comparecer na sede da empresa, *call centers*, etc.

‘Caráter’ da organização – em uma empresa onde os “donos” são os próprios médicos existe o compromisso ético em oferecer a melhor assistência médica pelo melhor custo. Existe a personificação dos valores na estrutura.

Compreensão da real necessidade do cliente – O Sistema Unimed possui a estratégia de estudar profundamente os gostos e necessidades dos seus clientes. Com base nisto, é possível desenvolver o produto adequado. Não seguir os concorrentes apenas; mas, se possível, estar à frente; ganhar a batalha sem o confronto.

Tecnologia de serviços – aqui o principal foco da Unimed é no desenvolvimento de tecnologias que visam criar valor único para os clientes, naquelas que ela precisa controlar para manter sua supremacia nos elementos críticos de sua cadeia de valores. Assistência médica de qualidade, agilidade nas autorizações, hospitalização em Hospitais de reconhecida qualidade, oferta dos melhores Laboratórios, cobertura nacional. Devido ao presente nivelamento da produção (tudo está ficando muito parecido no mercado), a empresa deve identificar as poucas atividades de serviços que significarão sua capacitação única, e deve terceirizar o resto.

Alianças logísticas – obtidas por meio de alianças que podem reduzir custos de distribuição e levar a uma melhoria dos serviços aos clientes. O Sistema Unimed possui como parceiros na área assistencial os melhores Hospitais e Laboratórios.

Desenvolvimento da logística do empreendimento gerencial – é conseguido se a empresa investir antes de seus concorrentes, de forma estruturada, para gerar economias de escala, economias de escopo, fluxos de produção constantes, criar organizações de marketing e recrutar e manter o corpo gerencial. O Sistema Unimed tem investido em profissionais executivos, buscando uma profissionalização da sua gestão. Dirigentes médicos do Sistema Unimed também são incentivados a buscar especialização nas diferentes áreas gerenciais.

Capital intelectual – resulta do gerenciamento das atividades de conhecimento de modo a aumentar o valor dos produtos e serviços para os clientes. O Sistema Unimed investe na diferenciação dos seus colaboradores através de cursos e treinamentos subsidiados. Foi criada a Fundação Unimed e a Universidade Unimed.

Marketing – A grande maioria das Unimeds do Brasil já possui um setor de marketing estruturado.

Como foi destacado no referencial teórico, um dos objetivos da estratégia empresarial é desenvolver vantagem competitiva para a empresa. Esta vantagem, do ponto de vista do cliente, deve ter um valor que supere seu custo. Além disto, deve ser rara, difícil de ser imitada e duradoura (BARNEY, 1995; PORTER, 1989).

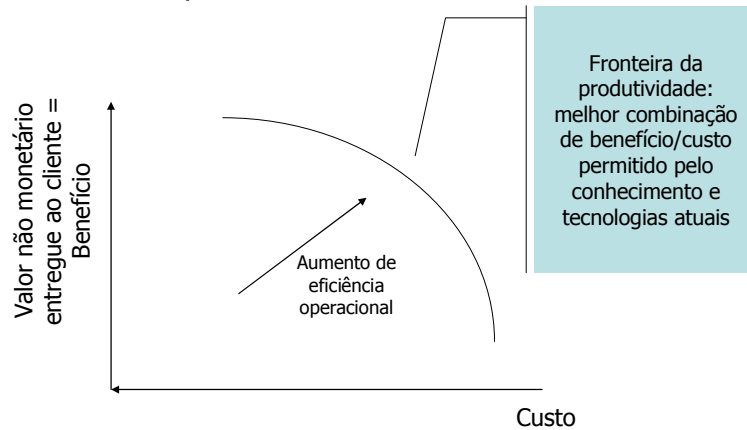
Estratégia é a definição de como recursos serão alocados para se atingir determinado objetivo. Usada originalmente na área militar, esta palavra hoje é bastante usada na área de negócios. A palavra vem do grego antigo *stratègós* (de *stratos*, "exército", e "ago", "liderança" ou "comando", tendo significado inicialmente "a arte do general") e designava o comandante militar, à época da democracia ateniense. O idioma grego apresenta diversas variações, como *strategicós*, ou próprio do general chefe; *stratégame*, ou estratagema, ardil de guerra; *stratiá*, ou expedição militar; *stráutema*, ou exército em campanha; *stratégon*, ou tenda do general, dentre outras.

Uma empresa atinge uma vantagem competitiva se puder obter taxas maiores de rentabilidade do que as empresas rivais. A rentabilidade de uma empresa depende conjuntamente das condições do setor e do montante do valor que a empresa pode criar em relação às suas rivais.

Para atingir uma vantagem competitiva, uma empresa deve não apenas criar um valor positivo, mas deve também criar mais valor do que as empresas rivais. Agindo assim, ela pode se sobressair em relação às outras empresas, oferecendo maior excedente ao consumidor do que as rivais.

Posicionamento único e diferenciado

- A fronteira da produtividade



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

As bases da vantagem competitiva são recursos superiores e competências organizacionais. Recursos são ativos específicos da empresa que outras empresas não podem adquirir facilmente. Competências organizacionais se referem a uma série de atividades que a empresa exerce especialmente bem se comparadas às rivais.

Porter (1980) apresenta uma análise de estratégias competitivas, baseada em cinco dimensões: ameaça de novos entrantes; poder de barganha dos fornecedores; ameaça de produtos e serviços substitutos; poder de barganha dos clientes; e rivalidade entre os competidores.

A partir da análise de cada uma dessas dimensões, pode-se traçar um plano de ação que incluirá o posicionamento da organização de forma que as suas capacitações forneçam as melhores defesas contra as forças competitivas e/ou a influência sobre o equilíbrio de forças através de movimentos estratégicos, de forma a melhorar a posição competitiva da empresa e/ou a antecipação de mudanças.

Por sua vez, Porter (1985) apresenta sua proposta de estratégia genérica de competição: liderança custo total, diferenciação e enfoque.

As estratégias de liderança no custo e de diferenciação buscam a vantagem competitiva em um limite amplo de segmentos industriais, enquanto a estratégia do enfoque visa a uma vantagem de custo (enfoque no custo) ou uma diferenciação (enfoque na diferenciação) num segmento estreito. (PORTER, 1985).

Ou seja, um segmento, foco; mais de um segmento, liderança no custo total ou diferenciação.

Porter (1985) afirma que um líder em custo deve obter paridade ou proximidade com base na diferenciação relativa a seus concorrentes, para ser um competidor acima da média, muito embora conte com a liderança no custo como sua vantagem competitiva.

Enquanto isso, um diferenciador visa, assim, a uma paridade ou a uma proximidade de custos em relação a seus concorrentes, reduzindo os custos em todas as áreas que não afetam a diferenciação, que é vista como sua vantagem competitiva.

Para Porter (1998), a estratégia competitiva significa uma escolha deliberada de um conjunto diferenciado de atividades, em relação aos concorrentes, para a entrega de um produto ou serviço de valor único, o que, em outras palavras pode ser definido também como o posicionamento estratégico.

Para Porter (1985), estratégia é fazer escolhas, sendo que a essência é escolher o que não fazer. Sob esse enfoque, sem *trade-off* não haveria necessidade de escolhas e, assim, não seria necessária estratégia.

Por isso, toda estratégia tem seu (ou seus) *trade-off*.

Porter destaca que a busca de eficiência operacional, embora necessária, não é estratégia.

O posicionamento, “coração” ou centro da estratégia, é discutido e por vezes pouco aceito por alguns profissionais e teóricos por ser muito estático, frente à dinâmica do mercado e às mudanças tecnológicas.

No entanto, segundo o autor, de acordo com esse perigoso dogma da busca pela eficiência em detrimento da busca por um melhor posicionamento estratégico, os rivais podem copiar rapidamente qualquer posição de mercado e qualquer vantagem competitiva que se baseie fundamentalmente em eficiência operacional. Dessa forma, a procura de produtividade, qualidade e velocidade tem gerado um considerável número de ferramentas e técnicas gerenciais: qualidade total, *benchmarking*, reengenharia, entre outras.

Pouco a pouco, quase que de forma imperceptível, as ferramentas gerenciais tomaram o lugar da estratégia. Na medida em que os gerentes se esforçaram em melhorar em várias frentes, eles se afastaram de posições competitivas viáveis.

O caminho, para Porter, é outro, passa pela busca de uma série de interconexões e redes de atividades com agregação de valor, e que caracterizam o posicionamento estratégico, tornando difícil sua cópia pelos concorrentes, criando assim as vantagens competitivas da

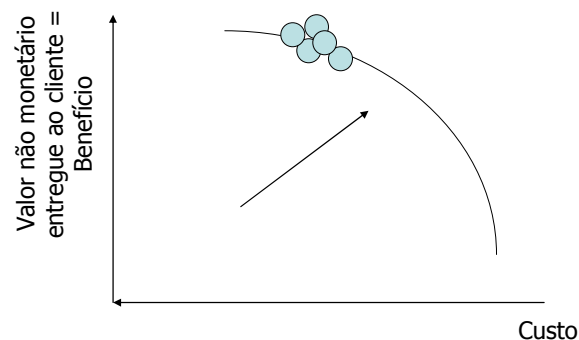
empresa.

A reforma da assistência médica se encontra em curso de colisão com a realidade econômica. A maioria das propostas se concentra em medidas que redundarão em economias de custo obtidas de uma única vez, pela eliminação de desperdícios e ineficiências. A questão que se situa no cerne do atual debate político é se essas economias serão suficientemente grandes para absorver os custos adicionais decorrentes da cobertura universal imposta pelas agências reguladoras nos contratos das operadoras de saúde. Mas essa não é a única pergunta adequada, caso os reformadores estejam de fato imbuídos de seriedade na busca de uma cura definitiva para os problemas do setor da saúde.

A questão correta, e que está ostensivamente ausente do debate sobre a assistência médica, é como conseguir uma redução de custo drástica e sustentável ao longo do tempo. O que será necessário para fomentar abordagens inteiramente novas sobre a prevenção e o tratamento de doenças, sobre novos meios de prestar serviços e sobre instalações mais eficazes em relação aos custos?

Posicionamento único e diferenciado

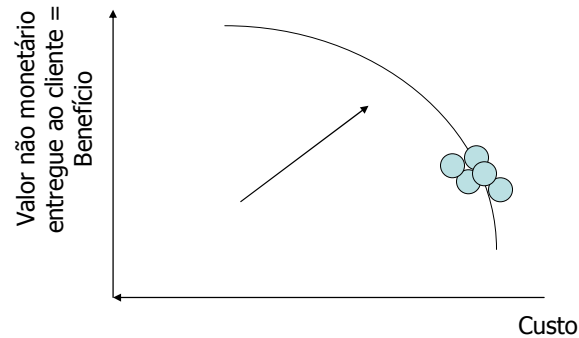
- Foco apenas no benefício = tendência de acirramento da concorrência e redução de lucros



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

Posicionamento único e diferenciado

- Foco apenas no custo = Tendência de acirramento da concorrência e redução de lucros



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

A resposta está nas poderosas lições que as empresas aprenderam durante as últimas duas décadas a respeito dos imperativos da competição. Em todos os setores, a dinâmica subjacente é a mesma: a competição impele as empresas a fornecerem cada vez mais valor aos clientes. O indutor fundamental dessa constante melhoria da qualidade e redução de custos é a inovação. Sem incentivos para sustentar a inovação na assistência médica, as economias de custo de curto prazo logo serão sobrepujadas pelo desejo de ampliar o acesso, pelas necessidades crescentes de assistência médica das populações em envelhecimento e pela relutância da população em se satisfazer com qualquer coisa inferior aos melhores tratamentos disponíveis. Inevitavelmente, o fracasso na promoção da inovação acarretará queda da qualidade ou restrições no atendimento – dois resultados indesejáveis.

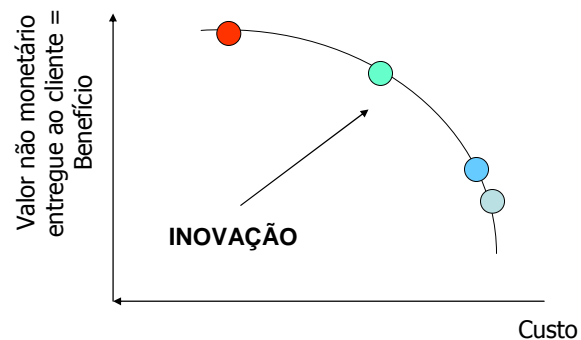
A premissa enganosa subjacente à boa parte do debate sobre a reforma da assistência médica é a percepção da tecnologia como o inimigo. Pressupondo que a nova tecnologia impulsiona os custos, os reformadores negligenciam a importância central da inovação ou, pior ainda, tentam desacelerar seu ritmo. Na realidade, a inovação induzida pela competição rigorosa é a chave para o êxito deste mercado. Embora única, sob alguns pontos de vista, a assistência médica, quanto a este aspecto, não é diferente de qualquer outro setor de atividade.

O Sistema Unimed já identificou como um dos principais elevadores de custos dos Planos de Saúde o mau uso de tecnologias médicas e a inadequada absorção de novas tecnologias em saúde. A inadequada utilização de Órteses, Próteses e os chamados materiais especiais (OPME) podem inviabilizar financeiramente uma Operadora de Saúde.

A Unimed tem uma escolha estratégica ou posicionamento que busca uma posição de maior qualidade ou diferenciação (ou benefício) em relação aos concorrentes. Mas a Unimed não pode elevar demasiadamente o seu custo de produção, pois, nesse caso, a qualidade ou benefício maior entregue ao cliente seria feito a um custo muito alto (ou inviabilizando a companhia diretamente ou tendo que colocar um preço altíssimo pelo serviço/plano). Assim, a gestão de OPME tem que ser realizada de forma cuidadosa, que não comprometa a saúde financeira da empresa, mas que também não prejudique a percepção do cliente e a reputação da empresa, associada a maior qualidade dos serviços do que a dos concorrentes principais.

Posicionamento único e diferenciado

- Equilíbrio entre benefício e custo = tendência de obtenção de lucros econômicos



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

Os avanços na área de materiais médicos são impressionantes. A velocidade com que são lançados no mercado os novos materiais cirúrgicos (Órteses, Próteses e Materiais Especiais, OPME) é um reflexo da facilidade com que se tem acesso à informação nos dias de hoje. Esses materiais, na maioria das vezes, são materiais de elevado custo, o que acarreta um aumento geométrico dos custos das operadoras de planos de saúde que, devido ao controle rigoroso, governamental, não conseguem repassar estes custos aos seus beneficiários. Por outro lado, existe uma pressão da indústria médico-farmacêutica para a utilização de seus materiais.

Não seria razoável, atualmente, autorizar o uso de materiais médicos como órteses, próteses e materiais especiais (OPME) de elevado custo, apenas porque a indústria e/ou seus representantes “garantem” e informam que os mesmos apresentam “vantagens” sobre os materiais de uso rotineiro e de eficiência e eficácia comprovadas na literatura médica.

Faz-se necessário um máximo de certeza (garantias) de que o material utilizado é o que melhor irá assistir às necessidades de determinado paciente e por um custo considerado ideal, levando a uma melhora comprovada da patologia.

Uma estratégia interessante adotada pelo sistema Unimed seria a utilização de Diretrizes médicas para a utilização correta de OPMEs que já estão disponíveis no mercado há muitos anos e de uso corriqueiro. Essas diretrizes são atualmente suportadas pelas diferentes sociedades médicas e incentivadas pelo Conselho Federal de Medicina. A diretriz é um regramento ideal do ponto de vista científico de como se deve conduzir determinada patologia e a aplicabilidade correta da tecnologia médica. A utilização das diretrizes leva a uma melhor assistência e evita o desperdício com a má utilização das OPMEs.

Outra estratégia foi implantar câmaras técnicas de medicina baseada em evidências, que realizam estudos científicos sobre a absorção ou não de novas tecnologias ainda não disponíveis no mercado.

