

Encontro reuniu mais de 140 participantes em Belém para discutir gestão de risco, judicialização, regulação, custos e novos modelos para a saúde suplementar



Os desafios para manter a assistência à saúde sustentável diante do envelhecimento das carteiras, do avanço dos custos, das mudanças regulatórias e da judicialização estiveram no centro do **3º Fórum UNIDAS-PA**, realizado nesta quinta-feira (1º), em Belém. Com mais de **140 participantes**, o encontro teve como tema **“Os caminhos para a sustentabilidade da saúde suplementar: regulação, segurança jurídica e inovação”**.

A abertura reuniu **Almira Leal**, superintendente da UNIDAS-PA; **Helena da Paz**, diretora de comunicação da UNIDAS-PA; a desembargadora-presidente do Tribunal Regional do Trabalho da 8ª Região, **Maria Valquíria Norat Coelho**; e **José Antônio Diniz**, membro do Conselho Deliberativo da UNIDAS e presidente da FioSaúde, que representou o presidente da entidade, Mário Jorge.

Helena relacionou os desafios do setor à necessidade de ampliar a articulação entre as autogestões na região Norte. “A UNIDAS vem crescendo muito na região Norte e a gente está com um desafio muito grande na nossa região. Estamos aqui reunidos para fazer essa discussão, esse diálogo promissor. Precisamos acreditar que somos capazes de mudar essa realidade com maior afinidade entre todas as operadoras”, comentou.

Almira destacou que a sustentabilidade ultrapassa as fronteiras de cada instituição e depende da aproximação entre os diferentes atores que compõem o setor. “Independentemente de ser prestador, operadora, fornecedor ou Judiciário, precisamos falar desses temas todos os dias. Este é um espaço de debate, conversa e aproximação entre todos nós que fazemos o mercado de saúde do Pará.”

Anfitriã do encontro, Maria Valquíria chamou atenção para a combinação de pressões que hoje

interfere nas decisões do setor. “O avanço tecnológico, as mudanças regulatórias, o crescimento dos custos assistenciais, a judicialização e a necessidade de garantir segurança jurídica às relações institucionais exigem diálogo qualificado, planejamento estratégico e capacidade de adaptação.”

Para Diniz, o desafio passa por conciliar acesso, qualidade e capacidade de financiamento. “Falar de regulação, segurança jurídica e inovação na prestação da assistência à saúde é mandatório diante do desafio que temos de oferecer cuidado a um custo que os trabalhadores possam pagar.”

Envelhecimento exige antecipação do risco

A gestão de risco populacional apareceu como uma das respostas para um cenário marcado pelo envelhecimento das carteiras e pela necessidade de reduzir uma atuação baseada apenas na resposta ao adoecimento.

Rodrigo Aragão, gerente da CliniCASSI e mediador da discussão, defendeu uma mudança de lógica na gestão das autogestões. “Precisamos sair de um modelo reativo, em que apenas respondemos aos eventos e às demandas que surgem, para um olhar proativo, capaz de se antecipar aos problemas. E isso só é possível quando conhecemos o perfil dos beneficiários, o padrão de utilização e o comportamento da população.”

A experiência da **FioSaúde** foi apresentada por José Antônio Diniz. Na entidade, **34% da população atendida tem mais de 60 anos**, característica que tornou a gestão de risco uma questão diretamente ligada à sustentabilidade. “Percebemos que, se não inovássemos na forma de fazer a gestão do risco populacional, teríamos pouca possibilidade de futuro”, afirmou.

A estratégia passou pela criação de linhas de cuidado e pelo acompanhamento mais próximo de grupos com maior risco assistencial. Entre as iniciativas apresentadas estão programas voltados à **prevenção de novas fraturas por fragilidade óssea**, ao cuidado de pacientes em atendimento domiciliar e à oncologia.

No programa de prevenção de refraturas, cerca de **240 beneficiários são acompanhados**. A atuação busca identificar fatores de risco e evitar novos episódios, especialmente aqueles que podem resultar em fraturas de quadril, internações e procedimentos de maior complexidade.

A experiência também levou à implantação de uma **linha cardiológica de alto risco**, estruturada para identificar pacientes que, a partir de determinados eventos ou procedimentos, precisam de acompanhamento mais próximo.

A lógica apresentada por Diniz associa monitoramento da população, intervenção precoce e coordenação do cuidado à prevenção de agravamentos, redução de custos assistenciais e melhora da experiência dos beneficiários.

Judicialização amplia complexidade da gestão

A judicialização foi tratada como uma das variáveis que passaram a integrar uma gestão de saúde já pressionada por questões assistenciais, financeiras, tecnológicas e regulatórias.

O tema reuniu **Erica Carvalho**, da Comissão de Saúde da OAB-PA, e **Fabio Teixeira**, gerente administrativo regional do Banco Central Saúde e mediador da discussão.

