



Ilustrações Deco Parkes

Convênios buscam vida nova

Operadoras de planos médicos tentam se recuperar da crise com propostas de novos tipos de contrato e de mudanças nas regras do setor, debatidas em encontro promovido pela Folha; segundo paulistanos, legislação atual está mais para as empresas do que para os pacientes, mostra pesquisa Datafolha

história

➤ Usuários contam suas experiências com serviços particulares de saúde Pág. 6

ficção

➤ Séries médicas matam e ressuscitam mais do que na vida real, dizem artigos científicos Pág. 12



A matemática Sandra Yoshe Nade Coteço, 58, em sua casa, em São Bernardo do Campo. Lucas Sotoca/Folhapress

Saiba como trocar o plano de saúde sem necessidade de cumprir carência

Convênio de destino deve ter valor igual ou inferior ao de origem para entrar na regra de portabilidade

Gilmara Santos

SÃO PAULO As novas regras de portabilidade dos planos de saúde determinadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) estão em vigor desde junho e permitem que beneficiários de planos coletivos empresariais mudem de convênio ou de operadora sem precisar cumprir prazo de carência.

"A mudança aumentou o leque de beneficiários que podem aproveitar as vantagens da migração sem carência, mas é importante que o usuário esteja atento às regras para ter direito à portabilidade", alerta Samantha Duílio, coordenadora de saúde do Procon-SP. Entre os pontos de atenção, a representante do órgão de defesa dos consumidores destaca que o convênio de destino tem que ter valores iguais ou inferiores ao plano de origem.

"A exceção é para os planos especiais, aquelas situações em que a migração acontece sem a vontade do beneficiário, como no caso de registro cassado ou falência da operadora", explica o advogado Alexandre Marques Costa Ricco, do escritório Pereira Sanches. Ao tomar a decisão de fazer a portabilidade, o beneficiário deve pesquisar sobre a nova operadora e o plano que pretende contratar, avaliando as coberturas, os valores e a rede credenciada que terá à sua disposição, sempre lembrando que o exercício de uma nova portabilidade somente poderá ocorrer após o prazo de um ano, conforme explica a ANS por meio da sua assessoria de imprensa.

A mudança acabou também com a necessidade de compatibilidade de cobertura entre planos — o consumidor agora cumpre carência apenas para os serviços extras — e com a chamada "janela de portabilidade" (prazo para fazer a troca).

"O período de troca só poderia acontecer nos quatro meses contados a partir do ani-

versário do contrato. Com a nova regra, a portabilidade pode ser feita a qualquer tempo, desde que cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano", diz o advogado Alessandro Acayaba de Toledo, do escritório Acayaba Advogados.

Para uma primeira portabilidade, o beneficiário deve estar há pelo menos dois anos no plano de origem, ou três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária.

Da segunda portabilidade em diante, o prazo mínimo é de um ano de permanência no plano de origem, ou mínimo de dois anos se o novo convênio tiver coberturas não previstas no de origem.

Vale destacar que, quando plano de destino contemplar coberturas não previstas no

plano atual, a operadora poderá determinar carência para procedimentos vinculados apenas às novas coberturas, ficando limitada a 300 dias para parto e 180 dias para os demais (internações, exames, consultas e cirurgias).

A bacharel em matemática Sandra Yoshe Nade Coteço, 58, aproveitou as novas regras para migrar de um plano empresarial para um individual. Ela conta que há cerca de três anos saiu da empresa em que trabalhava, mas manteve o plano de saúde porque se fizesse a migração teria que cumprir carência.

"Combinei com a empresa o depósito mensal sobre o valor do convênio para eles, mas precisava sair e assim que surgiu a oportunidade, fiz a migração", diz.

De acordo com ela, o processo foi simples e poucos dias após o pedido já tinha a portabilidade aprovada. No plano empresarial, Sandra desembolsava mensalmente R\$ 1.400, e agora optou por um convênio com mensalidade de R\$ 900.

De acordo com a ANS, a operadora de plano de saúde escolhida como destino tem o prazo de 10 dias para analisar a documentação apresentada pelo beneficiário e efetivar ou recusar a portabilidade.

"Caso a portabilidade de carências solicitada seja recusada, a operadora de destino escolhida deverá apresentar a 'declaração justificativa'", diz a agência reguladora.

Se a portabilidade de carências solicitada for efetivada, o beneficiário tem prazo de cin-

A mudança só acontecia nos quatro meses contados a partir do aniversário do contrato. Agora, pode ser feita a qualquer tempo, desde que cumpridos os prazos mínimos de permanência na operadora

Alessandro Acayaba de Toledo do escritório Acayaba Advogados

co dias para solicitar o seu cancelamento ou desligamento do contrato anterior na operadora do plano de origem.

Para a Abramge (Associação Brasileira de Planos de Saúde), à primeira vista, a portabilidade vem para estimular a concorrência entre as operadoras, elevando a qualidade dos serviços prestados e incentivando a busca por eficiência.

"Mas ela pode trazer incentivos não desejados para o mercado dos planos de saúde (inclusive aos contratantes), gerando significativos desequilíbrios econômico-financeiros", considera a entidade de classe por meio de nota.

"Se um beneficiário pedir a portabilidade para um plano de saúde por conta de um tratamento específico, criará desequilíbrio econômico imediato no novo plano, uma vez que, ao iniciar a vigência, solicitará acesso irrestrito à cobertura que será custeada com recursos pagos pelos demais beneficiários que já estavam vinculados ao produto", exemplifica.

"Com o início de vigência da norma, é de fundamental importância que se criem procedimentos para a realização controlada dos impactos da portabilidade, bem como a correção de eventuais desequilíbrios gerados", finaliza a entidade.

Mudança de planos

Como funcionam as novas regras de portabilidade de convênios

O que mudou



Quem pode fazer

COMO ERA: Apenas os beneficiários de planos individuais, familiares e coletivos por adesão.

COMO FICOU: Beneficiário de todas as modalidades de contratação (individuais, familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais).



Compatibilidade de cobertura

COMO ERA: Só era possível fazer a mudança para um plano com as mesmas coberturas do plano de origem.

COMO FICOU: É permitido mudar para um plano com tipo de cobertura maior que o de origem, cumprindo apenas a carência para as novas coberturas.



Período limite

(janela de portabilidade)

COMO ERA: A troca só podia ocorrer nos quatro meses contados a partir do aniversário do contrato.

COMO FICOU: A portabilidade pode ser feita a qualquer tempo, desde que cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano.



Relatório de compatibilidade

COMO ERA: O beneficiário precisava imprimir o relatório de compatibilidade para solicitar a troca à operadora.

COMO FICOU: O protocolo é enviado de forma eletrônica, através do novo Guia ANS de Plano de Saúde.

Para ter direito à portabilidade, é necessário:

- Manter vínculo ativo com o plano atual
- Estar com os pagamentos em dia
- Ter cumprido o prazo de permanência exigido no plano

- Que o convênio de destino tenha faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem, com exceção dos casos de portabilidade especial (falência da operadora, por exemplo), planos empresariais e pós-pagamento

1ª portabilidade

Mínimo de dois anos no plano de origem (três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária)

2ª portabilidade em diante

Mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um convênio com coberturas não previstas no plano de origem

Pedidos de portabilidade emitidos por mês, em 2019 (em mil)



Fonte: ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)



Operadoras estudam novos formatos de planos

Empresas também pedem alteração no reajuste de contratos individuais, cuja oferta encolheu nos últimos anos

Natália Cancian

BRASÍLIA Inspiradas nos sucessos das clínicas populares, operadoras de planos de saúde querem mudanças nas regras do setor. O objetivo é permitir a entrada no mercado de produtos com novos formatos e menor preço. A perda acumulada do segmento, desde a crise de 2015, é de 3 milhões de usuários.

Há três anos, uma proposta semelhante, com o nome de "planos acessíveis", chegou a ser discutida no Congresso, mas não avançou.

Agora, as empresas do setor querem avaliar para oferecer planos de saúde "customizados" ou "segmentados" em módulos —o que permitiria ao usuário optar por atendimentos apenas de consultas, ou com tratamentos divididos por tipos de terapias e com diferenças entre regiões.