Este tipo de decisão só é possível após a realização de estudos científicos dos materiais (OPME) de maneira isenta, com grandes séries de pacientes, comparando o novo material com os resultados obtidos com o material considerado até então o “padrão ouro” pela literatura médica; seguindo as diretrizes da Medicina Baseada em Evidências Clínicas (MBE).

Estas duas estratégias já estão apresentando resultados positivos para o Sistema Unimed e os seus beneficiários. O sistema protege os seus beneficiários, absorvendo apenas aquelas novas tecnologias que demonstraram serem mais seguras e eficientes do que as já disponíveis; esse processo leva a um adequado controle de custos sem abrir mão de novas tecnologias.

A solução efetiva para o problema do custo do sistema de assistência médica exige uma visão dinâmica que fomente o tipo de inovação que reduz os custos, mas aprimora a qualidade. As empresas farmacêuticas, biotecnológicas e de aparelhos médicos estão começando a fornecer inovações redutoras de custos. As empresas privadas já estão efetuando comparações de qualidade e avaliações de resultados. Os médicos já demonstram preocupação com os custos das suas decisões. Os pacientes estão mais informados das suas patologias e tratamentos. O Governo começa a demonstrar preocupação com a qualidade assistencial. Como resultado, as taxas de crescimento dos custos da assistência médica já demonstram uma tênue desaceleração.

4.1.1 Estratégia e Eficiência Operacional: a experiência recente da UNIMED

A cada dia o setor de saúde suplementar depara-se com novos desafios que conduzem a instituição de saúde a uma única opção – a necessidade de melhoria dos padrões de gestão como instrumento de sucesso e, muitas vezes, da própria sobrevivência. O atual momento tem destacado alguns aspectos de maior relevância - a adequação do modelo assistencial, a regulamentação dos planos de saúde e a reformulação do modelo de remuneração dos serviços médico-hospitalares.

Surgiu, assim, a necessidade maior de administrar as operadoras, de forma mais profissional e moderna, exigindo comprometimento e liderança por parte da cúpula diretiva da organização, bem como gestão empresarial de qualidade.

Segundo a teoria econômica, os mercados não concorrenciais tendem a produzir menores quantidades a preços mais elevados do que os mercados que operam em concorrência, pois as (poucas) empresas responsáveis pela oferta percebem que seus preços variam (inversamente) em resposta a variações na quantidade que disponibilizam. Chama-se a isto poder de mercado. Em mercados concentrados, os consumidores estão desprovidos do poder de mercado e, por isso, têm menor bem-estar do que teriam em mercados não concentrados, dado que consomem menos do que desejam. No mercado de planos de saúde, a maior parcela da demanda provém de pessoas jurídicas que desejam oferecer cobertura de saúde para seus colaboradores. Supõe-se que a relação de poder entre as partes contratantes, nesses casos, seja mais equilibrada.

O atual movimento de consolidação do mercado, decorrente das fusões e aquisições observadas recentemente, contribui para a diminuição do número de operadoras de planos de saúde. O que se espera desse processo é um maior número de operadoras de médio e grande porte, em detrimento das operadoras de pequeno porte acirrando ainda mais a concorrência.

Segundo Campos (1998), toda ação gerencial é conduzida para atingir uma meta. Um mercado sempre deseja um produto cada vez melhor, a um custo cada vez mais baixo. Isto dá origem às metas de melhoria. Neste momento é fundamental que a empresa estabeleça estratégias de longo prazo.

Estratégias sustentáveis devem ser definidas como forma de se alcançar o desempenho desejado (Resultados). Porém deve haver o balanceamento entre as mesmas de modo que se inter-relacionem pela complementaridade. Estratégias não podem ser conflitantes, como

acontece, muito significativamente, quando da elaboração do Planejamento Estratégico.

Estratégias devem efetivamente criar vantagens competitivas para os produtos e serviços da organização e, portanto, devem ser gerenciadas para criar esta condição. O fato de grandes organizações serem as primeiras a utilizarem ferramentas inovadoras de gestão está ligado a sua condição de serem grandes, devendo competir e buscar a sua sobrevivência em ambientes extremamente competitivos.

Cada empresa estará cada vez mais disputando o "campeonato do mundo" e a concorrência será cada vez mais acirrada. A corrida pela produtividade será cada vez maior, com duas ênfases:

- operações centradas no cliente: incentivo à prevenção de doenças, gestão de patologias crônicas e oferta de uma medicina “de ponta”.
- racionalização de custos: pagar por benefício real, renegociar contratos, balizar preços.

O avanço do método de gerenciamento, que propicia participação de todos, descentralização e delegação de responsabilidade com autoridade, o controle e ação corretiva da execução orçamentária e a alavancagem dos resultados (administração por objetivos) que tornam implícitas as atividades de planejar, organizar, dirigir e controlar.

O mercado da saúde apresenta um incontrolável aumento de custos e exigências cada vez maiores em termos de coberturas advindas da regulamentação e das resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Dentre estas questões, uma das discussões de maior frequência diz respeito à necessidade de impor uma maior consistência conceitual à formulação dos preços e do estabelecimento de relações de negociação entre prestadores e tomadores de serviços compatíveis com o grau de profissionalismo que um mercado competitivo exige.

A velocidade com que são lançados no mercado os novos materiais cirúrgicos (Órteses, Próteses e Materiais Especiais, OPME) é um reflexo da facilidade com que se tem acesso à informação nos dias de hoje. Estes materiais, na maioria das vezes, são materiais de elevado custo, o que acarreta um aumento geométrico dos custos das operadoras de planos de saúde que, devido ao controle rigoroso, governamental, não conseguem repassar estes custos aos seus beneficiários. Por outro lado, existe uma pressão da indústria médico-farmacêutica para a utilização de seus materiais.

Não se pode atualmente autorizar o uso de materiais médicos como órteses, próteses e materiais especiais (OPME) de elevado custo, apenas porque a indústria e/ou seus

representantes “garantem” e informam que os mesmos apresentam “vantagens” sobre os materiais de uso rotineiro e de eficiência e eficácia comprovadas na literatura médica (“padrão ouro”) devido a três exigências:

- 1 – Segurança para os pacientes;
- 2 – Custos (pagar por eficiência e eficácia duvidosa);
- 3 – Co-responsabilidades ética e civil (se o material era de baixa qualidade ou levou a efeitos adversos no paciente a operadora e o médico, juntamente com o fabricante, serão responsabilizados).

Necessita-se de um máximo de certeza (garantias) de que o material utilizado é o que melhor irá assistir às necessidades de determinado paciente e por um custo considerado ideal, levando a uma melhora comprovada da patologia.

Assim, as estratégias são: identificar especialidades médicas geradoras de alto custo e complexidade; investir no profissional médico através de educação médica continuada (congressos, cursos, internet); utilizar os comitês de especialidades e as sociedades médicas para analisar as situações (pensamento não corporativo); implantar câmaras técnicas de medicina baseada em evidências (isso desprioriza a negativa ou a autorização, dilui as responsabilidades e também magnifica a decisão). Por fim, criar estratégias de negociação de preço de novas tecnologias.

Este tipo de decisão só é possível após a realização de estudos científicos dos materiais (OPME) de maneira isenta, com grandes séries de pacientes, comparando o novo material com os resultados obtidos com o material considerado até então o “padrão ouro” pela literatura médica; seguindo as diretrizes da Medicina Baseada em Evidências Clínicas (MBE).

Este estudo tem por objetivo analisar as políticas empresariais de busca e eficiência operacional e controle de custos, no contexto das estratégias competitivas e da concorrência no setor das Operadoras de Saúde, utilizando um estudo de caso sobre a gestão de OPME no âmbito da Unimed.

4.2 O QUE É TECNOLOGIA EM SAÚDE?

A utilização de uma definição ampla de tecnologias em saúde permite situar o campo e objeto destas nos objetivos da dissertação, pois o que se incorpora no rol de procedimentos

são tecnologias em saúde. Escolheu-se adotar a mais ampla para incluir todas as intervenções utilizadas e desenvolvidas para a prática de trabalho em saúde. A opção por uma definição que não se prenda só a equipamentos e uso de novas drogas, mas que permita a execução do trabalho em saúde, atendendo a práticas de promoção, prevenção, gerenciamento e reabilitação em saúde.

De acordo com a definição dada pelo Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra (NHS), trata-se de uma intervenção usada para promoção, prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças; ou para promover reabilitação ou cuidados de longo prazo. Isso inclui medicamentos, equipamentos médicos, procedimentos médicos e protocolos médicos.

Para o Laboratório de Sistemas de Saúde da COPPE-UFRJ, Tecnologia em Saúde é toda forma de conhecimento que pode ser utilizada para resolver ou atenuar os problemas de saúde, de indivíduos ou comunidades. Assim, como exemplo de tecnologias em saúde, tem-se os medicamentos, equipamentos, procedimentos, e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos.

A inclusão na saúde suplementar da prevenção e proteção das doenças, da promoção de comportamentos que levem à melhora das condições atuais de saúde, retardem ou mesmo impeçam o surgimento de agravos, parece ser totalmente pertinente.

Ao mesmo tempo tem-se que entender que as tecnologias de saúde possuem um modelo de criação, desenvolvimento, apogeu de uso e descarte cada vez mais rápido, ou seja, que elas estão submetidas a um processo crescente de obsolescência.

Essas tecnologias apresentam uma curva de vida representada pela figura abaixo, que demonstra que o espaço de tempo entre sua incorporação e a utilização em larga escala é semelhante ao tempo de abandono de utilização da referida tecnologia.



Gráfico 2 – Ciclo de Vida das Tecnologias em Saúde

Fonte: International Network of Agencies for Health Technology (2010).

4.3 CICLO DE VIDA DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Como podem ser classificadas as tecnologias em saúde?

4.3.1 A classificação de Lewis Thomas

Lewis Thomas (1913-1993), professor de pesquisa pediátrica na Universidade de Minnesota, ganhou o prêmio National Book Award, por um livro, publicado pela primeira vez em 1974, intitulado *The lives of a Cell: Notes of a Biology Watcher*.

Em um dos seus ensaios, chamado de Tecnologias em Medicina, o autor descreve três estágios ou tipos de tecnologias. Utiliza, para exemplificar as categorias de tecnologia, o tratamento da poliomielite e faz uma correlação entre os procedimentos e sua capacidade de curar ou prevenir enfermidades e ressalta os custos desses procedimentos, entendendo que, conforme progride o conhecimento dos mecanismos da enfermidade, os custos muito altos da

fase intermediária acabam por tornar-se baixos ou moderados quando sua prevenção ou cura acontecem. É importante notar, também, que, quase trinta anos atrás, Thomas já verificava a necessidade de avaliações ligadas à qualidade de vida e a análises custo-efetivas.

O autor exemplifica que, quando uma doença como a pólio é entendida, a prevenção se torna possível e seus custos de prevenção ou tratamento são relativamente baixos. O primeiro estágio o chama de Nontechnology — tratamentos paliativos, que não oferecem uma intervenção médica real; o segundo de Halfway technology - tratamentos complexos e altamente caros que prolongam a vida, mas não curam; é a tecnologia utilizada para melhorar as condições clínicas ou para postergar a morte; o terceiro de High technology de grande efetividade como, por exemplo, vacinas e antibióticos, que são os menos caros e têm um grande impacto na saúde da população.

Os exemplos recentes de procedimentos que alcançam, junto ao público e à mídia, características de altas tecnologias, mas que, na verdade, são tecnologias intermediárias, são os transplantes, as próteses e os órgãos artificiais. Apesar de toda a sofisticação tecnológica incorporada a esses procedimentos, falta-lhes a potência para a cura da doença base.

Compreende-se que para obter-se uma alta tecnologia, pela definição de Thomas, é necessário conhecer e ter um entendimento profundo dos mecanismos da doença que se quer tratar.

O viés induzido por haver uma segunda fonte pagadora (pública ou privada) estimularia os gastos com saúde. Coberturas obrigatórias mais generosas tendem, assim, a estimular o hábito de uso de incorporações tecnológicas do segundo tipo, encorajando investimento em tecnologias caras e, quando uma tecnologia intermediária for de fato desenvolvida, existe uma pressão para que sua utilização seja custeada pelos planos de saúde. Deve-se indagar, então, se esse investimento em tecnologias caras é realizado por ser do interesse da população assistida, com efetividade estabelecida, e não como mero chamariz para vender mais dessas tecnologias, favorecendo a indústria que as produz.

O momento que vive hoje a saúde suplementar, com custos assistenciais altos e num crescendo, associado a restrições orçamentárias individuais e empresariais, reforça a necessidade de uma avaliação ética, além das avaliações custo-efetivas das incorporações de novos procedimentos, para promover uma equidade na atenção.

4.3.2 Classificação de Emerson Merhy

No seu livro *Trabalho Vivo em Saúde*, Emerson Merhy classifica as tecnologias em saúde, também, em três tipos:

(1) As chamadas leves, que são as tecnologias relacionais, como aquelas da produção do vínculo, acolhimento, autonomização. Por acolhimento, entende-se tratar o indivíduo que procura atendimento com afeto, dando respostas aos demandantes, individuais ou coletivos. O encontro do médico com os demandantes pressupõe uma mobilização mútua de afetos que permita discriminar, também, no momento do encontro com o paciente os riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções adequadas de tecnologias de intervenção. Permite gerar informação, para a equipe de saúde e para o paciente, que possibilite a interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção, escutando o paciente e sendo entendido por ele, assumindo as responsabilidades de condução e acompanhamento dos casos onde é necessária intervenção tecnológica. Por vínculo e responsabilização se entende refletir sobre as responsabilidades e o compromisso que a equipe tem com todos os usuários e os problemas que eles apresentam. Devem-se estabelecer relações claras e próximas com o paciente, visando transformar-se em referência para ele nas suas questões de saúde sem esquecer, contudo, de ajudá-lo a construir sua autonomia. Entender, respeitar e estimular a autonomia dos usuários incentivando o autocuidado, oferecendo informações sobre os processos de adoecimento e o papel dos serviços de saúde na preservação da saúde. Sempre que possível, o profissional deve oferecer as opções de tratamento com informações claras, estimulando a participação do paciente no processo de recuperação da saúde. Trabalhar com equipes multiprofissionais, pois, dependendo das características do problema trazido, encaminhar o paciente a um membro da equipe com mais recursos específicos de conhecimento, para conduzir o caso, articulando vários conhecimentos necessários para resolvê-lo.

(2) As tecnologias leve-duras, ou seja, as tecnologias - saberes, que são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a pediátrica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia.

(3) As tecnologias duras, que são as máquinas-ferramentas, como equipamentos, aparelhos, normas e estruturas organizacionais.

A importância que cada uma alcança depende de sua relação com o problema e a saúde do paciente e como esta for utilizada para solucionar a necessidade de saúde, e não pela

captura que os meios de produção, isto é, as vantagens financeiras ou a sedução causada pela propaganda dos produtores dos equipamentos possam oferecer ao profissional de saúde.

O autor conceitua como trabalho vivo aquele que é realizado quando se opera a relação no processo produtor/consumo e se propõe a estimular a autonomia dos profissionais de saúde, principalmente em seu trabalho em equipe para que possam construir processos de trabalho mais efetivos e com maior satisfação de seus desejos e aspirações.

4.4 GESTÃO DE ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

A nova metodologia que visa auxiliar profissionais da saúde e pacientes a tomarem decisões com menor grau de incerteza ou com maior probabilidade de dar certo, recebe o nome de Medicina Baseada em Evidências. Poderia ter outros nomes, como Medicina Baseada nas Melhores Evidências Existentes, Análise de Decisões Clínicas, Tomada de Decisões com Base em Pesquisas Clínicas etc.

Mais do que a semântica do nome, importam o método, o compromisso da busca das melhores evidências científicas existentes, sua rigorosa avaliação crítica, sua adaptação ao contexto de cada caso específico, a experiência do médico (ou profissional da saúde) e a tomada de decisão conjunta, após o paciente ter sido informado dos riscos e benefícios prováveis daquela decisão. Nada mais coerente, nada mais ético. Importa também saber o quanto das decisões em saúde tem apoio na melhor ciência.