Fabio chamou atenção para a multiplicidade de questões que hoje recaem sobre quem administra uma autogestão. “A área de saúde é cada vez mais complexa. Hoje, o gestor lida com uma série de nuances que muitas vezes fogem ao seu controle, e a judicialização acrescenta mais um componente a essa complexidade.”

A discussão abordou a busca por maior **segurança jurídica nas decisões relacionadas à**

assistência à saúde, tema que ganha relevância em um ambiente no qual determinações judiciais, regras regulatórias e decisões clínicas podem se cruzar na operação das entidades.

Atendimento e expansão entram no radar regulatório

As mudanças regulatórias que já afetam a rotina das autogestões foram tratadas por **José Luiz Toro**, consultor jurídico da UNIDAS, a partir de dois eixos: as regras de relacionamento com o beneficiário previstas na **RN nº 623** e as novas possibilidades abertas pela **RN nº 649**. O debate teve mediação de **Ricardo Dornellas**, gerente estadual da CASSI.

Toro definiu a RN 623 como uma norma voltada ao **acolhimento do beneficiário**. Em vigor desde julho de 2025, ela ampliou as exigências relacionadas aos canais presencial, telefônico e virtual, tornou obrigatória a formalização por escrito das negativas de cobertura e estabeleceu mecanismos para que o beneficiário acompanhe suas solicitações com informações mais precisas sobre o andamento de cada demanda.

O advogado ressaltou que os prazos previstos pela RN 623 não se confundem com aqueles relacionados à garantia de acesso. Segundo ele, a norma trata do prazo de resposta ao beneficiário e também estabelece instrumentos para acompanhar o desempenho das operadoras, com avaliações periódicas sobre reclamações e a evolução dos indicadores.

Para Toro, um dos pontos centrais da regulamentação é reduzir conflitos antes que eles cheguem à ANS ou ao Judiciário. “A ideia da resolução 623 é melhorar principalmente o processo de comunicação da operadora com o beneficiário”, disse.

Na avaliação do consultor, parte das reclamações não decorre necessariamente do descumprimento deliberado das regras, mas de falhas na comunicação. Explicações pouco claras, linguagem inacessível ou ausência de informações sobre o andamento de uma solicitação podem transformar uma questão administrativa em uma reclamação regulatória ou ação judicial.

A mudança também exige que as operadoras consigam demonstrar, por meio de **dados e informações**, o comportamento de seus indicadores e eventuais situações pontuais que tenham afetado os resultados. Toro chamou atenção ainda para uma fiscalização cada vez mais orientada por risco e proporcionalidade, o que reforça a importância de processos internos capazes de documentar decisões e comprovar o cumprimento das normas.

Ricardo Dornellas relacionou esse ambiente regulatório diretamente à sustentabilidade das autogestões. Para ele, a experiência acumulada desde a entrada em vigor da RN 623 torna o debate mais concreto, enquanto a RN 649 amplia as possibilidades de organização e crescimento do segmento. “Todos nós já estamos vivenciando a 623 na prática. E a 649 também é importante para os nossos negócios, porque passa por aspectos econômico-financeiros e de governança e abre possibilidades de adesão de novos beneficiários”, complementou.

Envelhecimento e vazios assistenciais pressionam custos no Norte

O envelhecimento da população, a incorporação de novas tecnologias e as dificuldades de acesso à rede assistencial na região Norte ampliam a pressão sobre os custos da saúde suplementar. O tema foi analisado por **Taiane Tabosa**, médica reumatologista e auditora fármaco-economista, com mediação de **Victor Catarino**, gerente de Regulação Técnica da CASSI Pará-Amapá.

Victor relacionou o aumento da longevidade e a chegada de novas tecnologias ao desafio de preservar a qualidade da assistência sem comprometer a sustentabilidade das operadoras. “Temos um crescimento do envelhecimento da população e a implementação de novas tecnologias. Precisamos garantir qualidade para o participante e para o paciente, mas sempre olhando para a

sustentabilidade da operadora”, falou.

Taiane chamou atenção para uma característica que torna essa equação ainda mais complexa no Norte. Enquanto cerca de **25% da população brasileira** tem cobertura de plano de saúde, o percentual apresentado por ela cai para **11% na região Norte e 10% no Pará**. Em Belém, chega a aproximadamente 28%.

Além da menor cobertura, a região convive com **vazios assistenciais, grandes distâncias, custos de deslocamento e remoção e menor escala na oferta de serviços**, fatores que interferem diretamente no custo e na organização da assistência. “Nos interiores não temos a mesma disponibilidade de rede prestadora. Temos grandes distâncias, necessidade de remoção e menor escala assistencial. Tudo isso pressiona o mercado na região Norte”, explicou Taiane.

