



INTEGRAÇÃO VERTICAL EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO: ESTUDO DE CASO ÚNICO EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA DE UMA OPERADORA DE SAÚDE

Vertical integration in health as a management strategy: a single case study in an oncology service of a health operator

Josevane Aparecida Barbosa¹, Antônio Pires Barbosa²

^{1,2}Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde (PMPA-GSS) - Universidade Nove de Julho (UNINOVE).

Resumo

A fragmentação da rede e a falta de comunicação dos serviços de saúde levam usuários a uma peregrinação por atendimento de saúde. Pacientes oncológicos, talvez sejam os que mais dependem de um cuidado holístico e de uma rede interligada. Este estudo analisa a reestruturação de rede de uma operadora de saúde suplementar, que vem implementando estrutura vertical no serviço oncológico de saúde. Compara os gastos no tratamento de câncer de próstata e de mama na rede de prestadores e no serviço próprio e compreende a percepção e os desafios dos gestores envolvidos na implantação da estrutura vertical de saúde. Foram adotadas as abordagens - qualitativa e quantitativa - e o método, um estudo de caso único. Para a avaliação dos dados e compilação dos resultados foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados obtidos demonstram que a infusão de quimioterápicos em serviço próprio para tratamento de câncer de mama e próstata pode ser 17% e 7% respectivamente mais barato que o mesmo serviço oferecido em rede terceirizada, e que a implantação da estrutura vertical em saúde proporciona uma maior integração entre os profissionais envolvidos, maior responsabilidade assistencial e propicia a troca de conhecimentos, o que fortalece o serviço prestado. **Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Verticalização de Serviços de Saúde; Custos em Saúde; Oncologia; Estrutura Vertical.

Abstract

The network fragmentation and the lack of health services user communication lead to a pilgrimage for health care. Cancer patients, perhaps, are more dependent on holistic care and an interconnected network. This study analyzes the network region of a supplementary health operator, which has been implementing a vertical structure in the oncology health service. It compares the expenses for the treatment of prostate and breast cancer in the network of providers and in the service itself, and understands the perception and challenges of the managers in the implementation of the vertical health structure. Approaches were adopted - qualitative and quantitative - and the method, one study of case for data evaluation and compilation of the results obtained from a content analysis. The results obtained showed that the infusion of chemotherapeutic drugs in a dedicated service for breast and prostate cancer treatment of can be 17% and 7%, respectively cheaper than the same service offered in a third-party network, and that an implementation of the vertical structure in health offers greater integration between involved professionals, greater responsibility for care, and promotes the exchange of knowledge, which strengthens the service provided.

Keywords: Health Management; Verticalization of Health Services; Health Costs; Oncology; Vertical Structure.



Introdução

A manutenção e a promoção da saúde de uma população são temas amplamente discutidos pela sociedade, e, por mais diferenciado que sejam os aspectos de saúde e a formalização da atenção prestada, o objetivo de restaurar, proteger e promover a saúde é unânime em todas as nações (Júnior & Messias, 2016).

A saúde do Brasil tem por característica a regulação pelo Estado, pela prestação de serviço, financiamento da provisão de serviços e regulação do mercado de saúde, estabelecendo normas, preços e padrões a serem seguidos (França, 2014).

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

De acordo com Mendes (2013), os gastos públicos em saúde não eram suficientes para garantir a consolidação do SUS, como direito de todos e dever do Estado. Tal situação acarretou no fracionamento do sistema de saúde brasileiro, que pôde implicar num sistema à saúde para as classes mais pobres, com o setor privado atendendo as classes médias e ricas.

No Brasil, mais de 47 milhões de pessoas possuem um plano privado de saúde por cobertura assistencial (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2018). Em 2008 eram 1.135 operadoras com beneficiários em atuação, 10 anos depois, esse número reduziu 33,12%, já que em dezembro de 2018 apenas 759 operadoras com beneficiários permaneciam no mercado (ANS, 2018).

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

Outro dado relevante demonstrado pela ANS (2018), é o aumento dos custos em saúde, que pode se relacionar ao avanço tecnológico em saúde e ao acesso dos usuários a essas novas tecnologias/tratamentos. Em 2007, as despesas assistenciais eram de R\$ 40.905.609.873 após mais de 10 anos observou-se um aumento aproximado de 364% nos gastos assistenciais em saúde, já que em 2017 foram gastos R\$ 149.053.540.125 (ANS, 2018).