A Medicina Baseada em Evidências utiliza as informações geradas pelas pesquisas clínicas de boa qualidade para orientar o médico no processo de tomada de decisão. Este conceito foi desenvolvido pelo Evidence Based Medicine Working Group, em 1992. As pesquisas clínicas podem ser as primárias (por exemplo, estudos de acurácia, ensaios clínicos aleatórios, estudos de coortes) e as secundárias (por exemplo, revisões sistemáticas, estudos de análise econômica). As revisões sistemáticas podem ser utilizadas atualmente como substitutos às revisões descritivas. O volume de publicações médicas na metade final do século XX, estimado em mais de 2 milhões de artigos científicos por ano, tornou o acompanhamento de pesquisa primária um feito impossível. A medicina baseada em evidências seria a utilização racional e judiciosa da melhor evidência científica disponível para se tomar decisões sobre cuidados aos pacientes. Ou, o processo de sempre descobrir, avaliar e encontrar resultados de investigação como base para as decisões clínicas.

A revisão sistemática da literatura constitui um método moderno para a avaliação simultânea de um conjunto de dados. Embora possa ser aplicada em várias áreas da Medicina ou Biologia, a revisão sistemática é mais frequentemente utilizada para se obter provas científicas de intervenções na saúde.

Erra quem considera esse conjunto de procedimentos um paradigma novo. Quando Lindt, em 1753, fez o primeiro Ensaio Clínico mostrando a efetividade das frutas cítricas na cura do escorbuto, já utilizava o modelo de pesquisa clínica, considerado hoje o padrão ouro, para comparar se intervenções diferentes para um mesmo problema médico ou não. Em 1948, o ensaio clínico, comparando a efetividade da estreptoquinase com o repouso para a cura radiológica da tuberculose do Medical Research Council, aprimorou substancialmente o método e, em seguida, foi-se progressivamente acumulando conhecimentos, que, devido à proliferação de informações de menor qualidade científica, que crescem em maior escala, foram sendo encobertos. Em 1972, Archibald Cochrane publicou *Effectiveness and Efficiency* que traduzia bem esse questionamento de se investir em condutas cientificamente cegas em detrimento da equidade em saúde.

Dizia ele: “Tudo que for efetivo deve ser gratuito” (para a população). Mas para tal é preciso saber o que é mais efetivo. E se for efetivo, se é eficiente, se eficiente, se é seguro. Quem, em sã consciência, não quer esse norteamento na decisão dos profissionais da saúde? Mas, para a colocação dessas informações na prática, é necessária metodologia clara, treinamento dos profissionais e entendimento da forma de pensar dos atores envolvidos, ou seja, profissionais e pacientes. É por isso que a Epidemiologia Clínica e em particular o InClen (Rede Internacional de Epidemiologia Clínica), há mais de duas décadas, incorporaram o ensino e a pesquisa de cientistas sociais na pesquisa clínica.

É preciso entender por que alguns indivíduos se sentem ameaçados pela ciência e outros não. Por que o homem tem mais facilidade de aceitar a fantasia do que a razão? Por que o autoengano atinge os cientistas e os leigos? O homem é um animal fabuloso. Ele cria fábulas, vende fábulas, compra fábulas, tem benefícios financeiros disso. E acaba acreditando em suas próprias fantasias. O rigor da metodologia de pesquisa clínica visa isolar as emoções, fantasias e interesses, para que seja possível chegar o mais próximo possível da verdade.

Em 1834, Pierre Charles Alexander Louis, cansado do fato de grande número de doenças serem tratadas com sangria, sugeriu que uma boa pesquisa clínica para ter credibilidade requeria:

- a) Observação cuidadosa dos desfechos clínicos;
- b) História natural dos controles não tratados;

- c) Definição precisa da doença antes do tratamento;
- d) Observação cuidadosa dos desvios do tratamento proposto.

Observa-se que esses requisitos continuam ignorados com frequência, mesmo em teses de doutorado, apresentadas e aprovadas no terceiro milênio.

Diga-se de passagem que mulheres com eclampsia foram sangradas por cerca de 2000 anos sem que nesse período ninguém questionasse se aquela conduta trazia mais benefícios do que malefícios para os pacientes. E, ainda hoje, gestantes são submetidas a várias condutas que contrariam as melhores evidências. O movimento do uso dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências visa apenas prevenir algumas dessas aberrações, que ocorrem em grande escala. É uma forma de avançar da lógica da predição teórico-experimental da fisiopatologia para a tomada de decisão com base em resultados de pesquisas clínicas de boa qualidade, ou seja, sair daquilo que é hipoteticamente esperado, para o que se demonstrou ter acontecido com maior frequência. O que requer mais do que apenas a evidência, podendo incluir-se aí o que se chama de arte médica.

O grande mérito de Archibald Cochrane foi evitar a controvérsia entre a Epidemiologia Pura e a Prática Clínica e, ao mesmo tempo, utilizar os métodos epidemiológicos para que os clínicos (e os epidemiologistas) pudessem avaliar e reduzir as incertezas nas decisões em saúde mediante metodologia rigorosa com a prevenção de vieses e efeitos do acaso.

Atualmente, uma evidência que reduza a mortalidade e/ou a incapacidade física apenas por infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral pode beneficiar milhões de pessoas por ano em todo o mundo.

Mas não basta se ter o conhecimento (evidência), é preciso que a mesma seja entendida no seu valor e levada à prática com metodologia multidisciplinar. E que esse processo não seja obstruído por aqueles que possam se sentir ameaçados em sua autoridade, em suas limitações ou interesses.

A Assistência Médica que se pratica atualmente não está nada perto de ser tão segura quanto poderia ou deveria ser. Estudos americanos apontam para a grande diferença existente entre a melhor evidência do que fazer com os pacientes, e aquilo que de fato é feito. Apenas 55% dos pacientes norte-americanos, segundo estudo publicado há poucos anos no *New England Journal of Medicine*, recebem cuidados consistentes com as recomendações de conduta existentes. Isso é, o que o Institute of Medicine chamou de “Abismo da Qualidade” no livro *Cruzando o Abismo da Qualidade* de 2001, onde se discute qual a realidade da saúde praticada nos EUA, e qual a realidade que deveria existir se fosse praticado aquilo que é posto

como a melhor evidência em medicina.

Os componentes necessários para melhorar a qualidade da assistência médica são: Avanços na Medicina Baseada em Evidências – sempre em busca de melhores práticas; Manejo Baseado em Evidências – saber como colocar a MBE em prática, identificando estratégias organizacionais, estruturas e mudanças em processos que permitam ao médico fornecer uma assistência baseada em evidências.

Ou seja, é fundamental ter o melhor conteúdo (Medicina Baseada em Evidências), sendo aplicado dentro de um contexto organizacional efetivo (Manejo Baseado em Evidências). É claro que os estudos “padrão-ouro” da medicina baseada em evidências são os estudos clínicos randomizados, mas sua generalização a diferentes realidades e contextos nem sempre é factível. Por outro lado, *guidelines* podem ser mais “generalizáveis”, mas nem sempre tratam do custo-efetividade das ações que devem ser tomadas. Por isso, a abordagem através do Manejo Baseado em Evidências leva em conta a realidade local, e utiliza ferramentas para melhoria da qualidade.

Integrar as evidências com a prática também requer um esforço por parte dos profissionais. Isso ocorre porque poucos médicos leem dados sobre gerenciamento, poucos administradores sabem sobre estudos clínicos e poucas pessoas leem todos os estudos relevantes de sua própria área de atuação.

Uma iniciativa que, apesar de ainda estar sendo estudada, pode auxiliar na integração entre ciência e prática, é “pagar por desempenho”, ou seja, recompensar práticas médicas quando elas estiverem dentro de padrões de qualidade. Entretanto é preciso verificar quanto se deve pagar para atingir um determinado objetivo no comportamento médico, quais as consequências negativas dessa prática, se é melhor pagar indivíduos ou equipes, etc.

Outra forma de garantir melhor adequação da prática com a ciência vigente é o uso de times.

Outras ferramentas usadas pelo Manejo Baseado em Evidências na busca de efetivar práticas desejáveis são: Reengenharia do Fator Humano, mudanças de cultura organizacional e uso de times de alto desempenho. Quanto a estes últimos, são ideais para melhorar o desempenho de pessoas, pois fornecendo informações, recursos, autonomia, assim como metas de assistência e avaliação das mesmas, é possível melhorar o desempenho dos processos de assistência em saúde. Por exemplo, um hospital da Virgínia-EUA, utilizando ferramentas “Lean” (modelo de produção da Toyota) para adequar sua realidade àquilo que há de melhor em termos de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), conseguiu diminuir sua incidência de PAV de 40 casos por ano para apenas 5, em apenas 6 anos,

salvando efetivamente 10 vidas e diminuindo 1,7 milhões de dólares em custos.

Por esse simples exemplo, pode-se constatar como grandes diferenças podem ser atingidas, usando evidências e práticas adequadas a uma realidade em particular. É preciso, mais do que nunca, colocar o conteúdo (usando a Medicina Baseada em Evidências) dentro de um contexto (usando o Manejo Baseado em Evidências), de forma que políticas de assistência e práticas médicas sigam as melhores recomendações daquilo que é a melhor ciência disponível, de forma a tornar o sistema de saúde algo mais seguro ao usuário, que, em termos práticos, não deixa de ser cada um de nós.

A medicina baseada em evidências é processo de tomada de decisões que tem por objetivo auxiliar sobre os cuidados em saúde. Não apenas a tomada de decisão do médico quando está diante do doente, mas no sentido mais amplo, em que é necessário incorporar todos os princípios, recursos e pessoas que estão envolvidos.

4.5 CATEGORIAS E COMPONENTES

Na prática clínica quatro situações básicas sempre se repetem: a) diagnóstico; b) tratamento; c) prognóstico; d) prevenção. Cada uma dessas situações compreende cinco componentes específicos: a) acesso à informação, b) avaliação crítica (ou melhor, da qualidade) da literatura, c) principais desenhos de pesquisa clínica, d) métodos estatísticos, e) planejamento de pesquisas clínicas.

Para cada uma dessas situações básicas, é necessário saber acessar a informação, avaliar a literatura, entender as limitações (vantagens e desvantagens) de cada desenho de estudo, os métodos estatísticos envolvidos com a situação clínica e como planejar pesquisas para que seus resultados sejam válidos.

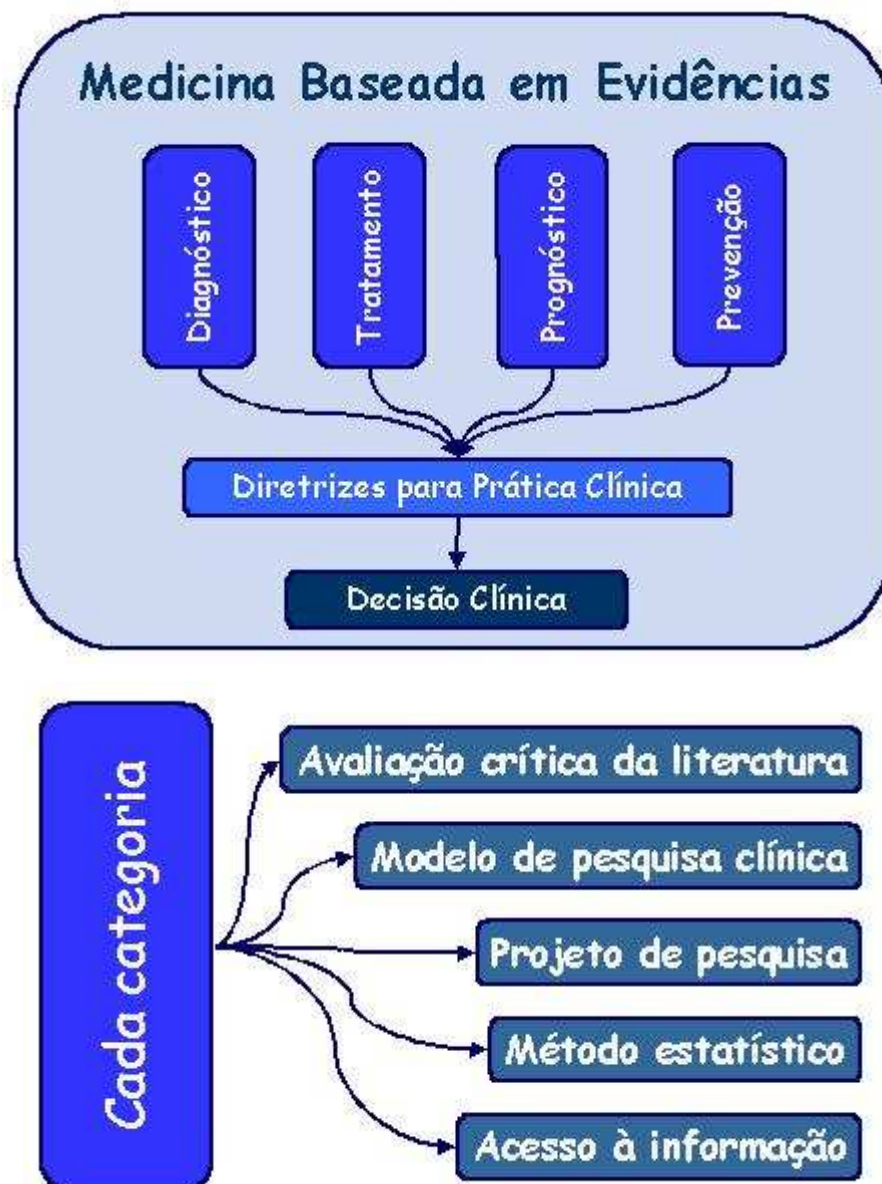


Figura 1 – Medicina Baseada em Evidências

Fonte: Elaborada pelo autor.

4.6 DIRETRIZES CLÍNICAS

No momento em que as informações dessas quatro situações básicas são sintetizadas, incorporando a experiência clínica acumulada, elas podem ser transformadas em recomendações, as diretrizes clínicas (*practical guidelines*).

As diretrizes clínicas sintetizam de forma sistemática o conhecimento que se tem sobre uma doença, servindo de orientação de como conduzir os doentes. Em virtude da produção

contínua de informações devem existir estratégias de atualização e de aprimoramento dessas diretrizes para que elas cumpram seu papel. Para que uma diretriz clínica seja efetiva, sua disseminação e implementação devem ser vigorosamente perseguidas. Sob pena de ver o tempo, energia e custos devotados para o seu desenvolvimento desperdiçados e o potencial benefício para os doentes perdido. A implementação significa que as diretrizes serão efetivamente utilizadas no processo de tomada de decisão clínica.

4.7 A DECISÃO CLÍNICA

O processo de tomada de decisão clínica é realizado com três componentes: a) o julgamento criterioso e imparcial dos resultados das pesquisas clínicas, sintetizada e contextualizada pelas diretrizes clínicas, b) as preferências do doente, devidamente esclarecido, c) as circunstâncias em que o doente é atendido, o estado da doença e os recursos disponíveis no local de atendimento. A vivência do profissional é que vai permitir o ajuste fino desse processo para que o doente tenha maior probabilidade de benefício que prejuízo.

4.7.1 As Pessoas Envolvidas

Na estruturação apresentada, quatro tipos de pessoas estão envolvidas: o médico, o doente, o administrador e o pesquisador; cada um se diferenciara dos outros pelos conhecimentos e habilidades que possuem em cada um desses componentes; diferenciados pelo "saber como é realizado" e pelo "saber realizar".

4.7.2 Médico

Cabe ao médico ou profissional da área da saúde saber como é realizado cada um dos itens básicos (acesso à informação, avaliação da literatura, principais tipos de desenhos de pesquisa, métodos estatísticos, planejamento de pesquisas) e as diretrizes clínicas para que ele possa confiar nas informações produzidas por cada uma das partes. A decisão clínica é o item

que este profissional necessita saber fazer. O médico deve ter consciência dos itens envolvidos no processo de tomada de decisão clínica, como eles interagem e como individualizar sua conduta para o doente que está na sua frente.