Em outra frente, o grupo pleiteia liberdade para definir o reajuste da mensalidade dos planos individuais, contratados diretamente pelo usuário. Hoje, esse reajuste é determinado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

O objetivo da mudança é estimular a oferta desses planos, que ficaram mais raros nos últimos anos. Para se ter uma ideia, em 2004, 25% dos usuários de planos de saúde tinham planos individuais. O restante estava em planos coletivos empresariais.

Quinze anos depois, a parcela de usuários em contratos individuais é de 19%. Os planos coletivos respondem por 81%.

Para Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde, as regras atuais que vedam a definição do aumento e a rescisão unilateral dos contratos afastam o interesse das empresas em planos individuais. "A volta do plano individual depende de trazer mais liberdade para o mercado", afirma. "Nenhuma empresa pode vender algo abaixo dos seus custos."

No início deste mês, um documento com essas propostas foi lançado oficialmente pela associação, que reúne as principais empresas do setor. "É um documento que representa uma demanda de todas as operadoras."

As medidas, porém, são criticadas por especialistas e órgãos de defesa do consumidor.

Para Lígia Bahia, professora da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), a proposta de tornar o ajuste flexível "é absolutamente desfavorável ao consumidor".

Ela lembra que, nos últimos anos, os índices de reajuste

definidos pela ANS têm ficado acima da inflação —situação que pode se agravar com a definição pelas empresas.

O aval de planos segmentados também pode trazer riscos, aponta. "É uma redução de cobertura e de liberdade de escolha. A saúde é caracterizada por problemas imprevisíveis. Com esse tipo de plano, se o paciente tiver câncer, terá de ir para o SUS."

Inicialmente, o documento da FenaSaúde sugere três tipos de módulos, que poderiam ser contratados juntos ou separados: ambulatorial (foco só em consultas, só em exames ou ambos), terapias (acesso a alguns tipos de tratamento) e hospitalar (para internação e atendimentos de urgência e emergência).

No primeiro caso, por exemplo, a ideia é que o paciente tenha acesso mais fácil a acompanhamento básico com médicos generalistas e especialistas, o que permitiria um rápido diagnóstico. Já o tratamento dependeria do tipo de módulo escolhido pelo usuário. Caso a opção necessária não tenha sido contratada, o paciente teria de recorrer ao SUS. Para isso, operadoras pleiteiam que o usuário entre direto para tratamento, sem que haja repetição de exames.

Para Bahia, a medida poderia gerar uma espécie de "fila dupla" no SUS. "Querem criar uma nova fila. É a pergunta: é vai passar na frente?"

Já Valente diz que as medidas visam reduzir custos, aumentar a integração entre as redes e "dar opções a quem não tem nada". Segundo ela, o crescimento de clínicas populares mostrou que as pessoas querem planos de saúde mais baratos.

"Hoje, o plano ambulatorial que já existe é muito onerado com terapias mais caras, como as oncológicas. O que estamos propondo é segmentar."

A diretora cita como exemplo o caso de um paciente com hipertensão que deseja ter acompanhamento, mas não quer pagar por um plano com oncologia, por exemplo.

"É uma segmentação em que as pessoas possam optar por algo dentro das suas necessidades. O que estamos buscando é atender uma parcela da população que não consegue ter acesso a esse plano completíssimo e fica desassistida."

Na visão de Florival Meinen, diretor administrativo da Associação Paulista de Medicina, a proposta poderá aumentar a judicialização.

"Na hora que o paciente precisar, não vai ter cobertura, e

Convênios 'pay-per-view'

Propostas das companhias para mudar as regras dos planos de saúde

O que são os planos individuais
Convênio de contratação direta pelo usuário ou família, sem que haja intermediação com empresas ou associações, e que possui regras específicas de reajuste

O que são os planos coletivos
Plano cuja contratação é feita por empresa para qual a pessoa trabalha ou por associação a que é vinculado

Fonte: ANS/Talent

47,1 milhões

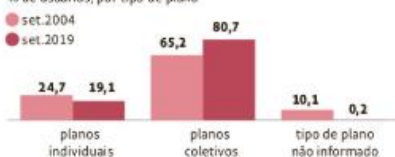
é o total de usuários de planos de saúde hoje



Destes:
9 milhões em planos individuais
38 milhões em planos coletivos empresariais ou por adesão

Variação nos planos de saúde

% de usuários, por tipo de plano



O que está em debate



PLANOS EM MÓDULOS

Como é hoje

É permitida a oferta de convênios só com cobertura ambulatorial e hospitalar, por exemplo, mas empresas reclamam que regras fazem com que esses planos tenham que ofertar também outros serviços (como atendimento de urgência), aumentando os preços

Qual é a proposta

Permitir a oferta de contratos segmentados ou customizados. Nesse caso, o usuário poderia optar por planos divididos em módulos, com segmentos voltados apenas a consultas e exames, por terapias específicas ou com cobertura apenas hospitalar. Também haveria possibilidade de segmentação regional



COMPARTILHAMENTO DE DESPESAS

Mecanismos de compartilhamento de despesas com o usuário já são ofertados, em especial em planos coletivos empresariais. Mas a adesão é maior para a coparticipação, modelo em que o usuário paga um valor fixo ou percentual de cada consulta ou exame feito na rede

Estimular maior aplicação desses mecanismos, sobretudo a oferta de uma franquia agregada anual, semelhante a um seguro de carros. Nesse caso, usuário fica responsável por custear todos os procedimentos até determinado valor e o restante ficaria a cargo da operadora



REAJUSTE FLEXÍVEL

Reajuste da mensalidade de planos individuais é regulado e determinado pela ANS, com base em metodologia que considera a variação dos custos das operadoras com o IPCA (índice de preços nacional). Ideia é evitar que sejam aplicados valores abusivos ao consumidor

Permitir que o reajuste da mensalidade seja definido pelas empresas, com base na variação de custos daquele ano



REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

Além do reajuste anual da mensalidade, planos estão sujeitos a reajustes por faixa etária. O último ajuste é aplicada aos 59 anos, devido a restrição do Estatuto do Idoso que veda cobrança de valores diferentes nos planos devido à idade

Operadoras defendem rever o modelo de reajuste de preços por faixas etárias de modo a retirar o peso sobre os mais jovens —o que indica a possibilidade de permissão de um reajuste para idosos



PROCEDIMENTOS OBRIGATORIOS

Lista de procedimentos de cobertura obrigatória é revista de forma periódica para inclusão de novas tecnologias. Propostas são avaliadas por meio de consulta pública

Fazer com que a incorporação de novas tecnologias seja baseada em critérios mais rígidos de custo-efetividade, semelhantes aos aplicados pela Conitec, comissão que decide essa inclusão no SUS, e considerando diferenças regionais

Outras propostas, que não dependem de mudanças na lei e nas normas atuais



NOVOS MODELOS DE REMUNERAÇÃO

Substituir o modelo de pagamento por atendimentos (o chamado "fee for service") por uma remuneração que considere resultados e desfechos clínicos

ai vai bater na Justiça. E o timing da Justiça não é o mesmo da doença", afirma ele, que vê outros impasses.

"O trabalho do médico não pode ser fragmentado. Se chegar em um momento em que o paciente precisa, ele não pode alegar que não pode atender."

Já para José Cecchin, superintendente do IESS (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) na FenaSaúde, a modulação poderá aumentar o acesso da população à rede de saúde.

Já a mudança no reajuste é uma medida que "parece politicamente difícil de ser adotada", avalia. "Mas vejo com bons olhos esse caminho. A lei quis proteger o consumidor do plano individual. Mas está protegido se não encontra hoje os planos individuais?"

Essas, porém, não são as únicas propostas na mesa. Na tentativa de reduzir o valor dos planos, operadoras sugerem ainda outras medidas.

Uma delas é aumentar o número de planos com mecanismos de compartilhamento de despesas, como franquia (quando o usuário paga por procedimentos até determinado valor, e o restante fica com a operadora) e coparticipação (quando o usuário paga uma parcela, em geral de até 30%, ou valor fixo de cada atendimento).

Atualmente, 37% dos planos já aplicam algum desses mecanismos, atingindo 54% dos usuários.