O envelhecimento das carteiras foi apontado como outra mudança estrutural. Segundo os dados apresentados, a população com mais de 59 anos cresce em ritmo superior ao conjunto da carteira, o que aumenta a necessidade de acompanhamento de doenças crônicas e modifica o modelo de cuidado.

Para Taiane, essa transformação exige abandonar uma assistência baseada apenas em episódios isolados. “O cuidado deixa de ser esporádico para passar a ser contínuo. É aí que entra a longitudinalidade assistencial”, avaliou.

A especialista também diferenciou **preço, custo e valor**, conceitos que, segundo ela, precisam ser analisados separadamente nas decisões das operadoras. Preço corresponde ao que é cobrado pelo serviço; custo envolve os recursos consumidos ao longo de toda a jornada assistencial; e valor deve considerar os resultados alcançados em relação aos recursos utilizados. “Valor não é preço maior. Uma tecnologia cara pode gerar valor quando melhora significativamente o resultado clínico e evita novos gastos”, comentou.

Taiane também chamou atenção para a **Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)** como indicador de gestão. Para ela, o aumento dessas demandas precisa ser acompanhado pelas operadoras porque uma reclamação não resolvida pode avançar para a judicialização e produzir novos custos.

Inovação precisa gerar valor e ganhar escala

A discussão sobre sustentabilidade também alcançou os modelos de inovação. **Marco Stivan**, líder de Inovação do Grupo Sabin, analisou os obstáculos para transformar novas soluções em modelos capazes de ganhar escala na saúde. A conversa teve mediação de **Lisete Batista**, presidente da CASF.

Lisete chamou atenção para um ponto que antecede a adoção de qualquer nova tecnologia: **inovação não pode ser confundida com novidade**. Em um cenário de envelhecimento populacional, maior prevalência de doenças crônicas, incorporação tecnológica e crescimento dos custos assistenciais, a avaliação precisa considerar também quem será beneficiado, como os resultados serão medidos e quem financiará a solução. “Nem toda novidade gera valor e nem toda solução tecnologicamente atraente se transforma em um modelo economicamente sustentável. Precisamos compreender quem se beneficia da inovação, quem está disposto a pagar por ela e como o resultado será medido”, disse.

Stivan reforçou a distinção entre novidade e inovação. Para ele, uma solução inovadora precisa responder a um problema concreto, produzir valor e ter capacidade de alcançar um número maior de pessoas. “É uma grande confusão quando se fala de inovação confundi-la com novidade ou criatividade. A diferença central é que a inovação precisa resolver o problema de muita gente. Ela precisa gerar valor e escala”, afirmou.

Na saúde, porém, esse caminho encontra uma barreira adicional: a **fragmentação dos dados**. Stivan comparou a jornada do paciente à experiência já consolidada em outros setores, nos quais diferentes empresas conseguem reconhecer o mesmo consumidor ao longo de várias etapas. Na assistência à saúde, informações relevantes permanecem distribuídas entre hospitais, consultórios, laboratórios, operadoras e outros serviços.

Essa falta de integração dificulta a compreensão da jornada do paciente e limita a capacidade de desenvolver soluções em escala. “Na saúde, os dados que importam estão no prontuário, no hospital, no consultório, no laboratório. Como não temos essa nuvem única de dados, fica muito mais difícil conhecer a jornada desse usuário, inovar e ganhar escala”, explicou ele.

Além da interoperabilidade, o palestrante apontou uma segunda pergunta indispensável para qualquer projeto de inovação em saúde: **quem pagará pela solução?** Para ele, uma boa ideia só se sustenta quando, além de resolver um problema, encontra um modelo capaz de financiar sua implementação e continuidade.

Sustentabilidade exige integração entre áreas e decisões

A sustentabilidade das autogestões não depende apenas do controle de despesas, mas da capacidade de integrar áreas, avaliar riscos, reorganizar processos e transformar informação em decisão. Essa foi a perspectiva que orientou a mesa-redonda conduzida por **Almira Leal**, com **Érica Carvalho**, **Lisete Batista**, **Taiane Tabosa** e **Marco Stivan**.

Almira ampliou o conceito para além da dimensão financeira. “Quando falamos de sustentabilidade, não estamos falando apenas de custo. Estamos falando de acesso, qualidade, segurança jurídica, inovação, eficiência e responsabilidade na utilização dos nossos recursos”, lembrou.

Na avaliação de **Érica Carvalho**, esse equilíbrio exige que áreas tradicionalmente tratadas de forma separada participem da construção das decisões. O jurídico, por exemplo, não deve atuar apenas quando o conflito já existe, mas também na identificação de riscos e na estruturação de processos capazes de dar maior segurança à operação. “O jurídico precisa participar ativamente, avaliar os riscos de cada ponto da operação e trabalhar em conjunto na construção dos processos e dos fluxos”, disse.