4.7.3 Paciente

Cabe ao doente saber como são realizados todos os itens descritos, mas não precisa saber realizar nenhum. Se o doente entende como as informações são geradas pelas pesquisas clínicas, como são interpretadas e aplicadas, será participativo e ativo no processo de tomada de decisão que irá afetá-lo.

4.7.4 Administrador

Cabe ao administrador saber como são realizadas todos os itens descritos e saber realizar apenas um dos itens das diretrizes clínicas, que é a sua implementação. A ação de implementar e avaliar sua utilização e, a partir desses resultados da utilização, planejar novas abordagens para a implementação, é um processo contínuo e permanente (Monitorização da prática clínica, *clinical audit*). O administrador entendendo todos os itens será um facilitador para as pessoas envolvidas.

4.7.5 Pesquisador

O pesquisador, diferente das outras pessoas envolvidas, já está dividido de acordo com suas funções e conhecimentos, sabe realizar cada um dos itens descritos. Por exemplo, para o método estatístico existe o bioestatístico, para o acesso à informação, a bibliotecária, nas diretrizes clínicas é o pesquisador que avalia quais são os métodos para planejar, produzir, disseminar e avaliar sua utilização; para a decisão clínica existem pesquisadores que avaliam

quais são os componentes, sua interação, o componente humano e a comunicação. Para cada componente existe um pesquisador com características próprias.

4.7.6 A decisão clínica (Medicina além das evidências)

O processo de decisão clínica que é coordenado pelo médico tem que obrigatoriamente levar em consideração três componentes: a) as evidências, dizendo de outra forma, os resultados de pesquisas clínicas de boa qualidade, b) as circunstâncias do atendimento, c) os desejos do doente. Os dois últimos componentes mais a coordenação no processo de tomada de decisão é que é a medicina além das evidências. Não levar em consideração os três componentes é um desvio do comportamento médico, pois se pode ter uma maior probabilidade de malefício que benefício, além de quebrar com a relação médico-paciente que é um elemento essencial na prática clínica.

Para se justificar o uso da Medicina Baseada em Evidências (MBE), como ferramenta de auxílio a uma gestão mais adequada, se faz necessário um breve descritivo dos diferentes cenários que são diretamente influenciados por esta ferramenta científica. Os atores (*players*) destes diferentes cenários são: pacientes, médicos, operadoras de saúde, governo, indústria e o judiciário.

4.7.7 Pacientes

Para os pacientes o momento é de muita insegurança. A medicina nunca esteve tão despersonalizada. O “médico de confiança da família” está acabando. As pessoas estão escolhendo os profissionais não mais por referenciais de qualidade, mas por motivos diversos, como, por exemplo: consultório perto de sua casa, recomendação do convênio, etc. No mercado médico existe hoje muita quantidade em detrimento da qualidade. Devido a uma série de fatores, os médicos não conseguem dedicar mais muito tempo da consulta para escutar os seus pacientes, realizar uma boa anamnese e exame físico. Dúvidas que outrora eram esclarecidas com os próprios pacientes agora buscam o esclarecimento com exames laboratoriais e de imagem que deveriam ser de auxílio ao diagnóstico e não o contrário. Em um mundo globalizado, a informação está de fácil acesso. Os pacientes (clientes) tendo esta

percepção estão cada vez mais informados (internet) e organizados com Associações de Defesa do Consumidor. Exigem mais serviços, a custos baixos e com muita qualidade.

4.7.8 Operadoras de Saúde

As Operadoras não conseguem mais simplesmente transferir os seus custos crescentes para as fontes pagadoras. Ela está sujeita ao rigoroso controle governamental da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que determina os índices de reajustes. O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas e/ou graves que demandam elevados custos assistenciais, a incorporação tecnológica de maneira acrítica e a variabilidade da prática médica constituem-se nos três fatores mais preocupantes. Pressões do cenário atual são exercidas pelo governo, prestadores, indústria e consumidores. O governo exercendo pressão por maiores coberturas e redução das mensalidades e pressão pela ampliação de repasse ao SUS por serviços prestados. Os prestadores (hospitais e médicos) pressionam por reajustes e por redução nos prazos de pagamento. A indústria pressiona por adoção de equipamentos e medicamentos mais avançados. Os consumidores pressionam por maiores coberturas e redução/congelamento dos preços das mensalidades.

Uma das principais dificuldades que as operadoras enfrentam hoje é com relação à crise de identidade do profissional que trabalha nessas empresas. Ele é um médico cooperado? É um sócio dessa empresa? É um credenciado? Muitas vezes, nem o próprio médico sabe qual é o seu papel frente a essa empresa. Na Unimed, os médicos são sócios cotistas com participação nos lucros e prejuízos. Existe uma relação de socialismo (busca do bem comum) dentro de uma cooperativa. Porém, é muito conflitante a relação de uma empresa socialista com o negócio nas suas relações com o mercado que é capitalista. Numa cooperativa, a sua saúde financeira depende do médico cooperado; o médico cooperado é sócio proprietário dessa empresa e, se a empresa vai bem, há distribuição de lucros, mas se a empresa vai mal, há distribuição de prejuízos. Em resumo, o sistema cooperativo depende da parceria dos seus cooperados. Cabe destacar que os objetivos das Unimed são: Medicina de excelência; defesa do mercado de trabalho do médico; colocar clientes nos consultórios dos médicos e remuneração justa.

4.7.9 Governo

Em 1998 aconteceu a publicação da lei 9.656. Antes dessa lei, os preços eram definidos pelo mercado (capitalista), mas a partir de 98 houve uma mudança, que interferiu no mercado ao ditar as regras do quanto se pode repassar aos beneficiários os custos das operadoras.

Os tópicos da regulamentação: regras únicas para todas as operadoras, o que estabeleceu uma igualdade fiscal entre operadoras capitalistas e cooperativas médicas. Os tópicos principais são: é vedada a suspensão unilateral do contrato; é vedada a exclusão de patologias; redução dos prazos de carência; pré-existência (máximo de carência de 24 meses); permanência no plano coletivo para aposentados; reajustes supervisionados de mensalidades; ressarcimento ao SUS para pacientes de operadoras que eventualmente são atendidos pelo SUS mesmo que o SUS seja um direito de toda a população, em que estariam incluídos também os pacientes que possuem convênios médicos. Essa regulamentação fez com que a operadora hoje tenha muita dificuldade de gerir o seu negócio.

Tem-se atualmente dentro da operadora uma base atuarial que não pode prever o avanço explosivo da tecnologia. A ANS: ainda não regulamentou o chamado Alto Custo (órteses, próteses e materiais especiais). A primeira tentativa do MS/ANVISA/ANS foi em novembro/2005, que ainda não mostrou resultados práticos. Mas, tem-se que reduzir os custos a todo custo? Ou deve-se racionalizar os custos? Certamente, para a Unimed continuar oferecendo uma medicina de excelência, deve racionalizar.

O Instrumento de Avaliação para inclusão de novos procedimentos proposto pela ANS solicita uma cópia das cinco publicações, consideradas pelos proponentes como de maior relevância científica (e tidas como cientificamente válidas) e que justifiquem esta submissão, e que devem ser anexadas na íntegra a essa proposta. Além de anexar as cópias das cinco publicações, todos os artigos pertinentes ao procedimento proposto devem ser referenciados. Torna-se necessário, portanto, conhecer os efeitos decorrentes do uso das tecnologias em saúde (segurança, risco, eficácia, efetividade, custo e impacto), no sentido de estabelecer recomendações sobre o que se deve ou não utilizar, e o que se deve ou não financiar.

4.7.10 Médicos

A pergunta que se deve fazer é: Que médico é este que pratica a medicina na atualidade ? A medicina tradicional está em crise. As perspectivas não são as melhores. Para exemplificar pode-se citar o livro do Prof. Dr. Mario Rigatto, *Médicos e Sociedade* (1976):

O prestígio social depende de 03 fatores: fazer coisas notáveis; não estar facilmente disponível e atuar por mecanismos que escapem à inteligência popular.

[...]

O prestígio social que os médicos perderam não só é irrecuperável, mas ainda diminuirá mais. Pela necessidade de estarem disponíveis para todos, os médicos estão sendo fabricados em série... o Brasil detém a liderança mundial: é o país que possui mais Faculdades de Medicina do mundo, em face da população. E coisas produzidas em série não têm prestígio. (RIGATTO, 1976, p. 8).

No Brasil já se possui 155 Faculdades de Medicina (Abril de 2006), totalizando um profissional por 622 habitantes. A OMS recomenda um profissional por 1.000 habitantes. Existe uma crise de financiamento com o aumento exponencial dos custos assistenciais e a demanda sempre superior à disponibilidade de recursos. Existe uma crise Pedagógica, os métodos pedagógicos são obsoletos, o modelo é hospitalocêntrico e de especialização precoce, e os valores são autoritários, paternalistas, corporativistas. Com a explosão de novas Faculdades de Medicina, não se dispõe de corpo docente qualificado para o bom treinamento médico. Observa-se também uma crise de Informação, com um volume importante e heterogêneo da produção científica. Descompasso entre a quantidade de novos conhecimentos e a qualidade das novas habilidades necessárias para bem utilizá-los. Esta situação toda resulta em médicos mal treinados e mal remunerados, levando a alguns erros que são fundamentais: O uso na rotina dos mesmos recursos tecnológicos utilizados na pesquisa. A ignorância de que os recursos da tecnologia são úteis para esclarecerem dúvidas suscitadas pela boa anamnese e exame físico, mas desastrosos quando empregados para substituir esses procedimentos básicos. Grande influência da indústria médica na decisão médica. Por estarem vulneráveis, alguns profissionais médicos prescrevem medicamentos apenas porque o propagandista da indústria afirmou que é bom e funciona. Alguns materiais cirúrgicos de elevado custo são utilizados de maneira equivocada. Esta situação lamentável, sob todos os aspectos, levou mais recentemente a ex-editora chefe de um dos periódicos médicos mais

respeitados no meio acadêmico, o *New England Journal of Medicine*, Dra. Márcia Angell, a publicar o livro *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it* (A verdade sobre a Indústria Farmacêutica: como eles nos enganam e o que fazer a respeito) (2005).

4.7.11 Indústria

A indústria também enfrenta um momento de transição. A indústria “farma” possui a missão de proporcionar mais saúde e qualidade para a população, desenvolvendo novos produtos. Estudos farmacoeconômicos têm demonstrado que o ganho real para a população tem sido muito pequeno com os novos produtos sempre mais caros. Por outro lado, possuem acionistas e investidores que exigem demonstrativo financeiro de lucro ao final do exercício. Os custos para desenvolvimento de um novo produto estão cada vez mais elevados. Muitas pesquisas científicas são patrocinadas sem a certeza de que poderão se concretizar em um produto comercializado. Após investimentos de milhões em desenvolvimento, as fontes pagadoras exigem cada vez mais a apresentação de estudos científicos que demonstrem eficiência, eficácia e segurança do produto. Estes estudos são de elevado custo e de longa duração. A maioria dos governos não possui condições financeiras de patrociná-los. Os estudos, então, acabam sendo patrocinados pela indústria que possui interesses na comercialização do produto alvo do estudo (conflito de interesses). Em contrapartida, a vida útil do produto, em um mundo globalizado em que alguns países não respeitam os direitos de patente, é muito curta. A indústria tem gasto em marketing de seus produtos (presença maciça em congressos médicos) valores tão elevados quanto os gastos em pesquisa de novos produtos.

4.7.12 Judiciário

A má prática médica, má gestão de algumas operadoras de saúde e do Governo tem congestionado os tribunais de liminares e ações cíveis e criminais. O judiciário encontra-se no “olho do furacão”. É forçado a tomar decisões sobre matérias médicas, muitas vezes sem o devido conhecimento técnico para tal. Estas liminares que autorizam a absorção ou utilização de OPME novos, muitas vezes esvaziam discussões posteriores e sobrecarregam a atuação do

Supremo Tribunal Federal. O judiciário possui as melhores intenções, está imbuído de boa-fé, acredita firmemente que suas decisões traduzem a justiça “no caso concreto”, entende que as operadoras podem sempre superar as suas decisões, vê dúvida, no contrato ou na lei, onde não existe. Utiliza muito o Art. 47 do CDC – “na dúvida interpreta-se a favor do consumidor”. “Na aplicação da lei, o juiz atenderá aos fins sociais a que ela se dirige e às exigências do bem comum.”. Atualmente não se justifica mais emitir um parecer de negativa, qualquer que seja, se não estiver muito bem embasado cientificamente. Há pelo menos três acórdãos no Superior Tribunal de Justiça julgando pela responsabilização das Operadoras de Saúde em erro médico praticado pelo seu credenciado/cooperado (responsabilidade solidária). Ao se emitir um parecer favorável ou desfavorável para a utilização de materiais de alto custo, a Operadora, obrigatoriamente, deve preocupar-se com as possíveis demandas jurídicas. Entende-se que não basta apenas trabalhar ao lado da ciência, as operadoras devem também buscar uma aproximação com o judiciário e fornecer suporte técnico/científico, objetivando liminares que garantam a segurança dos pacientes e mais condizentes com a realidade técnica.

4.8 CÂMARA TÉCNICA DE MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS DO SISTEMA UNIMED

O Sistema Unimed, identificando a necessidade de um processo estruturado que avalie a incorporação de novas tecnologias na área da saúde, e com o objetivo de manter o status da instituição como empresa que oferta aos seus beneficiários a melhor tecnologia médica disponível, criou a sua Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências.

4.8.1 Processo para Avaliação de Tecnologias em Saúde

A Câmara Técnica tem como atribuição a busca ativa de novas tecnologias do setor, por meio de radares (*softwares*) e da investigação das consequências clínicas (assistenciais) e econômicas da utilização das tecnologias em saúde. Apresenta como fontes de investigação: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, relações de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, entre outras variáveis envolvidas na tomada de decisão dos gestores em saúde, criando-se políticas e diretrizes de gestão tecnológica.

Seu objetivo é, portanto, promover aos clientes o melhor tratamento disponível, considerando seu o grau de evidência clínica e seu custo-efetividade; alcançar os padrões e metas determinados pelas Agências de Saúde/Ministério da Saúde; manter o reconhecimento da Unimed, pela comunidade, como pioneira em novas tecnologias; e auxiliar as Secretarias de Saúde e o Ministério da Saúde a promover a melhor alocação do fundo disponível no sistema de saúde nacional, como um todo.

A criação da Câmara surgiu da necessidade interna de organizar tal processo, associada às pressões do ambiente externo regulatório, representado pela Portaria do Ministério da Saúde de número 3.323, que institui a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC) no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. Essa portaria institui a análise de tecnologias em uso, revisão e mudanças de protocolos em consonância com as necessidades sociais em saúde e o fluxo para incorporação de tecnologias.

Dentre os públicos interessados, os principais são os clientes pacientes, os clientes médicos, a mídia, os clientes pagadores (planos e seguradoras de saúde) e os prestadores de serviço (Hospitais). Os clientes da Unimed, muitas vezes, buscam uma nova tecnologia, que fora mencionada em congressos médicos, sites especializados na internet e publicações em jornais e revistas consagrados no meio médico. Cria-se uma demanda por novas tecnologias que gera a necessidade da Unimed de se adequar às novas demandas do mercado, de forma a manter-se como líder no mercado brasileiro. O Sistema Unimed tende a ditar as regras do mercado nacional, pois concorrentes apenas absorvem em seus planos tecnologias que são absorvidas pela Unimed, fazendo este o papel de *benchmark* para os concorrentes.