A FenaSaúde, porém, não cita metas ou valores para que isso ocorra.

Em outra frente, operadoras sugerem mudanças nas regras que permitem reajuste por faixa etária. Atualmente, essa variação é dividida em dez faixas —a última aos 59 anos.

Após os 60 anos, o reajuste é vedado pelo Estatuto do Idoso, por meio de dispositivo que impede discriminação ao idoso em planos de saúde devido à idade.

O problema é que, ao mesmo tempo em que visa proteger o idoso, a regra faz com que empresas apliquem valores altos nessa última etapa.

"Hoje, todo reajuste tem de ser calculado até 59 anos. Não seria muito mais interessante poder pagar isso a longo prazo, e ter esse parcelamento?", diz Valente.

A proposta é semelhante à apresentada há três anos no Congresso.

Na época, porém, entidades de defesa do consumidor alegaram que a medida poderia afastar idosos dos planos, em um contexto em que a aposentadoria e o afastamento do mercado de trabalho gera queda na renda desse grupo.

Questionada sobre as medidas, a ANS confirmou ter recebido ofício de operadoras com as sugestões, mas não comentou as propostas. Disse ainda que já vem discutindo medidas para enfrentar desafios do setor, como melhorias de cobertura e garantia de acesso da população aos pla-



A volta do plano individual depende de trazer mais liberdade para o mercado. Nenhuma empresa pode vender algo abaixo dos seus custos"

Vera Valente

“

A solução para alguns problemas esbarra em ações de gestão. A atenção integral não depende de legislação. Há uma cultura que dificulta a passagem para outro modelo

Paulo Roberto de Oliveira Webster
diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços da Unimed

“

[Em planos segmentados] a tendência do Judiciário deve ser interpretar que o grau de cobertura deva ser igual para todos. Vamos abrir mais espaço para a judicialização

Paulo Furquim de Azevedo
coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Insper

“

Uma pessoa que vai duas vezes a uma clínica popular, que dá um atendimento pontual, gasta R\$ 180 reais. Com essa quantia, poderia pagar um plano com assistência continuada

Vera Valente
diretora-executiva da Federação Nacional de Saúde Suplementar



Paulo Roberto Webster (esq.), diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços da Unimed, Paulo Furquim de Azevedo, professor do Insper, Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), Alessandro Acayaba, presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), Marcos Pimenta, assessor da presidência da APM (Associação Paulista de Medicina), e Cláudia Colucci, repórter especial da Folha

“

Se, nos contratos coletivos, não temos sucesso porque os reajustes vêm em dois dígitos, por que seria diferente nos planos individuais? Uma total flexibilização deixa o consumidor desprotegido

Alessandro Acayaba
presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios)

“

Quando se fala em repactuar coberturas, ficamos preocupados: como a pessoa que não é da área sabe se vai contratar ou não uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica?

Marcos Pimenta
assessor da presidência da APM (Associação Paulista de Medicina) e presidente da Rede Mário Gatti

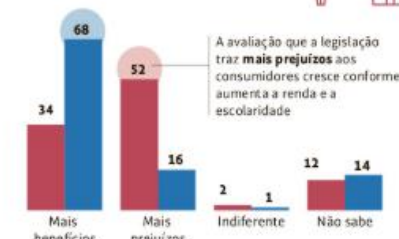
Proposta de mudança na legislação recebe críticas em debate

Operadoras defendem venda de planos mais acessíveis; especialistas apontam risco de retrocesso e judicialização

Avaliação da legislação dos planos de saúde

Você acha que a atual legislação traz mais benefícios ou prejuízos?

Estimulada e única, em %
● Para os consumidores
● Para as empresas de planos de saúde



A avaliação que a legislação traz mais benefícios aos consumidores cresce conforme aumenta a renda e a escolaridade

Eduardo Sombini

SÃO PAULO A criação de novas modalidades de planos de saúde, com coberturas menores que as atuais, é a proposta apresentada pelas operadoras de saúde que mais vem despertando críticas.

Na avaliação de agentes do mercado, os chamados planos segmentados podem implicar retrocessos dos direitos conquistados pelos consumidores e aumento de ações judiciais. O tema foi debatido na mesa de abertura do 3º Seminário Saúde Suplementar, realizado pela Folha na terça-feira (26) em São Paulo.

Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar), defendeu que as propostas de mudança na lei visam ampliar o acesso à saúde no país e desafogar o SUS. Segundo ela, mudanças na estrutura etária da população brasileira e no perfil epidemiológico, além da rápida incorporação de novas tecnologias na medicina, causaram aumento exponencial dos custos do setor desde a aprovação do marco legal da saúde suplementar, em 1998.

Valente afirmou que o princípio de segmentação já está presente na lei vigente e que a proposta da associação é dar mais liberdade de escolha a quem não tem acesso hoje

aos planos de saúde.

Atualmente, a lei permite vender cinco tipos de plano: ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência e cobertura odontológica. Para cada um deles, empresas de saúde são obrigadas a oferecer uma lista de procedimentos obrigatórios, definida pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

“A nossa proposta não muda nada para quem já tem plano. É para quem hoje não está no sistema e tem que pagar consulta individual ou ficar na fi-

la do SUS”, afirmou.

Alessandro Acayaba, presidente da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), discorda da proposta da FenaSaúde. Para ele, o plano acentuará a sensação de consumidores de que a legislação não os protege.

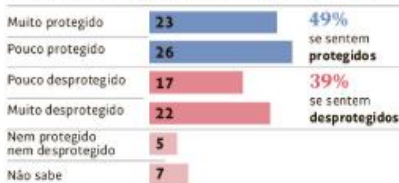
Pesquisa Datafolha, feita com patrocínio da Qualicorp neste mês com moradores da cidade de São Paulo que têm plano de saúde, mostra que 68% consideram que a legislação atual beneficia mais as empresas que os usuários. A avaliação negativa sobre as normas do setor é maior entre pessoas com maior escolaridade e renda familiar.

“Entendo que deva ser feita uma atualização na legislação, mas o consumidor não pode ser penalizado com a retirada de direitos e garantias”, afirmou Acayaba.

Para Paulo Furquim de Azevedo, coordenador do Centro de Estudos em Negócios do Insper, a diversificação das modalidades de contratos é uma solução com fundamentos sólidos do ponto de vista teórico, mas, na prática, a proposta enfrentará barreiras nos tribunais.

“A tendência do Judiciário será interpretar que o grau de cobertura deve ser igual para todos. A gente vai abrir uma judicialização muito grande no caso desse tipo de dife-

Como se sente em relação à legislação sobre os planos de saúde?



49% se sentem protegidos

39% se sentem desprotegidos

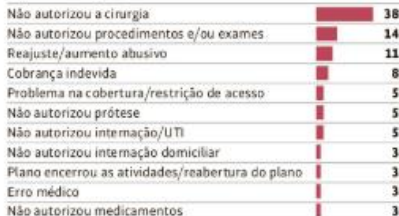
Já recorreu à Justiça contra algum plano de saúde?

Espontânea e única, em %



Motivos para ter recorrido à Justiça

Espontânea e múltipla, em %



Fonte: Datafolha. Base: moradores da cidade de SP que têm plano de saúde

renciação contratual”, prevê. Para ele, contratos com franquias e coparticipação dos usuários são mais bem aceitos pela Justiça e podem ser um caminho alternativo de diversificação dos planos de saúde.

Marcos Pimenta, assessor da presidência da APM (Associação Paulista de Medicina) e presidente da Rede Mário Gatti, em Campinas (SP), afirmou se preocupar com a falta de conhecimento técnico do leigo para escolher planos em um cenário de aumento das modalidades ofertadas.

“O rol de procedimentos de cobertura obrigatória é um avanço que deve ser preservado para não deixar os usuários sem saber o que estão contratando. A classe médica trabalha com o princípio de cobertura universal”, disse.

Cerca de 30 organizações médicas, jurídicas e de defesa do consumidor, como o Idec (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) e o CFM (Conselho Federal de Medicina), lançaram em outubro um manifesto contrário às propostas das operadoras de saúde.