Ela ressaltou ainda que, nas autogestões, a ausência de finalidade lucrativa não elimina a necessidade de eficiência. “Não basta fazer. A gente faz com qualidade, esperando que o beneficiário receba o melhor, mas precisamos gerir esses custos para que sejam eficientes.”

Para **Lisete Batista**, a velocidade das transformações tornou ainda mais urgente a revisão dos modelos de gestão. Mudanças tecnológicas e regulatórias, segundo ela, já não permitem longos períodos de adaptação. “A sustentabilidade não é só financeira. Ela começa na reorganização de todos os processos da operadora, e a governança muda sistematicamente”, afirmou. Lisete também defendeu maior articulação entre as autogestões para enfrentar desafios que dificilmente serão resolvidos de forma isolada.

A falta de integração dentro das próprias organizações foi apontada por **Taiane Tabosa** como outro obstáculo. Auditoria, compras e financeiro, segundo ela, ainda funcionam muitas vezes em estruturas pouco conectadas, o que limita o uso estratégico das informações disponíveis. “Não adianta ter um setor de auditoria só para glosar ou liberar o que está no rol e na DUT. A auditoria precisa deixar de ser apenas de controle e passar a ser estratégica, transformando dados em informação e informação em valor”, concluiu.

Para Taiane, a auditoria de controle continua necessária, mas precisa ser acompanhada por uma visão mais ampla, capaz de identificar variações de procedimentos e medicamentos e apoiar decisões que conciliem qualidade assistencial e sustentabilidade.

Marco Stivan levou a mesma lógica para a inovação. Para ele, incorporar uma nova tecnologia não significa necessariamente inovar. A diferença está na capacidade de construir soluções dentro das organizações, testar hipóteses e medir resultados antes de comprometer grandes volumes de recursos. “Comprar um equipamento novo ou um novo medicamento é comprar inovação pronta. Fazer inovação é outra coisa: exige método, processo, métricas e evolução contínua para resolver problemas sem desperdiçar recursos”, explicou.

Conexão com o prestador

A relação entre prestadores e autogestões ganhou um recorte prático com a apresentação do **Hospital Adventista de Belém**, que mostrou resultados de aproximadamente um ano de utilização do **DRG**. O conteúdo foi apresentado por **Amira Elbanna**, gerente comercial do hospital, e **Ilvo Coutinho**, diretor-geral.

Amira colocou a sustentabilidade como um problema que exige mais do que esforço operacional. “O que nós estamos fazendo, efetivamente, para melhorar a sustentabilidade na saúde? Não falta trabalho nem movimento, mas, mesmo com todo esse esforço, os números ainda mostram que precisamos avançar.”

Para Ilvo, prestadores e autogestões precisam abandonar a ideia de que ocupam lados opostos na relação assistencial. “Hospital e operadora não estão em lados opostos. Temos o mesmo desafio: oferecer o melhor tratamento possível de forma sustentável.”

A implantação do DRG passou a integrar uma estratégia do hospital para medir eficiência e utilizar os dados no acompanhamento da assistência. Ilvo também apontou a necessidade de amadurecer a cultura de compartilhamento de informações e construir decisões de forma conjunta.

“Se a gente não sentar e alinhar as expectativas, não unir os objetivos, não vai dar certo. Por mais que cada lado faça um bom planejamento, precisamos avançar juntos”, frisou.

Duas gerações discutem transformação da medicina

A evolução da própria prática médica também integrou a programação. **Terezinha Melo**, diretora técnica do Hospital Santa Terezinha, e **Saull Moraes**, médico, apresentaram “**Medicina em transformação: quando cuidar deixou de ser apenas tratar**”.

Com experiências profissionais de gerações diferentes, os dois abordaram mudanças na tecnologia, na relação com o paciente e nas formas de cuidado, conectando passado, presente e perspectivas para o futuro da medicina.

O 3º Fórum UNIDAS-PA foi encerrado por **Almira Leal e Helena da Paz**, após um dia de discussões sobre sustentabilidade a partir de diferentes dimensões da gestão das autogestões.

Patrocinadores

O 3º Fórum UNIDAS-PA contou com patrocínio ouro da AUMED – Auditoria e Consultoria Médica. Foram patrocinadores prata Hospital Adventista de Belém, HSANTER – Hospital Santa Terezinha e Sabin – Diagnóstico e Saúde. Na categoria bronze, participaram CION – Centro Integrado de Oncologia, Dimagem – Diagnóstico por Imagem, HNOLHOS – Hospital Nipo Brasileiro de Olhos, NAR – Núcleo Avançado, New Vita, Oncológica do Brasil e Unineuro Diagnósticos.

Fonte: UNIDAS, em 01.10.2026