Quanto à influência dos fornecedores (principalmente a indústria farmacêutica e os fornecedores de equipamentos), estes funcionam como “radares de novas tecnologias”, oferecendo constantemente novos produtos à operadora, ao hospital e aos médicos credenciados, colaborando em pesquisas clínicas que demonstrem efetividade de seus produtos, financiando congressos e oferecendo informação, material, amostras e avaliações para estudo. Seguindo-se este raciocínio, verifica-se que a equipe médica também faz parte deste sistema de “radar”, pois, sob influência dos fornecedores e de informações provindas de congressos internacionais, traz demanda por novas tecnologias para a Unimed.

4.9 OBJETIVO GERAL

Maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade.

Orientar os gestores da Saúde Suplementar (ANS) nos processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde.

Nortear a institucionalização, nas esferas de gestão do SUS e na Saúde Suplementar, dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população.

Promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde.

Sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde.

Fortalecer o uso de critérios e processos explícitos na priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade.

4.10 PRINCÍPIOS

A gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os seguintes atributos: segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão.

A produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse.

Os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente.

O processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, a sustentabilidade das tecnologias.

O conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deve ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população.

A ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde.

O processo de incorporação de tecnologias no sistema deve incluir atores representativos dos interesses da sociedade.

4.11 UTILIZAÇÃO DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA PARA SUBSIDIAR A GESTÃO: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (ATS)

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é o processo contínuo de análise e síntese dos benefícios para a saúde, das consequências econômicas e sociais do emprego das tecnologias, considerando os seguintes aspectos: segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais envolvidos na sua utilização.

O objetivo é subsidiar as instâncias decisórias quanto à incorporação e monitoramento da utilização de tecnologias no sistema de saúde, além de orientar os profissionais de saúde e usuários em relação à segurança, aos benefícios e aos custos.

As ações neste campo são fundamentais para auxiliar o processo de decisão quanto à incorporação de novas tecnologias e avaliação das existentes. São essenciais, ainda, no monitoramento da utilização e da ampla difusão da tecnologia nos serviços, analisando, neste caso, o processo de obsolescência e a necessidade de abandono do uso e do financiamento no sistema de saúde.

A avaliação, portanto, pode ser realizada em diferentes fases do ciclo de vida das tecnologias, desde o estágio inicial de difusão até a obsolescência e abandono.

Para implementar a ATS no sistema de saúde, serão necessárias as seguintes ações:

Elaboração de diretrizes metodológicas para estudos de avaliação de tecnologias, considerando as especificidades de cada tecnologia e seu estágio de desenvolvimento.

Levantamento das avaliações de tecnologias já elaboradas ou atualmente em curso no sistema de saúde, evitando duplicidade de esforços.

Estabelecimento de fluxos, de procedimentos e criação de competências institucionais para solicitação e priorização de demanda, para análise dos produtos obtidos e para divulgação de estudos em ATS.

Definição de critérios de priorização de estudos, mantendo o foco em tecnologias já registradas na Anvisa e com demanda por incorporação no sistema de saúde.

Definição de metodologia para identificação e seleção de tecnologias emergentes e relevantes para a Saúde suplementar.

Definição de indicadores para monitoramento pós-incorporação em parceria com os atores envolvidos.

Articulação com as ações da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e com a implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Incentivo à formação de rede de centros colaboradores para a realização de estudos, promovendo articulação entre os diferentes perfis institucionais e setoriais.

Promoção da institucionalização da ATS nos órgãos gestores do SUS e na Saúde Suplementar.

Incentivo a estruturação da ATS nas instituições de ensino e pesquisa.

Estabelecimento de cooperação com agências de avaliação internacionais, visando ao intercâmbio de informações e à capacitação de recursos humanos.

Criação de comissões estaduais e municipais de avaliação de tecnologias em saúde para assessorar o gestor quanto às questões relativas à ATS, inclusive na definição de prioridades de estudos.

Aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias. O aprimoramento contínuo do uso da evidência científica no processo de registro de medicamentos e produtos pela Anvisa, disponibilizando à sociedade, após a concessão do registro, as informações relativas à segurança, à eficácia, às indicações e às contraindicações de uso.

A manutenção da regulação econômica e do monitoramento do mercado de medicamentos.

A implantação da regulação econômica e do monitoramento do mercado de produtos para saúde, considerando o impacto orçamentário e a aplicação no mercado.

O envolvimento dos órgãos do controle social do SUS e dos demais segmentos da sociedade na definição dos critérios para priorizar a incorporação de tecnologias no sistema de saúde.

A promoção de amplo debate quanto às questões de incorporação de tecnologias com altos impactos econômicos, éticos e sociais.

As demandas de incorporação deverão vir acompanhadas de estudos realizados com base em diretrizes metodológicas elaboradas pelo Ministério da Saúde.

A decisão de incorporar uma nova tecnologia deverá considerar a comparação entre a tecnologia objeto de análise e aquelas já incorporadas, no que diz respeito à evidência de benefícios, aos custos para o sistema, à população alvo, às necessidades de infraestrutura na rede de serviços de saúde e os fatores de promoção da equidade.

A realização de avaliação econômica sempre que a nova tecnologia apresentar benefícios e custos adicionais em relação àquelas já incorporadas.

O desenvolvimento de metodologias para realização de análises de impacto orçamentário.

A tecnologia a ser incorporada deve ter por base diretrizes assistenciais aplicadas ao perfil de saúde nacional, elaboradas com a colaboração de especialistas e avaliadas periodicamente.

As recomendações técnicas favoráveis para a incorporação de uma tecnologia poderão ser revertidas na instância final de decisão, porém as recomendações técnicas negativas não poderão ser revertidas. A presença de novas evidências possibilita iniciar outro processo de solicitação.

O processo decisório referente à incorporação deverá contar com a participação de um colegiado de instituições envolvidas na gestão de tecnologias no sistema de saúde.

O estabelecimento de normas para compartilhamento interinstitucional de tecnologias será adotado sempre que possível para evitar a ociosidade da tecnologia.

A identificação dos recursos necessários - insumos, instalações, materiais e equipamentos de apoio - para a utilização segura e apropriada da tecnologia.

4.12 RACIONALIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA

Levantamento e avaliação de diretrizes assistenciais atualmente em uso, segundo critérios definidos pelo colegiado responsável pelas recomendações relativas à incorporação e aceitos internacionalmente.

Elaboração de diretrizes assistenciais que deverão considerar as condições operacionais, a viabilidade no território nacional, as indicações terapêuticas ou a finalidade de uso aprovadas no registro dos produtos e medicamentos e as questões éticas e ambientais relacionadas à sua utilização.

Implantação de novas diretrizes assistenciais acompanhadas por revisões periódicas, estratégias de divulgação, capacitação e análise da adesão pelos profissionais, e avaliação dos impactos no sistema de saúde e na sociedade.

Garantia de acesso do usuário às informações necessárias ao uso seguro e apropriado da tecnologia incorporada.

Monitoramento das manutenções requeridas pela tecnologia para garantia de sua correta utilização e segurança dos usuários, dos profissionais e do meio ambiente.

Aprimoramento do sistema de registro e notificação de evento adverso nos casos de evidência de resultados inesperados ou indesejados provenientes da utilização de determinada tecnologia, que afetem a segurança de pacientes, profissionais e do meio ambiente.

A demanda para o setor da saúde tem crescido de modo exponencial nos últimos anos. Atualmente, centenas de novos produtos são disponibilizados periodicamente com o intuito de aumentar a expectativa de vida ou reduzir o sofrimento da população. Entretanto, algumas das novas opções disponíveis no mercado não são comprovadamente seguras ou não têm impacto positivo na saúde dos indivíduos. Além disso, elas raramente são mais econômicas do que as alternativas tradicionais. Neste contexto, os prestadores de serviço – governamentais ou não – devem adequar a sua oferta para assegurar que seus clientes sejam atendidos com o que há de melhor na medicina, mas de modo que os recursos sejam utilizados de forma eficiente.

São muitos os motivos para a implementação de uma câmara técnica de MBE, dentre os quais se pode destacar, trabalhar com embasamento científico; ciência como aliada e não inimiga; é uma ferramenta de auxílio ao trabalho do médico; unifica a linguagem no intercâmbio entre as Unimed; utiliza a auditoria médica como difusora das diretrizes; administra a absorção de Novas Tecnologias e existe a co-responsabilidade jurídica da Unimed com a utilização de novas tecnologias para seus beneficiários.

Os princípios da MBE seriam: suportar o processo de tomada de decisão na relação médico-paciente; possibilitar o melhor atendimento disponível para os pacientes; considerar a condição individual e as prioridades dos pacientes e incorporar evidências científicas, habilidade clínica e valores dos pacientes. Ela deve ser revisada regularmente frente à luz das evidências em evolução, se envolver com os médicos e os pacientes.

A MBE permite diferenciar um fato médico de opinião ou Juízo de Valor. Indica a necessidade de escolhas entre: recursos disponíveis e demandas existentes; visão individual e visão coletiva e perspectivas do paciente e da sociedade.

Com o paradigma da medicina baseada em evidências, busca-se o uso criterioso de fármacos ou produtos da saúde com base em avaliações prévias realizadas em situações clínicas semelhantes. A utilização da observação feita em um grupo de pacientes – e publicada na forma de artigos científicos –, para um universo maior de casos, pressupõe que esta observação tenha sido feita de forma sistemática e cientificamente válida. A avaliação e análise crítica das evidências disponíveis é hoje condição essencial para a boa prática clínica.

Entretanto, são muitas informações, o tempo é escasso e nem todos detêm o conhecimento específico necessário para conduzir análises mais aprofundadas. Cada vez mais se identifica a necessidade de estruturas de apoio para clínicos e gestores tomadores de decisões. Neste cenário, a Operadora Unimed vem liderando. Deste modo, as Câmaras Técnicas de Medicina Baseada em Evidências do Sistema Unimed estão sendo estruturadas a fim de contemplar a necessidade da UNIMED de assegurar decisões sólidas e clinicamente relevantes para a prática da melhor medicina para todos. Cita-se o Código de Ética Médica: “É direito do médico. Art. 21 - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País. No Art.21- onde se lê “... observadas as práticas reconhecidamente aceitas ...”, ou seja, não experimentais. Ao paciente não pode ser oferecida uma “aventura médica”.

Especificamente, a Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências tem como objetivo desenvolver uma estrutura formal de análise de evidência científica para o uso de tecnologias em saúde. Como tecnologias em saúde, entende-se material médico-hospitalar, produtos de apoio ao diagnóstico, medicamentos e processos de saúde estruturados (p.e. visitas domiciliares). Para isto, conta com um grupo de apoio permanente e altamente qualificado (epidemiologistas e pesquisadores) para trabalhar de modo contínuo na avaliação das tecnologias. Além disso, tem a participação de médicos auditores e de médicos especialistas em cada área correspondente à tecnologia em avaliação.

4.13 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Percebendo o espaço não preenchido pelos órgãos regulatórios do país frente à necessidade de avaliar a incorporação de novas tecnologias, o sistema Unimed organizou-se com as câmaras técnicas de MBE (epidemiologistas e pesquisadores) que realizam dois trabalhos basicamente para o sistema: Recomendações em medicina e avaliação de novas tecnologias em Saúde (ATS).

A estratégia, portanto, é padronizar novas autorizações de tecnologias: criar um padrão de especificação por avaliação prévia qualificada; Medicina Baseada em Evidências; Registros legais ANVISA/MS; cadastrar fornecedores qualificados e que trabalhem com material de alto desempenho (acreditado cientificamente); negociar preços (o mercado é quem faz o preço); e estabelecer preços máximos. Dessa forma, a negociação de preços e custos deve ser clara e justa. Não se pode, atualmente, absorver materiais órteses, próteses e materiais especiais (OPME) de elevado custo, apenas porque a indústria e/ou pessoas ligadas a ela “garantem” e informam que os mesmos apresentam “vantagens” sobre os materiais de uso rotineiro e de eficiência e eficácia comprovadas na literatura médica (“padrão ouro”) devido a três exigências:

- 1 – Segurança para os pacientes;
- 2 - Custo (pagar por eficiência e por eficácia duvidosa);
- 3 - Co-responsabilidade ética e civil (se o material se apresenta de baixa qualidade ou leva a efeitos adversos, no seguimento tardio, ao paciente, a operadora e o médico, juntamente com o fabricante, serão responsabilizados).

Assim, as estratégias são: identificar especialidades médicas de alto custo e complexidade; investir no profissional médico através de educação médica continuada (congressos, cursos, internet); utilizar os Comitês de especialidades e as Sociedades Médicas para analisar as situações (pensamento não corporativo); implantar Câmaras Técnicas de Medicina Baseada em Evidências (isso desprioriza a negativa ou a autorização, dilui as responsabilidades e também magnifica a decisão).

4.14 ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A Unimed Central de Serviços do RS (cooperativa de segundo grau, vinculada à Federação das Unimeds do RS) criou a Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências no intuito de avaliar tecnologia em saúde através de um padrão que serve para todas as solicitações. Com isso, a operadora está saindo do “eu acho” e na “minha experiência” para decisões clínicas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis em um determinado momento, o que é fundamental, porque se sabe que as recomendações de uma Câmara Técnica precisam ser revisadas periodicamente, pois pode surgir um novo estudo que mude completamente a primeira recomendação.

O processo de avaliação inicia com uma demanda do próprio Sistema Unimed que necessita saber se determinada intervenção em Medicina ou uso de nova tecnologia em saúde (OPME) é eficiente, segura e eficaz.

Periodicamente, tópicos serão selecionados a partir daqueles gerados em reunião do Colégio de Auditores Médicos da Unimed. Após essa seleção, a Câmara Técnica desenvolve uma busca detalhada da literatura, análise crítica das evidências e discussões com o médico especialista e auditor e elabora a avaliação e proposição de recomendações para o uso daquela tecnologia.

O processo da MBE inicia-se pela formulação de uma questão clínica de interesse. Uma boa pergunta formulada é o primeiro e mais importante passo para o início de uma pesquisa, pois diminui as possibilidades de ocorrerem erros sistemáticos (vieses) durante a elaboração, o planejamento, a análise estatística e a conclusão de um projeto de pesquisa. Uma boa pergunta científica consiste em quatro itens fundamentais, são eles: situação clínica (qual é a doença), intervenção (qual é o tratamento de interesse a ser testado), grupo de controle (placebo, *sham*, nenhuma intervenção ou outra intervenção) e desfecho clínico.

Partindo da pergunta, o próximo passo é saber qual o desenho de estudo que melhor responde à questão clínica.

É realizada revisão sistemática e independente da literatura, com o objetivo de analisar a qualidade dos achados e suas implicações para a avaliação da questão proposta. Dividida em etapas de avaliação de eficácia clínica e de custo-efetividade.

Os trabalhos selecionados para a avaliação da tecnologia devem ser:

- relevantes ao assunto com relação à tecnologia, grupo de pacientes, comparações realizadas, desfechos;

- com delineamento especificado, métodos empregados, seleção de desfechos, análise por intenção-de-tratar;
- hierarquizados com relação à metodologia empregada, determinando sua importância relativa na determinação do benefício da tecnologia;
- metanálises e revisões sistemática, se metodologicamente bem conduzidas, podem, ser incluídas na avaliação, e inclusive hierarquicamente superiores às demais evidências, se de qualidade.

4.15 HIERARQUIZAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

- nível 1: ensaios clínicos randomizados (ECR): preferência para aqueles que comparam diretamente a tecnologia a ser analisada com o padrão-ouro; se a comparação não for direta, isto deve ser descrito e considerado. Avaliar validade interna (cegamento, método de randomização, se seguimento completo, tamanho do estudo, análise por intention-to-treat) e validade externa (aplicabilidade para grupos de pacientes e na prática clínica);
- nível 2: estudos observacionais controlados (coortes, estudos de caso-controle);
- nível 3: estudos não-controlados – séries de casos;
- nível 4: opinião de especialistas, com base na fisiopatologia, pesquisa básica e opinião de consenso.