Os palestrantes concordaram que há espaço considerável para otimizar a gestão dos planos sem mudanças na legislação e defenderam o fortalecimento da atenção primária, com o acompanhamento de médicos de família, por exemplo. “A solução para alguns problemas esbarra em ações de gestão. A atenção integral não depende de legislação. Há uma cultura que dificulta a passagem para outro modelo”, disse Paulo Roberto de Oliveira Webster, diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços da Unimed.

A revisão do modelo atual de remuneração de prestadores de serviços, que privilegia o pagamento por procedimento realizado, foi defendida no debate, mediado pela repórter especial e colunista da Folha Cláudia Colucci.

O seminário teve patrocínio da Qualicorp e da Unimed, e apoio da Anab e da FenaSaúde.

Grupos dão novo impulso a contratos individuais

Empresas criam rede de atendimento própria e apostam na atenção primária para tornar esses planos sustentáveis

Mariana Lenharo

SÃO PAULO As operadoras de planos de saúde têm tentado dar um novo impulso aos convênios individuais, que são contratados diretamente pelo consumidor.

Esses planos estão sujeitos a uma regulação mais rígida do que os empresariais e deixaram de ser oferecidos por muitas seguradoras.

Das 755 operadoras em atividade no país, 284 (quase 38%) não vendem contratos individuais. Hoje, esses planos atendem hoje menos de 20% do total de beneficiários no Brasil.

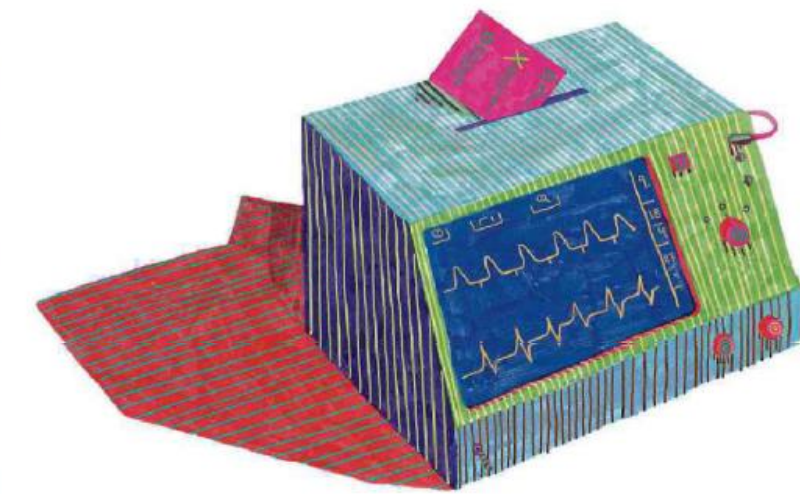
"Os convênios individuais foram sendo deixados de ser ofertados pelas operadoras à medida que os reajustes autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar passaram a não cobrir o aumento dos custos", diz Vera Valente, diretora-executiva da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Agora, as operadoras adotaram algumas estratégias para tornar esses contratos mais sustentáveis, entre elas o desenvolvimento de modelos voltados para a atenção primária, o foco em clientes mais velhos e o uso de rede de atendimento própria.

A NotreDame Intermedica está entre as empresas que têm buscado criar planos individuais sustentáveis. No fim de setembro, a operadora lançou um convênio voltado para pessoas com 50 anos ou mais, o NotreLife 50+.

Um dos pilares do novo produto é um programa de prevenção intenso. "Pode parecer contra intuitivo, porque são essas pessoas que tendem a usar mais os planos de saúde", diz Irlau Machado Filho, presidente do grupo. "Mas fizemos um equilíbrio entre a medicina preventiva, coordenação de saúde e plano de vida dessa pessoa a um preço justo."

Ele afirma que o atendimento em rede própria também permite um controle maior sobre possíveis abusos e fraudes, elemento importante para a redução de custos.



Com o aumento do desemprego, muitas pessoas estão se tornando autônomas. Elas podem comprar um plano, mas falta oferta

Jorge Oliveira
diretor do Grupo Promédica

des, elemento importante para a redução de custos.

Foi um plano dedicado para idosos que a analista de importação e exportação Jéssica Faria de Carvalho, 30, escolheu para a mãe, Maria das Graças Faria de Carvalho, 60.

A procura por um plano individual durou meses. Além

de tentar incluir a mãe como beneficiária de seu plano empresarial, sem sucesso, Jéssica pesquisou pela internet e conversou com consultores.

Durante a busca, encontrou produtos de até R\$ 2.100. O plano escolhido, da operadora Atívia, ficou em R\$ 636 e oferece todo o atendimento em um único hospital de São José dos Campos, perto de Jacareí, onde Maria das Graças mora.

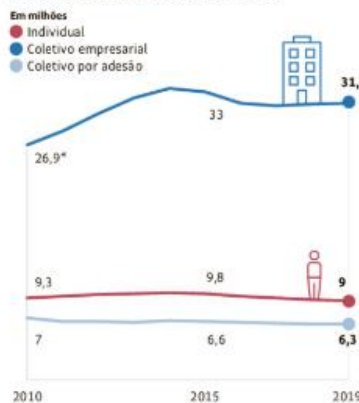
A Vitallis também entrou, há cerca de dois anos, no mercado de planos para idosos. Segundo o diretor comercial da operadora, Roberto Abou Id Dabes, o atendimento desses clientes é personalizado.

"Sempre que há uma compra, uma enfermeira entra em contato com o cliente, entende seu caso. Ele é inserido em programas de acordo com suas necessidades e tem consultas periódicas com geriatras, isentas de coparticipação."

Na Unimed, a mudança do modelo assistencial em busca de planos individuais mais sustentáveis começou

Queda dos contratos individuais

Convênios para pessoa física correspondem a cerca de 20% do total de beneficiários



*Números representam o total de beneficiários em cada categoria de plano de saúde no mês de setembro de cada ano. Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

em 2011, quando novos produtos foram pensados para focar a atenção primária e ter um maior controle do fluxo do paciente, segundo Orestes Pullin, presidente da confederação de cooperativas.

Ele explica que esses convênios partem do princípio que cada cliente tem um médico responsável. Esse especialista organiza as necessidades do paciente e registra tudo em um prontuário eletrônico.

Em situações não emergenciais, o paciente consulta primeiro seu médico e, se precisar de atendimento especializado, é encaminhado para a rede secundária. Dessa forma, evitam-se consultas desnecessárias e pedidos de exames repetidos.

Segundo Pullin, estatísticas mostram que essa estratégia tem se tornado mais viável do que os planos mais tradicionais, de livre escolha. Apesar disso, ele acredita que a substituição total dos planos tradicionais pelos focados em assistência primária ainda deve levar anos. "Temos que mudar a cultura tanto dos pacientes quanto dos médicos", diz.

Valente, da FenaSaúde, afirma que o setor como um todo tem interesse em viabilizar a volta dos planos individuais. "Tanto que a FenaSaúde apresentou para debate sua proposta: permitir reajustes específicos para cada operadora, sujeitos a auditoria externa e análise da ANS."

Para o diretor do Grupo Promédica, Jorge Oliveira, a carência de planos individuais no mercado pode ser vista como uma oportunidade para operadoras que são capazes de oferecer esse serviço.

A Promédica lançou neste ano um convênio voltado para a rede própria da operadora. "Por causa do aumento do desemprego, muitas pessoas estão prestando serviço como autônomos e se virando na informalidade. Elas acabam tendo capacidade para comprar um plano, mas falta oferta", diz Oliveira.

Pacientes e médicos são vítimas quando saúde vira negócio, diz americana

Iara Biderman

SÃO PAULO A médica de família americana Debra Blaine revela os bastidores da indústria da saúde e os dilemas de uma época em que vida e morte são vistas como fonte de lucro no livro "Code Blue: The Other End of Stethoscope" (código azul: o outro lado do estetoscópio).

No thriller (sem edição em português), uma médica é procurada por um antigo namorado, que tenta alertá-la sobre um grupo de hackers que está ganhando fortunas com a morte de pacientes.

Ela ignora as tentativas de reaproximação do antigo amor — sem saber que ele pode ser a vítima na lista da organização criminosa.