4.16 ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE

- inclui trabalhos que avaliem o impacto da tecnologia no curso da doença, impacto na qualidade de vida relacionada à saúde, e quantificação do efeito do uso da tecnologia na utilização de recursos (dias de hospitalização, consultas médicas, uso de medicações, necessidade de intervenções);
- estas evidências podem ser obtidas através da revisão de estudos econômicos metodologicamente adequados;

- a análise de custo-efetividade avalia o quanto as diferenças nos custos entre as opções podem ser justificadas pelos efeitos sobre a saúde. O efeito sobre a saúde deve ser expresso em QALYs (*quality-adjusted life years*), que é um índice de sobrevida ajustado para levar em conta a qualidade de vida durante o tempo avaliado. Tem a vantagem de considerar tanto a quantidade (longevidade/mortalidade) como a qualidade (morbidade, fatores psicológicos, sociais, funcionais de vida).

A Avaliação da Tecnologia com as Recomendações para seu uso é então disponibilizada a todos os médicos cooperados e auditores, através da Internet (site da Unimed), para consulta pública, com recebimento de sugestões e esclarecimento de dúvidas. Após a avaliação das sugestões recebidas e revisão da Avaliação, cria-se o protocolo final com a Avaliação e as Recomendações referentes à tecnologia em estudo. Esse protocolo é apresentado ao Colégio de Auditores e é então disponibilizado para os próprios auditores e para os médicos cooperados, podendo servir de ferramenta no auxílio à tomada de decisões a ao uso eficiente de tecnologias e recursos em saúde.

A atuação da Câmara Técnica Unimed REGIÕES, fornecendo suporte na tomada de decisão da Auditoria Médica e dos Médicos Cooperados, já apresenta os primeiros resultados.

O Quadro 1 apresenta os resultados do último relatório de gestão do exercício 2009 da Unimed Central de Serviços RS.

ESTUDOS REALIZADOS PELA CÂMARA TÉCNICA DE MBE – REGIÕES

TOTAL ATÉ DEZ de 2009 = 176 Diretrizes disponíveis via WEB no SIAM (Sistema Integrado de Auditoria Médica da Unimed Federação RS).

REGULAÇÃO DE OPME com AUDITORIA DE ESPECIALISTAS

Objetiva gerenciar o uso de materiais e medicamentos especiais (OPME), utilizando negociações com fornecedores e critérios técnicos (Medicina Baseada em Evidências e Recomendações da Câmara Técnica) para liberação.

REGULAÇÃO DE OPME						
	2007		2008		2009	
Orçamentos/pareceres	9.570		17.195		13.762	
Valor dos orçamentos	10.867.131,00		20.647.669,00		24.779.566,00	
Orçamentos comprados	4.922.655,00		11.011.137,00		16.167.374,00	
Valor pago	3.340.003,00		6.958.361,00		9.423.903,00	
Economia % = R\$	32,1%=1.582.652,00		36,8%=4.052.776,00		41,7%=6.743.471,00	
Economia	CARDIO	NEURO	C. GERAL	BUCO	ORTOPEDIA	TOTAL
2008	369.674,00	184.382,00	1.197.967,00	309.462,00	1.991.291,00	4.052.776,00
2009	476.368,00	134.051,00	2.160.082,00	75.510,00	2.353.750,00	6.743.471,00

Quadro 1 - Resultados do Último Relatório de Gestão do Exercício 2009 da Unimed Central de Serviços RS

Fonte: Unimed (2009).

A partir da fundação da Câmara Técnica de BEM, os Médicos Auditores do Sistema Unimed RS começaram a consultar as recomendações em medicina e os trabalhos de ATS. Antes de proceder com um parecer sobre determinada solicitação de tratamento para os beneficiários (pacientes) foi normatizado que os mesmos deveriam consultar as recomendações (diretrizes) disponíveis no site da Unimed RS. As diretrizes são compostas pelas melhores evidências científicas disponíveis na literatura médica. Foi iniciado um processo de tomada de decisões clínicas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis em um determinado momento. Tratamentos experimentais ou com baixo suporte científico para a utilização nos pacientes começaram a ser questionados. Tratamentos solicitados com a utilização de OPMEs ainda considerados experimentais passaram a não ser mais autorizados. Alguns destes novos OPMEs disponíveis no mercado não são comprovadamente seguros ou não têm impacto positivo na saúde dos indivíduos. Além disso, eles raramente são mais econômicos do que as alternativas tradicionais. Neste contexto, a Unimed passou a adequar a sua oferta para assegurar que seus clientes sejam atendidos com o que há de melhor na medicina, mas de modo que os recursos sejam utilizados de forma eficiente. Observe-se na tabela acima que este novo processo foi responsável por uma economia de R\$ 6.743.471,00 nos 12 meses acumulados do ano de 2009. Esta economia de recursos contribui para manter os custos dos planos de saúde comercializados pela Unimed

estáveis, sem um aumento muito impactante para os beneficiários, e certamente foi praticada uma medicina mais eficiente, eficaz e segura para os pacientes (beneficiários do plano Unimed). Os objetivos da Câmara Técnica de MBE de maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso dos seus beneficiários a tecnologias efetivas e seguras, estão sendo alcançados. Devido ao fato do sistema cooperativista não visar ao lucro, esta economia gerada serve para o equilíbrio financeiro da empresa e para o financiamento de novos projetos inovadores que servem para a manutenção da vantagem competitiva, performance superior em relação aos concorrentes e manutenção da empresa na fronteira da produtividade; resultando na melhor combinação benefício percebido por um custo adequado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde de uma população resulta das condições de vida biológica, social, cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si com a natureza e com o trabalho. O “mercado da saúde suplementar brasileira” foi abordado, neste estudo, somente no que diz respeito à assistência médica, isto é, da assistência médica à doença. A prestação destes serviços envolve basicamente três participantes. O operador de um plano de saúde, que pode ser o governo ou seguradoras privadas e os provedores de cuidados médicos, que uma vez mais, podem ser públicos ou privados, e os segurados. O mercado de serviços de saúde é singular, apresentando seu financiamento e provimento um aspecto moral e de grande apelo emocional. O ambiente de mercado no qual os bens e serviços de saúde são consumidos é diretamente associado à vida, tanto em relação a sua duração quanto a sua qualidade. Valores, que do ponto de vista individual e social, não podem ser consumidos em nível mínimo, não sendo possível a determinação de limites para seu consumo ou obrigatoriedade de financiamento próprio para sua compra.

No Brasil, a opção por um sistema de saúde misto (público e privado) foi assumida em parte pela incapacidade de prover serviços públicos de saúde para todos, parte por tradição devido à tardança da implantação de um estado de “bem-estar”. Este sistema misto de saúde resultou na situação atual em que cerca de 20% da população brasileira têm, além do direito de acesso ao serviço público, acesso a serviços de saúde providos por planos e seguros de saúde privados, e a rede pública tem dificuldades em atender, confortavelmente, os 80% da população que dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

O embasamento para a formulação de políticas regulatórias para este setor exige um grande investimento em pesquisa para que as ações realizadas direcionem esta atividade para seu objetivo que é o de aumentar a saúde e o bem-estar da população além de reduzir os gastos individuais e do Estado, com a assistência à saúde.

As operadoras de planos de saúde, por sua vez, calculam o custo financeiro dos tratamentos a serem prestados a uma dada população, a partir da incidência e prevalência de patologias e de uma taxa histórica de utilização. Estes dados, em uma grande população podem ser previstos a partir de dados estatísticos. Os custos médios dos procedimentos necessários aos diversos tratamentos e à prevenção também podem ser obtidos de dados do mercado.

Os planos e seguros de saúde, encarados como mercado, poderiam ter funcionamento similar ao de qualquer outro de prestação de serviços. Porém, no mundo real, esse mercado possui algumas características que o diferenciam, como: a imprevisibilidade, em relação ao custo e ocorrência, das despesas médicas e a assimetria de informações entre os agentes.

Os planos de saúde privados passaram, assim, a ter importância social cada vez maior, devido ao grande número de usuários já afiliados e a incapacidade do SUS de atender toda a população de acordo com as expectativas dos diversos grupos sociais organizados.

As operadoras se dividem em quatro grandes grupos, com características que as diferenciam tanto no desempenho das atividades como na maneira de obter a clientela:

- 1) As Autogestões, a princípio criadas para prestar atendimento aos funcionários de uma determinada firma, sem lucro nessa prestação de serviços;
- 2) As cooperativas médicas, criadas para garantir um mercado não mercantilista para a profissão médica;
- 3) As Medicinas de Grupo, criadas para prestar assistência médica à força laboral, principalmente por contratos coletivos celebrados pelos empregadores; e
- 4) As Seguradoras especializadas em Saúde, que trazem da sua especialização em seguros forte conhecimento atuarial que permite calcular um preço a ser pago pelos riscos e gastos com assistência derivados do mercado de seguros em geral, e que desejariam manter-se atreladas e fiscalizadas pela SUSEP.

A situação dos beneficiários de planos de saúde variava muito em relação às coberturas oferecidas pelas operadoras. A necessidade de criação de um elenco de procedimentos de cobertura obrigatória (Rol de procedimentos da ANS) foi um dos maiores benefícios da regulação deste mercado. O financiamento e a extensão - no sentido de variedade de eventos garantidos - das coberturas assistenciais obrigatórias têm aspecto moral e de grande apelo emocional. O ambiente de mercado no qual os bens e serviços de saúde são consumidos tem limitações financeiras, mas as limitações não podem incorrer em abusos contra os usuários

Como o Rol garante que os procedimentos nele contidos tenham cobertura obrigatória, os procedimentos de diagnóstico e tratamentos propostos pelo médico solicitante terão seus custos financeiros pagos pelas operadoras de saúde. Para não promover um desequilíbrio financeiro no setor de saúde suplementar, faz-se necessário estudar e avaliar os custos associados a essas incorporações.

Aliado ao estudo de viabilidade econômica, deve-se manter uma assistência efetiva no

tratamento dos problemas de saúde dos usuários do setor suplementar. A ANS deve trabalhar para obter, dos agentes, garantia da eficácia na atenção à saúde, e colocar à disposição do usuário toda a tecnologia necessária a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, abordando as dimensões individuais e coletivas dos problemas de saúde, com a satisfação dos usuários. É necessário entender que a qualidade da assistência não está ligada apenas à oferta ou não de tecnologias, mas, principalmente, ao processo de trabalho, na relação do paciente com o profissional de saúde que as articula na atenção da necessidade de saúde. A busca de uma atenção que seja resolutiva pressupõe a possibilidade de uma busca, quando necessário, de apoios externos, como consultas com distintos especialistas, solicitação de exames complementares, internações, quando houver uma maior gravidade do caso, percorrendo os vários níveis de assistência e garantindo a integralidade. Integralidade, essa, que não pode ser confundida com ter todas as “demandas” satisfeitas, mas que deve, sim, ser entendida como cobertura das necessidades de saúde.

Almeja-se então, chegar a uma situação que garanta resolutividade na assistência com custos financeiros compatíveis com a população assistida pelos planos de saúde. Mas, como estabelecer critérios de inclusão de novos procedimentos que permitam uma melhoria nas condições de saúde e sejam aceitos como justos e benéficos pela Sociedade? Acredita-se que é aqui que podem entrar as ferramentas da Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE) e bioética, as quais permitem pensar as implicações morais da incorporação de novas tecnologias em saúde, junto com outras avaliações, como as de efetividade, as econômicas, e as baseadas em protocolos clínicos. Para uma justa incorporação de novos procedimentos na saúde suplementar, podemos/pode-se utilizar estes princípios.

O Sistema Unimed do Brasil tem contribuído com a ANS, fornecendo estudos das suas Câmaras Técnicas já realizadas sobre incorporação de novas tecnologias. O objetivo é sensibilizar a agência reguladora para não incluir no Rol de procedimentos técnicas e componentes médicos ainda consideradas experimentais e que podem expor a população de beneficiários a algum tipo de risco. Com este trabalho o Sistema Unimed também evita um maior descontrole dos custos assistenciais. Esta estratégia tem contribuído para a oferta de uma melhor assistência aos beneficiários, melhor controle de custos gerados pelas novas tecnologias (OPMEs), levando a uma oferta de medicina adequada a custos justos para os beneficiários do Sistema Unimed. Esta estratégia resulta em uma diferenciação do Sistema Unimed dos seus competidores de mercado.

O cooperativismo médico brasileiro iniciou em 1967 uma nova forma de trabalho, sob o enfoque de uma entidade sem fins lucrativos que preservava a medicina liberal, a autonomia

de ofício e a relação médico/paciente.

O Sistema Unimed congrega mais de 377 Cooperativas Singulares, cobrindo 4.000 (80%) dos municípios do Brasil, nos quais atuam mais de 106.000 médicos, atendendo a uma população de mais de 15.000.000 (quinze milhões) de usuários, gerando um faturamento de mais de cinco bilhões de reais ao ano. Em 2010, mais de 43 milhões de habitantes são atendidos por planos de saúde (Medicina de Grupo, Autogestão e Seguradora), sendo que o Sistema Unimed possui 32% do mercado nacional. Os cooperados, médicos por formação, acabaram se transformando em administradores de complexas empresas. Está aí a principal razão pela qual, cada vez mais, é preciso aprender a *ser cooperado e administrador* deste empreendimento cooperativo. Qualificando o cooperado, levando-o a conhecer sua estrutura e funcionamento para interagir com sua empresa cooperativa, fazendo-o acreditar em princípios éticos e coletivos, pode-se construir uma realidade mais favorável na sua expansão e consolidação, tanto profissional e pessoa quanto empresarial e coletiva. Vale a afirmação de que, nos dias de hoje, a atuação conjunta, através das cooperativas de trabalho médico, constitui-se na melhor alternativa profissional para o médico que, ao integrar o quadro de cooperados voltados para fins comuns, passa a contar com recursos, tecnologia, equipes e informações e a ter apoio para enfrentar o desafio da seguridade e do futuro, ao mesmo tempo em que tem acesso a uma clientela mais ampla e com capacidade de pagamento estável. A história já provou que o sistema cooperativo lhe dá todo apoio e estímulo para um exercício ético e qualitativo da medicina, com remuneração satisfatória e condições dignas de trabalho, além de manter o caráter liberal da profissão.

O Sistema Unimed definiu como missão ser o melhor provedor de soluções em saúde, com crescimento sustentável, valorizando o trabalho médico qualificado, conforme preceitos cooperativistas.

Como cooperativa, além da preservação do caráter liberal da profissão médica, a Unimed se diferencia por não visar lucro e atuar com vistas ao resgate da ética e do papel social da Medicina.

Investimentos constantes em estrutura de atendimento, serviços inovadores e adequados às diversas necessidades dos usuários, profissionais altamente qualificados e a maior e melhor rede credenciada garantem excelência no atendimento e alto nível de satisfação entre os clientes, o que se traduz na liderança de mercado.

Da revisão teórica realizada, destaca-se que o melhor enfoque para competitividade é aquele relacionado à capacidade das empresas em ampliar ou manter, de forma duradoura, uma posição sustentável no mercado, isto é, são competitivas aquelas empresas que no

mínimo mantêm suas fatias de mercado ao longo dos anos. São competitivas as empresas que no mínimo se mantêm perenes. É de se destacar que a existência de uma estratégia concorrencial formal demonstra a preocupação que a empresa tem para este aspecto, bem como é garantia de que tal situação foi de fato avaliada, estudada, não decorrendo de postura puramente intuitiva da organização.

As empresas têm de ser flexíveis para responder rapidamente às alterações competitivas e do mercado. Têm de se comparar com os rivais (*benchmarking*) para obter maior eficiência e evoluir continuamente. Têm de possuir competências centrais (*core competences*) para se manterem à frente dos seus rivais. O posicionamento, em tempos considerados a alma da estratégia, é hoje rejeitado, por ser demasiado estático face às mutações dos mercados e das tecnologias. De acordo com a nova doutrina, as empresas podem facilmente copiar o posicionamento estratégico dos rivais. Logo, as vantagens competitivas são temporárias. As empresas procuram ser mais independentes e ágeis.