"Os pacientes precisam saber o que está acontecendo, mas nem sempre as pessoas querem ouvir. Passar essas informações no formato de thriller pode ser uma forma de engajar o público", diz.

Para ela, os modelos de negócio atuais não deveriam ser aplicados à saúde. "É um modelo que prioriza o lucro com parâmetros como quantidade e satisfação do consumidor, baseado em conveniência, aparência e rapidez. Essas coisas não são as considerações prioritárias em um tratamento médico."

Princípios éticos como bus-



Princípios éticos básicos, como buscar o bem para qualquer pessoa, deveriam ser as considerações filosóficas para a prática da medicina

Helena Carneiro Leão
reumatologista

car o bem para qualquer pessoa e justiça para todos deveriam ser as considerações filosóficas de base para a prática da medicina, segundo a reumatologista Helena Carneiro Leão, que é presidente da Associação Médica de Pernambuco e especialista em bioética pela Universidade do Porto.

Quando a doença vira mercadoria e a saúde, moeda de troca, a corda apertada também para os médicos. "Eles estão cercados por ilhas de negócios e, para permanecer no mercado de trabalho, estão se tornando pessoas jurídicas", diz Leão.

Segundo Blaine, atualmente nos Estados Unidos os médicos são pressionados a tratar o paciente como consumidor, e agradar o freguês tornou-se mais importante do que curar ou tratar.

Essa relação criou distorções. O "cliente" passa a associar melhor tratamento com a qualidade do café do laboratório ou o serviço de quarto do hospital, afirma a médica.

Criam-se novas demandas, e os pacientes esperam receber as melhores mercadorias, que

acreditam ser as tecnologias e remédios mais novos e caros — mesmo que não sejam o tratamento mais indicado.

"Uma parte da população precisa realmente de tratamentos de ponta e não consegue obter, enquanto outra parte está acostumada a ter tudo o que quer imediatamente", diz.

Blaine não pretende culpabilizar pacientes e médicos pela crise vivida tanto em seu país como no Brasil. Eles são, para ela, vítimas de um sistema de publicidade massiva, lobbies e interesses econômicos.

Educar os pacientes é, para Blaine, a forma de mudar o jogo. Isso vai desde mostrar às pessoas os desconfortos envolvidos nos tratamentos até o que está por trás dos lançamentos de novos produtos médicos.

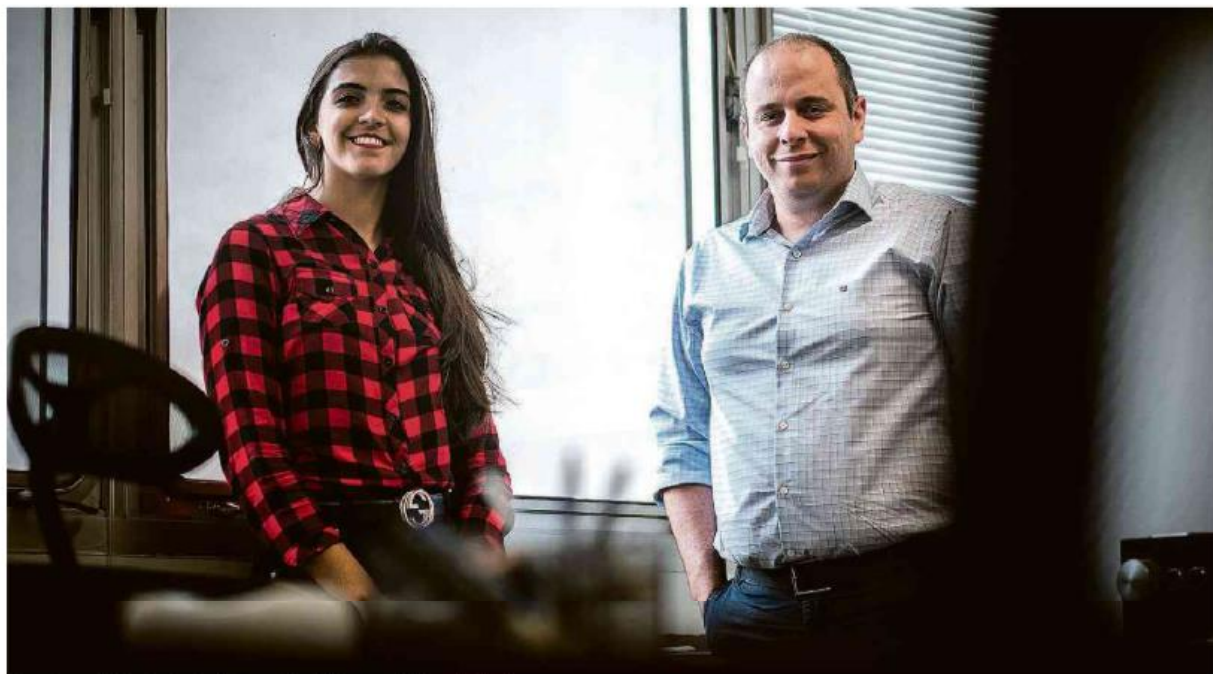
Não espera obter isso com ajuda da grandes empresas da área. Iniciativas da indústria para "empoderar" pacientes entendidos como consumidores podem ser apenas mais uma estratégia para vender novos produtos.

Profissionais de saúde com boa formação e melhores condições de trabalho seriam, na visão de Blaine, a melhor forma de informar a população sobre os limites éticos de quem lucra com a saúde.

Mas as coisas tampouco estão fáceis para os médicos.

"Hoje, nos Estados Unidos, a taxa de suicídio por capita de médicos é a maior do país. Algo em torno de 34 para cada 100.000, equivalente ao suicídio de um médico por dia", afirma Blaine.

Como Carneiro Leão, a médica norte-americana diz que a mudança desse cenário está ligada a princípios éticos que são, ou deveriam ser, básicos. "Precisamos mudar nossos valores. A ansia por acumular riqueza faz mal não só à saúde, mas à vida de todo o planeta, como mostra crise climática que estamos vivendo."



Bruna Souza e Kleber Santos, fundadores da Health.D, no escritório em São Paulo Fotos: Lucas Serrano/Folhapress

Hospitais e seguradoras recorrem a startups para inovar e cortar custos

Prontuário eletrônico e pulseira de monitoramento são exemplos de tecnologia que estão em uso

SÃO PAULO Seguradoras, farmácias e hospitais estão se associando a startups de saúde em busca de novas ideias para reduzir despesas, tornar processos mais ágeis e testar ou agregar novas tecnologias.

O número dessas empresas, conhecidas como health techs, cresceu cerca de 20% no último ano, segundo dados da Liga Venture, aceleradora que conecta grandes companhias a essas startups.

Não são apenas empresas de inovação na área de saúde e bem-estar no Brasil, de acordo com a Abstartups (Associação Brasileira de Startups), o que representa cerca de 4% do total do setor no país. A maioria delas foi criada a partir de 2014.

"De um lado, os empreendedores estão colocando suas soluções no mercado, que está reagindo positivamente a elas; de outro, grandes empresas do setor recorrem às startups para fomentar a inovação de forma livre", diz Raphael Augusto, da Liga Ventures.

Fundada em 2014 em Uberlândia (MG), a Vitta ilustra esse movimento: a startup iniciou suas atividades com a criação de uma ferramenta de prontuário eletrônico para médicos e software para gestão de consultórios e clínicas.

Em 2016, começou um plano de expansão ao adquirir sua principal concorrente, a ClinicWeb, que foi o primeiro prontuário eletrônico em nuvem do Brasil. A tecnologia hoje é utilizada por 15 mil médicos em 25 estados e por grandes empresas, como o Hospital Israelita Albert Einstein e o laboratório Fleury.

Em 2018, a Vitta entrou no

segmento de gestão de planos de saúde de empresas, experiência que permitiu à startup desbravar um nicho ainda inexplorado: neste ano, lançou o primeiro plano voltado para funcionários de startups.

Para isso, associou-se a duas operadoras já consolidadas, Unimed e Omint, em um modelo de negócios em que os segurados têm acesso à rede médica e hospitalar da operadora parceira, além de atendimento complementar 24h por meio de aplicativo, com médicos da rede da startup.

O plano, que atende a partir de três pessoas, tem preços 20% abaixo da média de mercado e admite ainda a vinculação de pessoas jurídicas, porque muitos colaboradores de startups prestam serviços nesse regime de contratação.

"As startups estão crescendo e há uma demanda reprimida por seguros de saúde, mas o mercado não estava atento a isso", afirma Thiago Barros, diretor da Vitta.

A aceitação do produto surpreendeu — em dez meses de operação, o plano de saúde já tem carteira de 80 mil usuários, e a lista de espera de quem tem interesse em fazer o plano já chega a 21 mil pessoas.

A Health.D, de São Paulo, é outra que já está testando seu produto com grandes empresas.

A startup surgiu com a proposta de utilizar dispositivos como relógios inteligentes e pulseiras com sensores para monitorar em tempo real aspectos da saúde e comportamentais de pacientes, como frequência cardíaca e pres-

são arterial.

Um aplicativo coleta e envia os dados a uma plataforma que, por meio de IA (inteligência artificial), cruza essas informações com bancos de dados de operadoras de planos de saúde e hospitais e faz o acompanhamento dos indicadores clínicos do paciente, enviando alertas quando a pessoa está entrando em situações de risco.

"Com a IA, será possível agir em antecipação e ajudar a reduzir a sinistralidade das operadoras", Kleber Santos, idealizador da startup.

A Health.D nasceu dentro da FCamara, empresa brasileira de TI, e está validando seu modelo de negócios, que deve consumir até o final do ano R\$ 750 mil em investimentos.

"Com a internet das coisas, qualquer dispositivo poderá ser integrado a bases de dados de hospitais e operadoras", explica Bruna Souza, cofundadora da Health.D.

Santos já importou 150 pulseiras, que estão sendo utilizadas para monitorar a saúde de pacientes em projetos pilotos realizados com hospitais e planos de saúde — o empresário não divulga os nomes das empresas.

Além de companhias do setor, muitas startups desenvolvem produtos para os profissionais de saúde.

A Pebmed cria aplicativos que ajudam na tomada de decisão clínica. A inspiração para o primeiro produto foi o livro de bolso dos médicos, usado para anotar referências sobre suas especialidades.

Os sócios da startup traduziram a ideia para o mundo digital com o aplicativo Whitebook, que reúne mais de 6.000 conteúdos, entre artigos, atualizações de condutas e diretrizes em 28 especialidades médicas.

"Queríamos desenvolver um produto que ajudasse os profissionais de saúde na ponta, no momento em que precisam tomar decisões rápidas e de qualidade, sem precisar recorrer aos buscadores de internet", diz Bruno Lagoeiro, médico e um dos fundadores da Pebmed.

A plataforma soma 200 mil usuários ativos, que usam o aplicativo todos os meses, e 69 mil assinantes da versão paga, que oferece mais recursos.

Neste ano, a startup lançou outra ferramenta, agora para enfermeiros. O Nursebook traz mais de 700 conteúdos relacionados a condutas de enfermagem e já tem 4.500 profissionais cadastrados.

Andrea Viali



Thiago Barros, diretor da startup Vitta, na empresa em São Paulo



Com a internet das coisas, qualquer dispositivo poderá ser integrado a bases de dados de hospitais e operadoras

Bruna Souza
cofundadora da Health.D



Convênios criam estratégias contra escalada dos transtornos mentais

Diante da maior demanda por psicólogos e psiquiatras, grupos oferecem terapia online

Andrea Vialli

SÃO PAULO Operadoras de planos de saúde estão criando estratégias para lidar com a escalada da demanda na área de saúde mental. Terapias online, atenção integrada com médicos da família e ação conjunta com startups são parte do arsenal das seguradoras para prestar atendimento e conter os custos trazidos pelo aumento da procura.

As consultas psiquiátricas cresceram 69% e as internações tiveram aumento de 97% entre 2012 e 2018. As consultas com psicólogos saltaram 116% e as internações em hospital-dia (quando o paciente é acolhido durante o dia e volta para casa à noite) cresceram 211% no período, segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Os diagnósticos mais recorrentes nos pedidos de tratamento na área são ansiedade, depressão, estresse, síndrome de burnout (esgotamento no trabalho) e dependência química.

O aumento desses transtornos não é um fenômeno brasileiro: segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), nos últimos dez anos o número de pacientes com depressão no mundo aumentou 18%. No Brasil, quase 6% da população sofre com o problema; já a ansiedade acomete 9%.

Um dos fatores que ajuda a explicar esse aumento é a maior procura por ajuda. "Há uma maior medicalização de condições antes relegadas ao não diagnóstico", diz Daniel Peixoto de Albuquerque, superintendente de provimento em saúde da Central Nacional Unimed. "O aumento da tensão que o mercado de trabalho exerce devido à crise econômica é outro fator determinante", diz.

A operadora relata um aumento de 10% no número de consultas de psiquiatria e psicologia e de 20% nas internações nos últimos 12 meses. Segundo Albuquerque, a área de saúde mental responde hoje por 2% dos custos assistenciais, e as estratégias para ad-

ministrá-los passa por auditoria e monitoramento dos doentes crônicos.

Para os pacientes com depressão e ansiedade leve a moderada, os atendimentos online, que há um ano passaram a ser permitidos e regulamentados pelo Conselho Federal de Psicologia, foram uma inovação bem-vinda, pois diminuíram a pressão sobre a rede assistencial.

A Amil lançou em 2018 uma estratégia de suporte à saúde mental, voltada aos beneficiários de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba, que combina o atendimento por psiquiatra, psicólogo, assistente social e médico da família. O objetivo é dar uma assistência mais integrada aos pacientes.

"Ao analisar os dados de atendimento, vimos que o paciente ficava solto na rede quando tinha alguma crise — às vezes procurava o psicólogo e o psiquiatra, mas esses profissionais não conversavam", diz Nulvio Lermen Junior, diretor técnico de atenção ambulatorial da Amil.

A estratégia tem dado resultados: em pouco mais de um ano, as internações psiquiátricas tiveram queda de 13%, sendo que no ano anterior a Amil registrara uma alta de 30%. "Atitudes simples, como disponibilizar assistentes sociais para conversar com os pacientes, já ajudou a salvar vidas", afirma Fabiane Minozzo, psicóloga e gerente de práticas assistenciais da Amil.

Na Bradesco Saúde, a alta no número de beneficiários que buscam consultas, terapias e internações psiquiátricas foi de 38% nos últimos dois anos. De janeiro a setembro de 2019, o aumento foi de 19% em comparação ao mesmo período do ano passado.

Em razão disso, a empresa criou uma área dedicada a acompanhar a jornada do paciente por todas as instâncias de atenção, que identifica oportunidades para direcionar o tratamento.

Outra frente é junto aos clientes corporativos. "Oferecemos às empresas um treinamento de liderança, no qual

Há uma maior medicalização de condições antes relegadas ao não diagnóstico. O aumento da pressão que o mercado de trabalho exerce, devido à crise, é outro fator determinante

Daniel Peixoto de Albuquerque superintendente de provimento em saúde da Central Nacional da Unimed

uma psicóloga atua junto aos líderes instruindo na identificação e na condução de casos na equipe", afirma Thaís Jorge, diretora da Bradesco Saúde.

As startups de saúde também são uma saída buscada tanto pelos planos de saúde quanto por empresas que estão sendo impactadas com queda na produtividade, absenteísmo e desligamento de seus profissionais em razão de esgotamento.

A Psicologia Viva, startup acelerada pela Oxigênio, empresa da Porto Seguro, teve sua plataforma incluída na rede referenciada da Porto Seguro Saúde em outubro de 2018, dando aos segurados o acesso a uma rede com mais de 130 psicólogos em todo o país, com atendimento 24 horas.

Até o momento, a seguradora registra 4.500 atendimentos pela plataforma, diz Marcelo Zorzo, diretor da Porto Seguro Saúde. A startup também tem parceria com as operadoras Care Plus e Unimed.

A dificuldade de encontrar bons psicólogos no plano de saúde motivou a empreendedora Tatiana Pimenta, de São Paulo, a criar a Vittude, startup que faz a ponte entre terapeutas e pacientes.