A raiz do problema encontra-se na incapacidade de distinguir entre a eficiência operacional e a estratégia. A eficiência operacional e a estratégia são ambas essenciais ao desempenho excelente que é, afinal, o objetivo principal de qualquer empresa. Mas ambas funcionam de maneira diferente. Para uma empresa ultrapassar os rivais deve preservar uma característica única. Terá de proporcionar maior valor aos consumidores ou criar valor a custos mais baixos; ou fazer as duas coisas. O fato de proporcionar maior valor permite-lhe cobrar preços mais elevados. Uma maior eficiência significa custos unitários mais baixos.

Algumas empresas conseguem obter mais dos seus recursos, pois eliminam os esforços redundantes, empregam tecnologia mais avançada, motivam melhor os funcionários ou possuem melhores competências para gerir uma atividade particular ou um conjunto de atividades. Tais diferenças na eficiência operacional explicam as diferenças de rentabilidade entre empresas concorrentes.

O que antes era considerado um *trade-off* (escolha em que ter menos de um implica ter mais de outro) — entre benefícios e custos, por exemplo — verificou-se ser uma ilusão criada por uma fraca eficiência operacional. Os gestores já aprenderam a rejeitar esses falsos *trade-offs*. É necessário uma melhoria contínua na eficiência operacional para se atingir uma rentabilidade superior.

A estratégia competitiva consiste em ser diferente. Significa escolher deliberadamente um conjunto diferente de atividades para fornecer uma combinação única de valor.

A estratégia é a criação de uma posição única e valiosa que engloba um conjunto diferente de atividades. Se apenas houvesse um posicionamento ideal, não haveria

necessidade de estratégia. A essência do posicionamento estratégico é o de escolher atividades diferentes das dos rivais. Se o mesmo conjunto de atividades fosse o melhor para produzir todo o tipo de variedades, de satisfazer todas as necessidades e de ter acesso a todos os consumidores, então as empresas poderiam facilmente substituir-se entre si, e a eficiência operacional determinaria os resultados.

No entanto, uma posição de mercado estratégica não é sustentável se não houver *trade-offs*. Fazer as duas coisas resultará sempre em quebras na eficiência. Os *trade-offs* criam a necessidade de escolha e protegem a empresa contra reposicionadores e imitadores. Surgem por três motivos. O primeiro, deve-se a inconsistências na imagem e reputação. Uma empresa conhecida por fornecer um tipo de valor poderá arruinar a sua credibilidade e confundir os consumidores se tentar fornecer outro tipo de valor, ou se fornecer, em simultâneo, dois serviços incompatíveis.

O segundo motivo, é que os *trade-offs* surgem das próprias atividades. Se, por exemplo, a Unimed passar a configurar a sua atividade para baixar os custos, menos capaz será de satisfazer os seus clientes que exigem elevados níveis de serviço.

A estratégia significa fazer escolhas de posicionamento competitivo. A essência da estratégia é decidir o que não fazer. Sem os *trade-offs*, não haveria necessidade de fazer escolhas e, portanto, de ter estratégias.

As tomadas de decisão sobre o posicionamento determinam não apenas quais as atividades que uma empresa exercerá e como as irá desenhar, mas também como as atividades se relacionarão entre si. Enquanto a eficiência operacional visa atingir a excelência nas atividades ou funções individuais, a estratégia visa combinar atividades.

Mas a estratégia é a arte de fazer escolhas, ainda que difíceis. A estratégia requer *trade-offs* entre tipos de posicionamento estratégico incompatíveis.

Uma empresa atinge uma vantagem competitiva se puder obter taxas maiores de rentabilidade do que as empresas rivais (BESANKO, 2006). A rentabilidade de uma empresa depende conjuntamente das condições do setor e do montante do valor que a empresa pode criar em relação às suas rivais.

Para atingir uma vantagem competitiva, uma empresa deve não apenas criar um valor positivo, mas deve também criar mais valor do que empresas rivais.

Há dois caminhos amplos para se atingir vantagem competitiva. O primeiro seria a empresa atingir uma vantagem de custo sobre a sua rival e o segundo seria atingir uma vantagem de benefício sobre as rivais.

Os benefícios do consumidor e os custos direcionam a criação de valor. Compreender como uma empresa cria valor e por que ela cria mais ou menos valor que suas concorrentes frequentemente requer um diagnóstico dos direcionadores de custo e benefício.

Uma empresa cria uma vantagem de benefício oferecendo um produto que proporciona maiores benefícios percebidos a prospectivos compradores do que os produtos das concorrentes. O benefício percebido, por sua vez, depende dos atributos que os clientes valorizam, bem como daqueles que baixam os custos das transações do produto e do usuário. Esses atributos, ou o que se denomina de direcionadores de benefícios, formam a base sobre a qual uma empresa pode se diferenciar.

A vantagem competitiva surge quando a empresa consegue criar para seus clientes um valor que supere o seu custo de fabricação. O setor de planos de saúde é caracterizado por uma concorrência acirrada entre empresas de medicina de grupo, empresas de seguro saúde e as cooperativas médicas.

Para Porter (1989), há dois tipos gerais de vantagem competitiva: a liderança de custos e a diferenciação. Uma terceira alternativa ocorre quando a empresa seleciona um segmento específico do mercado que será focado com uma estratégia de custos ou de diferenciação. Ainda, segundo ele, por meio da estratégia de liderança de custos, a empresa se torna o produtor de menor custo em seu setor, tendo como principais fontes de vantagem competitiva a economia de escala, a tecnologia patenteada ou o acesso preferencial a matérias-primas. Na diferenciação, a empresa procura alcançar uma posição única na indústria, por meio de atributos que os clientes valorizem e pela disposição desses mesmos clientes a pagar um preço-prêmio pelo produto ou serviço.

Para Ulrich e Lake (1990), a vantagem competitiva ocorre quando a empresa consegue, em segmento específico de mercado, agregar mais valor a seus clientes e fornecedores do que seus concorrentes. A vantagem competitiva se compõe de dois elementos: o valor percebido pelos clientes e a criação de fontes únicas ou singulares através de produtos ou serviços que os concorrentes não conseguem imitar.

A Vantagem Competitiva se refere à posição da empresa em relação aos clientes e concorrentes. Ela pode ou não ser sustentável, isto é, ser duradoura e resistir aos ataques da concorrência.

Para Porter (1989), a sustentabilidade de uma vantagem competitiva dependerá da sua resistência ao comportamento da concorrência e à evolução da indústria (setor). Para isto, a empresa deve desenvolver barreiras que dificultem a imitação da sua estratégia, mediante

investimentos permanentes na melhoria de sua posição, de forma que ela se torne um alvo móvel e difícil de ser copiado.

Entre as vantagens competitivas do Sistema Unimed destacam-se a marca reconhecida; produto diferenciado; exigência de capital para novos competidores neste mercado; acesso privilegiado a canais de distribuição etc. – através de muitos investimentos em qualidade e eficiência, a marca Unimed, hoje, é cobiçada pelos consumidores como um dos melhores planos de saúde do país. A marca Unimed está ligada à qualidade de serviços que levam a uma identificação e preferência dos clientes. Além de deter 32% do mercado nacional de planos de saúde, a Unimed possui lembrança cativa na mente dos brasileiros. De acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha, a Unimed é pelo 15º ano consecutivo a marca Top of Mind (2010) quando o assunto é plano de saúde.

Para Michael Porter, estratégia é fazer escolhas, sendo que a essência é escolher o que não fazer. Sob esse enfoque, sem *trade-off* não haveria necessidade de escolhas e, assim, não seria necessário estratégia.

O mercado começa a apresentar algumas dificuldades com algumas operadoras sem condições de honrar seus contratos, outras com dificuldades administrativas, gerando confusão nos beneficiários. O modelo de assistência médica atual não atende mais às necessidades do mercado. O modelo atual eleva os custos médicos sem garantir uma prática médica melhor e mais segura. No modelo convencional de prática clínica, baseado em observações não sistematizadas, pouco uso de diretrizes médicas, livre utilização de novas tecnologias médicas, fazendo livre uso do tirocínio e do senso comum, utilizando em abundância raciocínios fisiopatológicos, a resultante é uma medicina de pior qualidade, pouco eficiente e de custo elevado. Existe uma clara migração para um novo modelo de prática clínica: o modelo de Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE reconhece a importância da experiência clínica e mesmo da intuição diagnóstica, porém enfatiza o valor das evidências externas bem avaliadas. Estimula a iniciativa e a criatividade pessoal, em detrimento da autoridade alheia e incrementa como consequência, a qualidade do atendimento. Por acreditar neste novo modelo que a Unimed há alguns anos tem investido nessa ferramenta focada no objetivo estratégico de oferecer uma medicina de comprovada qualidade com controle adequado dos custos.

A cada dia o setor de saúde suplementar depara-se com novos desafios que conduzem a instituição de saúde a uma única opção – a necessidade de melhoria dos padrões de gestão como instrumento de sucesso e, muitas vezes, da própria sobrevivência. O atual momento tem destacado alguns aspectos de maior relevância - a adequação do modelo assistencial, a

regulamentação dos planos de saúde e a reformulação do modelo de remuneração dos serviços médico-hospitalares.

Segundo a teoria econômica, os mercados não concorrenciais tendem a produzir menores quantidades a preços mais elevados do que os mercados que operam em concorrência, pois as (poucas) empresas responsáveis pela oferta percebem que seus preços variam (inversamente) em resposta a variações na quantidade que disponibilizam. Chama-se a isto poder de mercado. Em mercados concentrados, os consumidores estão desprovidos do poder de mercado e por isso têm menor bem-estar do que teriam em mercados não concentrados, dado que consomem menos do que desejam. No mercado de planos de saúde, a maior parcela da demanda provém de pessoas jurídicas que desejam oferecer cobertura de saúde para seus colaboradores. Supõe-se que a relação de poder entre as partes contratantes, nesses casos, seja mais equilibrada.

O atual movimento de consolidação do mercado, decorrente das fusões e aquisições observadas recentemente, contribui para a diminuição do número de operadoras de planos de saúde. O que se espera desse processo é um maior número de operadoras de médio e grande porte, em detrimento das operadoras de pequeno porte, acirrando ainda mais a concorrência.

O mercado da saúde apresenta um incontrolável aumento de custos e exigências cada vez maiores em termos de coberturas advindas da regulamentação e das resoluções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Dentre estas questões, uma das discussões de maior frequência diz respeito à necessidade de impor uma maior consistência conceitual à formulação dos preços e do estabelecimento de relações de negociação entre prestadores e tomadores de serviços compatíveis com o grau de profissionalismo que um mercado competitivo exige.

Os avanços na área de materiais médicos são impressionantes. A velocidade com que são lançados no mercado os novos materiais cirúrgicos (Órteses, Próteses e Materiais Especiais, OPME) é um reflexo da facilidade com que se tem acesso à informação nos dias de hoje. Esses materiais, na maioria das vezes, são materiais de elevado custo, o que acarreta um aumento geométrico dos custos das operadoras de planos de saúde que, devido ao controle rigoroso, governamental, não conseguem repassar esses custos aos seus beneficiários. Por outro lado, existe uma pressão da indústria médico-farmacêutica para a utilização de seus materiais.

Não se pode atualmente autorizar o uso de materiais médicos como órteses, próteses e materiais especiais (OPME) de elevado custo, apenas porque a indústria e/ou seus representantes “garantem” e informam que os mesmos apresentam “vantagens” sobre os

materiais de uso rotineiro e de eficiência e eficácia comprovadas na literatura médica (“padrão ouro”) devido a três exigências:

- 1 – Segurança para os pacientes;
- 2 - Custo (pagar por eficiência e por eficácia duvidosa);
- 3 - Co-responsabilidade ética e civil (se o material se apresenta de baixa qualidade ou leva a efeitos adversos, no seguimento tardio, ao paciente, a operadora e o médico, juntamente com o fabricante, serão responsabilizados).

Necessita-se de um máximo de certeza (garantias) de que o material utilizado é o que melhor irá assistir às necessidades de determinado paciente e por um custo considerado ideal, levando a uma melhora comprovada da patologia.

Este tipo de decisão só é possível após a realização de estudos científicos dos materiais (OPME) de maneira isenta, com grandes séries de pacientes, comparando o novo material com os resultados obtidos com o material considerado até então o “padrão ouro” pela literatura médica; seguindo as diretrizes da Medicina Baseada em Evidências Clínicas (MBE).

Este estudo buscou analisar as políticas empresariais de busca e eficiência operacional e controle de custos, no contexto das estratégias competitivas e da concorrência no setor das Operadoras de Saúde, utilizando um estudo de caso sobre a gestão de OPME no âmbito da Unimed.

A nova metodologia, que visa auxiliar profissionais da saúde e pacientes a tomarem decisões com menor grau de incerteza ou com maior probabilidade de dar certo, recebe o nome de Medicina Baseada em Evidências. Poderia ter outros nomes, como Medicina Baseada nas Melhores Evidências Existentes, Análise de Decisões Clínicas, Tomada de Decisões com Base em Pesquisas Clínicas etc.

Mais do que a semântica do nome, importam o método, o compromisso da busca das melhores evidências científicas existentes, sua rigorosa avaliação crítica, sua adaptação ao contexto de cada caso específico, a experiência do médico (ou profissional da saúde) e a tomada de decisão conjunta, após o paciente ter sido informado dos riscos e benefícios prováveis daquela decisão. Nada mais coerente, nada mais ético. Importa também saber o quanto das decisões em saúde tem apoio na melhor ciência.

A Assistência Médica que se pratica atualmente não está nada perto de ser tão segura quanto poderia ou deveria ser. Os componentes necessários para melhorar a qualidade da assistência médica são: Avanços na Medicina Baseada em Evidências – sempre em busca de melhores práticas; Manejo Baseado em Evidências – saber como colocar a MBE em prática,

identificando estratégias organizacionais, estruturas e mudanças em processos que permitam ao médico fornecer uma assistência baseada em evidências.

Ou seja, é fundamental ter o melhor conteúdo (Medicina Baseada em Evidências), sendo aplicado dentro de um contexto organizacional efetivo (Manejo Baseado em Evidências). É claro que os estudos “padrão-ouro” da medicina, baseados em evidências são os estudos clínicos randomizados, mas sua generalização a diferentes realidades e contextos nem sempre é factível. Por outro lado, *guidelines* podem ser mais “generalizáveis”, mas nem sempre tratam do custo-efetividade das ações que devem ser tomadas. Por isso, a abordagem através do Manejo Baseado em Evidências leva em conta a realidade local, e utiliza ferramentas para melhoria da qualidade.

Integrar as evidências com a prática também requer um esforço por parte dos profissionais. Isso ocorre porque poucos médicos leem dados sobre gerenciamento, poucos administradores sabem sobre estudos clínicos e poucas pessoas leem todos os estudos relevantes de sua própria área de atuação.

As diretrizes clínicas sintetizam de forma sistemática o conhecimento que se tem sobre uma doença, servindo de orientação de como conduzir os doentes. Em virtude da produção contínua de informações devem existir estratégias de atualização e de aprimoramento dessas diretrizes para que elas cumpram seu papel. Para que uma diretriz clínica seja efetiva, sua disseminação e implementação devem ser vigorosamente perseguidas. Sob pena de ver, o tempo, energia e custos devotados para o seu desenvolvimento desperdiçados e o potencial benefício para os doentes perdido. A implementação significa que as diretrizes serão efetivamente utilizadas no processo de tomada de decisão clínica.

O processo de decisão clínica que é coordenado pelo médico tem que obrigatoriamente levar em consideração três componentes: a) as evidências, dizendo de outra forma, os resultados de pesquisas clínicas de boa qualidade, b) as circunstâncias do atendimento, c) os desejos do doente. Os dois últimos componentes mais a coordenação no processo de tomada de decisão é que é a medicina além das evidências. Não levar em consideração os três componentes é um desvio do comportamento médico, pois se poderá ter uma maior probabilidade de malefício que benefício, além de quebrar com a relação médico-paciente que é um elemento essencial na prática clínica.