Em 2012, sofrendo de depressão, Tatiana chegou a passar por três psicólogos sem bons resultados, o que a levou a investigar o mercado. Ao estudar as possibilidades da telemedicina, descobriu uma oportunidade de negócios.

A Vittude começou a operar em 2016, a princípio com uma rede de psicólogos recrutados em São Paulo. Com a regulamentação dos atendimentos online, a startup percebeu um boom nos acessos, e hoje conta 20 mil usuários e 3.500 psicólogos cadastrados.

Além de pessoas físicas, notamos um aumento na procura por parte de empresas, o que nos levou a criar um serviço corporativo", diz.

Veio então a Vittude Corporate: as empresas que contratam o serviço subsidiam a psicoterapia para seus colaboradores. Escritórios de advocacia, empresas de TI e outras startups estão entre os principais clientes.

Com o novo produto, a Vittude negocia com empresas de até 40 mil funcionários, o que deverá nortear a expansão de seus negócios — a startup recebeu em novembro aporte de R\$ 4,5 milhões, liderado pelo fundo de venture capital Redpoint Ventures.

Mas a prática da telemedicina ainda está sendo discutida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de modo que não são permitidas consultas virtuais na área de Psiquiatria, diz Antônio Geraldo da Silva, diretor da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria).

"Em psiquiatria, nada substitui a consulta presencial, pois o contato físico com o paciente é parte do diagnóstico."

Para o médico, esse tipo de atendimento deve ficar restrito a orientações mais gerais, como sobre uso e efeitos colaterais de medicamentos.

"Os planos de saúde buscam baratear as operações com atendimentos em escala, mas a medicina tem que ser como a alta costura, sob medida para cada paciente."

Cresce demanda por tratamentos em saúde mental

Total de atendimentos por modalidade

Consulta psiquiátrica

2.515.989



Internação psiquiátrica

102.014



Hospital dia para saúde mental

53.106



Consultas/sessões com psicólogos

9.001.774



Fonte: Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (ANS)

Transparência é a qualidade mais valorizada em plano de saúde

Consumidor quer entender o que contratou, mas a maior dificuldade é tornar linguagem acessível

Laura Castanho

SÃO PAULO A transparência das operadoras de planos de saúde, exigência prioritária dos consumidores, depende de um esforço grande de comunicação para acontecer.

Com poucas variações, esse foi o ponto de convergência entre as participantes da segunda mesa de discussão do 3º Seminário Saúde Suplementar, realizado pela Folha nesta terça-feira (26), na Unibes Cultural, em São Paulo.

"A legislação cria obrigações para as operadoras, como avisar com antecedência sobre reajustes. O desafio é garantir que a informação chegue, de forma eficiente, a quem precisa", afirmou Ana Faro Guerra, gerente técnica do Grupo Notre Dame Intermédica.

Segundo pesquisa Datafolha divulgada na terça-feira (26), mais paulistanos reivindicam transparência em relação a reajustes, carências e cobertura (72%) do que, por exemplo, aumento menor na mensalidade (67%).

Na avaliação das especialistas, há informação disponível, mas ou ela é muito técnica ou o consumidor não está acostumado a buscar por ela.

Na Qualicorp, um canal de atendimento ao cliente foi criado no WhatsApp após uma pesquisa mostrar que esse é o meio preferido pelos beneficiários para tirar dúvidas. Por essa ferramenta, um sistema do tipo perguntas e respostas, a empresa notou que informações tidas pela operadora como óbvias não estavam claras para boa parte dos clientes — como a possibilidade de um reajuste acontecer antes de um ano do contrato.

"Foi uma surpresa para nós, porque achávamos que isso estava claríssimo na hora da venda dos planos", explicou a superintendente de Projetos e Inovação para Clientes da Qualicorp, Lorena Tavares Guerra. Para ela, os esforços em comunicação são mais eficazes em retomar a confiança do cliente do que as mudanças regulatórias em discussão. "Se a gente não enfrentar isso, a discussão [legal] passará a ser secundária".

Ana Faro Guerra, gerente

técnica do Notre Dame, contou que o grupo disponibilizou um material sobre os contratos dos planos de saúde no formato de perguntas e respostas, voltado a leigos, mas o número de acessos foi pequeno. "Nosso consumidor não tem o hábito de leitura [de contratos]. Ele não sabe como fazer diferente e não tem como entender tudo."

Estela Guerrini, que coordena o Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, afirma ser competência das empresas informar aos clientes sobre os seus direitos.

Ela citou o caso de uma mulher que procurou a defensoria pública porque não tinha como arcar com as despesas médicas do seu recém-nascido, sem saber que ele poderia ser incluído automaticamente em seu plano de saúde no período de 30 dias. "Por que a empresa não poderia ter avisado essa mãe e evitado esse desgaste?"

Guerrini sugeriu o uso de linguagem clara, com exemplos em vez de conceitos abstratos, e transparência em relação aos erros da empresa e ao valor dos reajustes. Esse último ponto é um dos problemas mais comuns nos contratos coletivos. "Apesar de ser obrigatório informar o reajuste, não existe uma transparência em como se chegou ao valor", pontuou.

Em alguns casos, clientes entram na Justiça sem antes procurar soluções dentro da ouvidoria da operadora, seja por desconfiança ou desconhecimento da existência desse serviço. Outras vezes, quando a empresa rescinde parte do contrato — até mesmo no meio de um tratamento médico — a judicialização pode ser a reação mais rápida.

"Quando o consumidor descobre que teve um direito violado, já está numa situação de hipervulnerabilidade", ponderou Guerrini. "Muitas vezes, sequer há tempo hábil de tentar outros caminhos."

O evento teve patrocínio da Unimed e da Qualicorp e apoio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios) e da Fena-Saúde.



O cardiologista pede um monte de exames para o paciente com dor no peito para dizer: "Você não tem nada". Claro que tem, mas não é cardiológico. Pode ser transtorno de ansiedade

Wagner Gattaz
professor do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP



As operadoras têm o dever de ir atrás do consumidor, não só colocar a informação no contrato. Por que não divulgar a média de reajuste dos últimos cinco anos?

Estela Waksberg Guerrini
defensora pública do estado de São Paulo



O desafio está em redesenhar os processos. Trazer de fato a perspectiva do cliente e chegar ao mesmo nível de compreensão que ele

Lorena Tamanini Rocha Tavares
superintendente de Projetos e Inovação para Clientes da Qualicorp



Há um tabu no ambiente organizacional em relação à doença mental. O empregado tem receio de compartilhar seus problemas com o chefe ou com o RH

Ricardo Salem Ribeiro
diretor médico da operadora Care Plus



O cliente não tem o hábito da leitura de contratos, e os órgãos de defesa do consumidor pouco incentivam essa prática. Juntos, podemos pensar uma maneira de alcançá-lo

Ana Perly Faro Guerra
gerente técnica do Grupo



Cuidar da saúde mental pode até gerar um custo inicial mais alto, mas o custo [em longo prazo] vai ser muito menor, e para a população é muito bom que isso seja trabalhado

Tereza Villas Boas Veloso
diretora técnica médica

Clientes querem inclusão de atendimento à saúde mental em planos

Lucas Alonso

SÃO PAULO Peça a um paulista no que pense num plano de saúde ideal. Entre tantos itens a serem valorizados, no topo aparece, logo depois de transparência, o atendimento à saúde mental, mostra pesquisa Datafolha feita em novembro. Os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) corroboram o que diz o levantamento (leia texto na página ao lado).

Há duas teorias para explicar o crescimento do número de doenças mentais, de acordo com Wagner Gattaz, professor do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. A primeira delas é que os transtornos realmente estão crescendo em número devido à soma de condições como herança genética e fatores ambientais. A segunda é que o hábito diagnóstico foi modificado porque há mais pessoas procurando psiquiatras.

"Médicos que antes reconheciam no paciente com dor muscular, tensão na nuca e enxaquecas um quadro somático osteomuscular podem detectar hoje um quadro de ansiedade ou de depressão", explica o psiquiatra.

Para ele, se mais diagnósticos significarem mais pessoas se tratando, há motivos para comemorar. "É uma ótima notícia. Tratar saúde mental é contribuir com menos sofrimento para os pacientes."