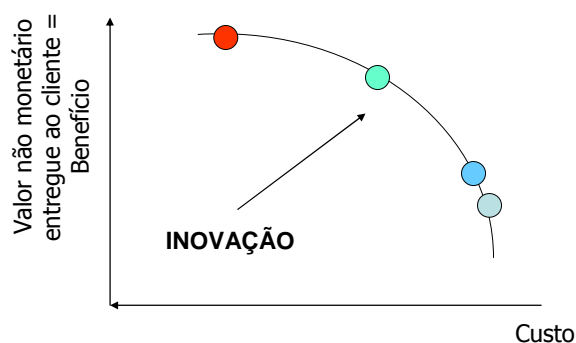
O Sistema Unimed, identificando a necessidade de um processo estruturado que avalie a incorporação de novas tecnologias na área da saúde, e com o objetivo de manter o *status* da instituição como empresa que oferta aos seus beneficiários a melhor tecnologia médica disponível, criou a sua Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências. Apresenta como

fontes de investigação: eficácia, efetividade, segurança, riscos, custos, relações de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade, entre outras variáveis envolvidas na tomada de decisão dos gestores em saúde, criando-se políticas e diretrizes de gestão tecnológica.

Seu objetivo é, portanto, promover aos clientes o melhor tratamento disponível considerando o grau de evidência clínica e seu custo-efetividade; alcançar os padrões e metas determinados pelas Agências de Saúde/Ministério da Saúde; manter o reconhecimento da Unimed, pela comunidade, como pioneira em novas tecnologias; e auxiliar as Secretarias de Saúde e o Ministério da Saúde a promover a melhor alocação do fundo disponível no sistema de saúde nacional, como um todo.

Posicionamento único e diferenciado

- Equilíbrio entre benefício e custo = tendência de obtenção de lucros econômicos



Fonte: Adaptado de Porter (1999) e anotações de aulas do MBE/PPGE – UFRGS (2008)

Especificamente, a Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências tem como objetivo desenvolver uma estrutura formal de análise de evidência científica para o uso de tecnologias em saúde. Como tecnologias em saúde, entende-se material médico-hospitalar, produtos de apoio diagnóstico, medicamentos e processos de saúde estruturados. Para isto, conta com um grupo de apoio permanente e altamente qualificado (epidemiologistas e pesquisadores) para trabalhar de modo contínuo na avaliação das tecnologias. Além disso, tem a participação de médicos auditores e de médicos especialistas em cada área correspondente à tecnologia em avaliação.

A partir da fundação da Câmara Técnica de MBE, os Médicos Auditores do Sistema Unimed RS começaram a consultar as recomendações em medicina e os trabalhos de ATS. Antes de proceder com um parecer sobre determinada solicitação de tratamento para os

beneficiários (pacientes) foi normatizado que os mesmos deveriam consultar as recomendações (diretrizes) disponíveis no site da Unimed RS. As diretrizes são compostas pelas melhores evidências científicas disponíveis na literatura médica. Foi iniciado um processo de tomada de decisões clínicas baseado nas melhores evidências científicas disponíveis em um determinado momento. Tratamentos experimentais ou com baixo suporte científico para a utilização nos pacientes começaram a ser questionados. Tratamentos solicitados com a utilização de OPMEs ainda considerados experimentais passaram a não ser mais autorizados. Alguns destes novos OPMEs disponíveis no mercado não são comprovadamente seguros ou não têm impacto positivo na saúde dos indivíduos. Além disso, eles raramente são mais econômicos do que as alternativas tradicionais.

O Sistema Unimed já identificou como um dos principais elevadores de custos dos Planos de Saúde o mau uso de tecnologias médicas e a inadequada absorção de novas tecnologias em saúde. A inadequada utilização de Órteses, Próteses e os chamados materiais especiais (OPME) podem inviabilizar financeiramente uma Operadora de Saúde. O Sistema Unimed, dentro do seu posicionamento estratégico no mercado de saúde privado do Brasil, faz uma clara opção por ser uma operadora que oferece qualidade aos seus clientes/contratantes.

A decisão estratégica foi a de proporcionar o maior valor aos clientes ou gerar valor comparável a um custo o mais adequado possível. A estratégia é a criação de uma posição única e valiosa que engloba um conjunto diferente de atividades. Se apenas houvesse um posicionamento ideal, não haveria necessidade de estratégia. A essência do posicionamento estratégico é o de escolher atividades diferentes das dos rivais.

O fornecimento de maior valor permite à empresa cobrar preços unitários médios mais elevados; a sua maior eficiência resulta em custos unitários médios mais baixos. A percepção de qualidade dos clientes resulta na possibilidade de a Unimed poder cobrar mais por seus serviços. A eficácia operacional significa o desempenho de atividades de uma maneira superior à da concorrência. Práticas pelas quais a empresa utiliza melhor os insumos. O Sistema Unimed encontra-se hoje na “fronteira da produtividade”, adotando estratégias que oferecem as melhores tecnologias médicas disponíveis, com um rigoroso controle da absorção de novas tecnologias e negociação de preços a serem pagos por essas tecnologias. A estratégia competitiva consiste em ser diferente. Significa escolher deliberadamente um conjunto diferente de atividades para fornecer uma combinação única de valor. Ter um posicionamento único não basta para garantir uma vantagem sustentável. Posicionar os *trade-offs* é decisivo para competir e é essencial à estratégia. É necessário uma melhoria contínua na eficiência

operacional para se atingir uma rentabilidade superior. Para atingir uma vantagem competitiva, uma empresa deve não apenas criar um valor positivo, mas deve também criar mais valor do que as empresas rivais.

Através de um estudo de caso da empresa Unimed, analisou-se como o processo de absorção de novas tecnologias (gestão de OPME) pode ser alinhado com o posicionamento estratégico ou escolhas estratégicas adotadas pela empresa Unimed. A importância do tema está ligada ao fato de que OPMEs tendem a apresentar custo elevado, são objeto de regulamentação e colocam a empresa no desafio de equacionar o *trade-off* entre custo e diferenciação de modo compatível com a estratégia competitiva adotada, tendo como limites ou condicionantes as regras impostas pelos reguladores; tendo como objetivo maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade.

Neste contexto, a Unimed passou a adequar a sua oferta para assegurar que seus clientes sejam atendidos com o que há de melhor na medicina, mas de modo que os recursos sejam utilizados de forma eficiente. Essa estratégia foi responsável por uma economia de R\$ 6.743.471,00 nos 12 meses acumulados do ano de 2009. Esta economia de recursos contribui para manter os custos dos planos de saúde comercializados pela Unimed estáveis, sem um aumento muito impactante para os beneficiários e certamente foi praticada uma medicina mais eficiente, eficaz e segura para os pacientes (beneficiários do plano Unimed). Os objetivos da Câmara Técnica de MBE de maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso dos seus beneficiários a tecnologias efetivas e seguras, estão sendo alcançados. Devido ao fato de o sistema cooperativista não visar ao lucro esta economia gerada serve para o equilíbrio financeiro da empresa e para o financiamento de novos projetos inovadores que servem para a manutenção da vantagem competitiva, performance superior em relação aos concorrentes e manutenção da empresa na fronteira da produtividade; resultando na melhor combinação benefício percebido por um custo adequado.

Os Planos de Saúde têm um papel singular e essencial na competição baseada em valor na assistência à saúde, como alguns planos de vanguarda começam a demonstrar. No entanto, a maioria dos planos de saúde ainda não corresponde a esse potencial. Ao contrário, eles agem de forma a reforçar a competição de soma zero, deixando de fornecer valor máximo aos seus clientes. Mudanças significativas de mentalidade, atitude e modos de operação serão necessárias (PORTER; TEISBERG, 2007).

No passado, as estratégias e práticas dos planos de saúde diminuíram o valor: com burocracia, custos administrativos, restrições às escolhas de médicos, limitação de serviços e relacionamentos adversos com prestadores e clientes. Essas práticas não só deixaram de adicionar valor do ponto de vista da saúde, mas também deixaram de alcançar o resultado desejado: controlar rapidamente a elevação dos custos. Os planos de saúde necessitam reorientar a sua abordagem em torno da competição baseada em valor. Os planos de saúde deverão se tornar organizações de saúde, e não simplesmente organizações de seguro.

A reforma da assistência médica se encontra em curso de colisão com a realidade econômica. A maioria das propostas se concentra em medidas que redundarão em economias de custo obtidas de uma única vez, pela eliminação de desperdícios e ineficiências. A questão que se situa no cerne do atual debate político é se essas economias serão suficientemente grandes para absorver os custos adicionais decorrentes da cobertura universal imposta pelas agências reguladoras nos contratos das operadoras de saúde. Mas essa não é a única pergunta adequada, caso os reformadores estejam de fato imbuídos de seriedade na busca de uma cura definitiva para os problemas do setor da saúde.

A questão correta, e que está ostensivamente ausente do debate sobre a assistência médica, é como conseguir uma redução de custo drástica e sustentável ao longo do tempo. O que será necessário para fomentar abordagens inteiramente novas sobre a prevenção e o tratamento de doenças, sobre novos meios de prestar serviços e sobre instalações mais eficazes em relação aos custos?

A resposta está nas poderosas lições que as empresas aprenderam durante as últimas duas décadas a respeito dos imperativos da competição. Em todos os setores, a dinâmica subjacente é a mesma: a competição impele as empresas a fornecerem cada vez mais valor aos clientes. O indutor fundamental dessa constante melhoria da qualidade e redução de custos é a inovação. Sem incentivos para sustentar a inovação na assistência médica, as economias de custo de curto prazo logo serão sobrepujadas pelo desejo de ampliar o acesso, pelas necessidades crescentes de assistência médica das populações em envelhecimento e pela relutância da população em se satisfazer com qualquer coisa inferior aos melhores tratamentos disponíveis. Inevitavelmente, o fracasso na promoção da inovação acarretará queda da qualidade ou restrições no atendimento – dois resultados indesejáveis.

A premissa enganosa subjacente à boa parte do debate sobre a reforma da assistência médica é a percepção da tecnologia como o inimigo. Pressupondo que a nova tecnologia impulsiona os custos, os reformadores negligenciam a importância central da inovação ou, pior ainda, tentam desacelerar seu ritmo. Na realidade, a inovação induzida pela competição

rigorosa é a chave para o êxito desse mercado. Embora única, sob alguns pontos de vista, a assistência médica, quanto a este aspecto, não é diferente de qualquer outro setor de atividade.

REFERÊNCIAS

AAKER, D. A. **Administração estratégica de mercado**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de informações da saúde suplementar**: operadoras de planos de saúde. 2004. Disponível em: <<http://ans.org.br/portal/site/infomacoesss/infomacoesss.asp>>. Acesso em: 30 mar. 2004.

_____. **Informações em saúde suplementar**. 2010. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/informaçõesemsaúdesuplementar>> Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. **Legislação**. 2002. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/legislação>>. Acesso em: 9 mar. 2004.

ANGELL, M. **The truth about the drug companies**: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House, 2005.

ANSOFF, H. I. **A nova estratégia empresarial**. São Paulo: Atlas, 1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO. **Histórico da Lei 9656/98**. 1998. Disponível em: <www.abramge.com.br/regulamentacao>. Acesso em: 9 set. 2003.

BARNEY, J. B. **Gaining and sustaining competitive advantage**. New Jersey: Education Inc., 2002.

_____. Looking inside for the competitive. **The Academy of Management Executive**, v. 9, n. 4, p. 49-61, 1995. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=6&did=8082726&SrchMode=1&sid=3&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=5505747&clientId=18113>>. Acesso em: 20 set. 2002.

BESANKO, D. et al. **A economia da estratégia**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

BOWERSOX, D. J. The strategic benefits of logistics alliances. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 4, p. 36-42, 1990.

BRASIL. Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966. Dispõe sobre o sistema nacional de seguros privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1996. Seção 1.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Seção 1.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. (Alterada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001.). Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 20 ago. 2009.

_____. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção 1.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1998.

CHANDLER, A. K. **Strategy and structure**: chapters in the history of the american industrial enterprise. Massachusetts: Library of Congress, 1969.

_____. The enduring logic of industrial success. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 2, p. 130-141, 1990.

COSTA, R. C. R. **Dilemas da reforma da saúde no Brasil frente à globalização financeira**. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2000.

FAVERET, P. F.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERRAZ, J. C.; KUPFER, D.; HAGUENAUER, L. **Made in Brazil**: desafios competitivos para a indústria. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas, 2001.

GHEMAWAT, P. **A estratégia e o cenário dos negócios: textos e casos**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

_____. **Strategy and the business landscape**. Massachussets: Addison-Wesley, 1999.

_____. Sustainable advantage. **Harvard Business Review**, v. 64, n. 5, p. 53-59, 1986.

HENDERSON, B. D. The origin of strategy. **Harvard Business Review**, v. 67, n. 6, p. 139-144, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Informações Geográficas n. 2. **Estudos e Pesquisas**, Rio de Janeiro, 2002.

INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. 2010. Disponível: <<http://www.inahta.org/publications>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

JOHNSON, J. T.; BUSBIN, J. W. **The evolution of competitive advantage: has virtual marketing replaced time-based competition?** Indiana: Competitiveness Review, 2000.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safari de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOURITSEN, J. et al. Developing and managing knowledge through intellectual capital statements. **Journal of Intellectual Capital**, v. 3, n. 1, p. 10-29, 2002.

OHMAE, K. Getting back to strategy. **Harvard Business Review**, v. 66, n. 6, p. 149-157, 1988.

PORTER, M. E. **Competição: estratégias competitivas essenciais**. 15. ed. Rio Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Competitive advantage: creating and sustaining superior performance**. New York: The Free Press, 1985.

_____. **Competitive strategy**. New York: Free Press, 1980.

_____. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. **On competition.** Boston: Harvard Business Review, 1998.

_____. **The competitive advantage of nations.** New York: The Free Press, 1990.

_____. What is Strategy? **Harvard Business Review**, p. 59-78, nov./dez. 1996.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde.** Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã.** Rio de Janeiro: Campus, 1995.

_____. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 3, p. 79-92, 1990.

QUINN, J. B.; DOORLEY, T. L.; PAQUETTE, P. C. *Beyond products: services-based strategy.* **Harvard Business Review**, v. 68, n. 2, p. 58-65, 1990.

RIGATTO, M. Pesquisa médica: retrospectiva e prospecção. In: RIGATTO, M. **Médicos e sociedade.** Porto Alegre: Livraria do Globo, 1976. (Fundo Editorial Byk-Prociex).

SANDERSON, S. M. New approaches to strategy: new ways of thinking for the millennium. **Management Decision**, v. 36, n. 1, p. 9-13, 1998. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?sid=1&RQT=511&TS=1195504972&clientId=18113&firstIndex=90>>. Acesso em: 01 jun. 2003.

SELZNICK, P. **A liderança na administração: uma interpretação sociológica.** Rio de Janeiro: FGV, 1971.

STALK JR., G.; HOUT, T. M. **Competing against time: how timebased competition is reshaping global markets.** New York: The Free Press, 1990.

TRINDADE, C. A.; FERNANDES, V. O. A. Administração de custos nos planos e seguros de saúde. **Case Studies Revista Brasileira de Management**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 22, p. 67-89, set./out. 2000a.

_____. A. O impacto das atividades de promoção e prevenção à saúde nas operadoras de planos de saúde. 2000. Monografia (MBA em Gerência de Saúde) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000b.

UNIMED. Relatório de gestão do exercício 2009. Porto Alegre: Unimed Central de Serviços, 2009.

URICH, D.; LAKE, D. **Organizational capability**: competing from the inside out. New York: Wiley, 1990.

WHEELWRIGHT, S.; HAYES, R. H. Competing through manufacturing. **Harvard Business Review**, v. 63, n. 1, p. 99- 110, 1985.

WHITTINGTON, R. **O que é estratégia**. São Paulo: Pioneira; Thomson Learning, 2002.

WORLD BANK. **El estado da población mundial 2002**: población, pobreza, y objetivos mundiales de desarrollo: el camino hacia adelante. 2002. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/swp/2002/espanol/ch8/index.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2004.