Análise foi feita durante o Seminário Saúde Suplementar, promovido pela Folha. Além do psiquiatra, participaram Ricardo Salem Ribeiro, diretor médico da operadora Care Plus, e Tereza Villas Boas Veloso, diretora técnica médica da SulAmérica. A mediação foi feita por Cláudia Collucci, repórter especial e colunista da Folha.

Na SulAmérica, houve um crescimento de 180% em consultas psiquiátricas e de 80% no número de terapias em 2018 em comparação ao ano anterior. Por isso, a operadora lançou, em outubro, um programa voltado para a saúde mental. Em 42 dias, mais de mil beneficiários procuraram atendimento e, segundo Tereza Veloso, 11 suicídios foram evitados.

A Care Plus também desenvolveu um programa especial com o objetivo de cuidar da saúde mental. Para Ricardo Ribeiro, ainda há tabus a serem vencidos. "O empregado tem receio de compartilhar problemas dessa natureza com o chefe ou com o RH", disse.

Por isso, a primeira fase do programa é a sensibilização, em que gestores são treinados para receber queixas com uma postura de acolhimento, não de repressão. Depois, disponibiliza-se atendimento por telefone, 24 horas, com psicólogos. O primeiro contato pode ser anônimo.

A Care Plus e a SulAmérica não impõem restrições aos tratamentos de saúde mental. No caso da psicoterapia, por exemplo, a maioria das seguradoras tem um limite de 18 sessões por ano de contrato, a cobertura mínima obrigatória exigida pela ANS.

Gattaz também abordou a importância da discussão em âmbito profissional. Para ele, as empresas que optam por investir na saúde mental dos funcionários têm retorno imediato em produtividade.

"Quem tem depressão não falta, mas no local de trabalho não consegue produzir nem se concentrar", explica o professor.

De acordo com a previsão da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão será a doença mais incapacitan-

O que é desejável no plano de saúde ideal

Estimulada e única, em %

● Extremamente desejável
● Muito desejável
● Mais ou menos desejável

● Pouco desejável
● Nada desejável
● Não sabe

Média

Seja transparente nas informações como reajuste, carências e coberturas	72	19	4,6
Tenha psicólogos, psiquiatras e todo atendimento de saúde mental	68	24	4,5
Tenha reajustes mais baixos	67	22	4,5
Médico exclusivo com seu histórico clínico de exames e consultas	63	29	4,5
Tenha proximidade entre cliente e o plano de saúde	56	31	4,4
Tenha todos os serviços de forma digital como site ou aplicativo	52	31	4,3
Tenha um custo menor onde eu possa escolher as especialidades	50	31	4,2

MÉDIA GERAL (12 itens):

4,2





Séries médicas na TV exageram nas mortes e ressuscitações, dizem estudos

Ficção, porém, pode ajudar na formação de novos profissionais, nem que seja como mau exemplo

Gabriel Alves

SÃO PAULO A medicina representada em séries de TV como "Dr. House", "Plantão Médico", "Grey's Anatomy" e "The Good Doctor" pode ser útil, dizem artigos científicos —nem que seja como mau exemplo.

Uma pesquisa publicada na revista *New England Journal of Medicine*, em 1996, já estava preocupada com o impacto causado por séries de TV. No artigo, os autores analisaram 60 casos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e compararam as percepções com o "Plantão Médico" (no ar havia dois anos) e "Emergência 911" (que estreou em 1989).

A taxa de sobrevivência observada na ficção era muito maior do que a da literatura médica. No curto prazo, 75% das pessoas sobreviviam na ficção, contra 40% na realidade. A longo prazo, a diferença se mantinha: 67% contra 30%.

"Reconhecemos que esse tipo de drama produz um bom programa de TV, o que é evidenciado pela grande audiência. No entanto, esses casos excepcionais podem fazer as pessoas menos prezarem conselhos de médicos e passaram a esperar que um milagre aconteça com elas também", escrevem os autores, de instituições como a Universidade Duke e a Universidade de Chicago. "Mostrar esses milagres como eventos relativamente comuns pode minar a confiança nos médicos e nas evidências científicas."

Essas séries tendem a mostrar dois tipos de resultados: morte ou recuperação completa. Fica de fora uma boa fração que é a de pessoas com sequelas ou que precisam de acompanhamento permanente por profissionais de saúde.

"Durante as discussões sobre o uso da RCP, devemos perguntar sobre as percepções de sobrevivência de nossos pacientes, abordar especificamente as imagens da RCP na televisão e apresentar dados quantitativos sobre possíveis resultados para nossos pacientes, quando apropriado. Com esses esforços, médicos, pacientes e famílias pode-



O ator Freddie Highmore na pele do cirurgião com autismo em 'The Good Doctor'
O George Clooney, Eric La Salle, Julianna Margulies, Noah Wyle e Sherry Stringfield, equipe do 1º ano de 'Plantão Médico'
Hugh Laurie, eterno doutor House
O time de 'Grey's Anatomy', série ambientada em um hospital de Seattle (EUA)

Fotos: Divulgação

rão tomar decisões mais bem informadas sobre esses problemas difíceis", concluem os autores.

Outro estudo sobre séries médicas foi publicado em 2018 no *British Medical Journal* (ou *BMI*), que analisou os pacientes de "Grey's Anatomy" que passaram por traumas físicos.

Se nas ressuscitações de "Plantão Médico" as pessoas morriam pouco, o contrário ocorre no fictício hospital Seattle Grace, onde se desenrola a rocambolesca trama de "Grey's Anatomy".

Pesquisadores do Hospital e Centro Médico St. Joseph, no Arizona, compararam 290 pacientes da série com 4.812 pacientes do Banco de Dados Nacional de Trauma dos EUA. Na ficção, a mortalidade é de 22%, contra 7% da vida real.

Há ainda outros deslizes da trama: os pacientes da série tendem a ir direto do pronto-socorro para o centro cirúrgico (71% na série contra 25% na realidade) e poucas pessoas são encaminhadas para tratamentos de longa duração, como fisioterapia e terapia ocupacional (6% versus 22%).

Por fim, os pacientes gravemente feridos da série iam para casa em menos de uma semana em 50% dos casos, o que só ocorre em 20% dos casos reais.

"As expectativas do paciente após ser ferido podem ser distorcidas por essa retratação irrealista das lesões na ficção", escrevem os autores, que também reconhecem que muito pouco se sabe sobre o efeito das séries médicas de TV no mundo real.

Mas nem tudo são más notícias. Um grupo da Universidade de Marburgo, na Alemanha, resolveu criar um curso optativo para alunos de medicina para demonstrar exemplos —bons e maus— encenados na série "Dr. House" (2004-2012). Eles relataram a experiência na revista *Plos One* em 2018.

Entre os maus exemplos estão a forma grosseira com a qual o protagonista Gregory House trata sua equipe e os pacientes. Já do lado bom estão as surpreendentes capacidades diagnósticas do médico, que consegue detectar condições muito raras com relativa facilidade — e sua habilidade de tratar o doente.

Entre os 213 alunos que responderam a um questionário, 70% disseram que é possível aprender muito com o drama ainda que o conteúdo seja pouco relevante para a atuação profissional.

Segundo os autores, uma das características de "Dr. House", também por causa da meticulosidade do protagonista, é o compromisso de trazer informações médico-científicas corretas. "Claro que o principal objetivo dessas séries é entreter, e nem sempre delas representam completamente a prática médica. Contudo, essas mesmas características podem tornar a transmissão de conhecimento mais atrativa."

Pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de Alberta, no Canadá, chegaram a criar uma espécie de guia para quem quer usar as séries médicas no ensino, no qual avaliaram sete séries. A publicação está na revista especializada *Medical Teacher*.

Segundo eles, "Plantão Médico" ajuda a entender como se dá o sistema de mentoria, no qual o médico mais experiente é o responsável na formação dos mais novos, e as relações profissionais. "Grey's Anatomy" mostra bem como funciona um hospital, além de conflitos éticos, e "Dr. House" seria útil para discutir profissionalismo e a importância das habilidades de comunicação, baseando-se no mau exemplo do médico protagonista.