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

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

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



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

Método

A instituição objeto dessa pesquisa caracteriza-se por ser uma operadora de saúde criada em 1971, integrante ao maior sistema cooperativista de saúde do país e do mundo, com alcance de 84% do território nacional e participação superior a 30% do mercado brasileiro de planos de saúde. Trata-se de um estudo de caso único, cuja abordagem de pesquisa adotada foi a qualitativa e quantitativa, de natureza exploratória e descritiva.

No mês de julho de 2018 foi realizada uma entrevista com os responsáveis da instituição pelo processo de implantação da verticalização do serviço de oncologia. Na entrevista foi observada a percepção sobre os desafios, melhorias e conflitos encontrados com as mudanças geradas pelo novo modelo de atendimento, por meio de um roteiro de questões pré-estabelecidas, baseadas em pressupostos teóricos. Foi utilizado o seguinte construto para a elaboração das questões:

1 - A implantação do primeiro serviço próprio é um processo delicado, dificultoso que pode encontrar resistência. A estrutura vertical não é uma unanimidade, alguns duvidam do seu sucesso prático, já que podem ocorrer alterações profundas que refletem no sistema de saúde. (Santana & Costa, 2008). Quais foram os principais conflitos, impasses enfrentados entre os gestores quando se pensou em implementar a estrutura vertical?

2 - A reformulação da rede de serviços pode melhorar o atendimento aos beneficiários e otimizar os custos em saúde. De acordo com Santana & Costa (2008), a integração vertical de cuidados atinge dimensões funcionais relacionadas com as atividades clínicas, de informação e financeira. Quais são os objetivos pretendidos com a verticalização do serviço, em termos econômicos e de qualidade assistencial?

3 - Num serviço com estrutura vertical, o acompanhamento e condução do estado de saúde do paciente são holísticos. Na estrutura vertical, o processo de produção de saúde, o paciente – ou seu estado de saúde – é o produto intermediário transferido de um estágio para outro, a fim de chegar ao produto final desejado, a melhora no estado de saúde do paciente (Velo & Malik, 2010). Como são conduzidos os casos de saúde que necessitam de intervenção profissional multidisciplinar em diversos níveis de atenção?

4 - A interligação de rede aumenta a satisfação do usuário. Para Montosa da Fonseca, Rivero de Gutiérrez, & Piva Adami (2006), a satisfação manifestada por pacientes está relacionada primordialmente com a acessibilidade organizacional, o ambiente acolhedor e o processo assistencial. Quais serviços estão interligados e preparados para receberem os pacientes que são atendidos no serviço próprio?

5 - No serviço próprio é possível oferecer um serviço diferenciado, com foco nas necessidades individuais. De acordo com Santana & Costa (2008), um sistema integrado trabalha em processo contínuo mais centrado nas necessidades dos consumidores (suas doenças) do que nos prestadores (nas especialidades e serviços de saúde). De que forma são avaliados os pacientes e como é traçado o plano de tratamento?



6 - A condução do paciente em rede interligada, com maior proximidade ao profissional de saúde melhora a adesão ao tratamento. Para Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda (2008), a burocracia, deficiência organizacional, rotatividade de profissionais, comunicação inadequada e insuficiente do profissional, falta de confiança do paciente no profissional geram a não adesão ao tratamento. Quais as estratégias utilizadas para que os pacientes tenham completa adesão ao tratamento?

7 - O serviço pode criar seus protocolos de atuação clínica e assistencial, baseado em *guidelines*, que preconizam boas práticas em saúde. De acordo com Santana & Costa (2008), qualidade assistencial sugere uma organização voltada para os problemas de saúde, tentando evitá-los e resolvê-los de uma forma coordenada, utilizando protocolos e *guidelines* de atuação técnica, voltada à redução do risco de má prática clínica. Descreva as intervenções percebidas durante a implantação da estrutura vertical e de que forma essas intervenções refletiram na sua atuação profissional.

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

Para a avaliação dos dados e compilação dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Uma avaliação quantitativa também foi realizada, como complemento a análise qualitativa. Foi levantando o número de solicitações de quimioterapia, advindas de prestadores da capital Paulista no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, sendo essas solicitações para tratamento de câncer de mama e próstata na fase de neo-adjuvância, adjuvância e palição.

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

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

De acordo com a separação por CIDs, verificou-se a doença com o maior número de casos no período e a faixa etária dos pacientes em tratamento. Diante do número total de casos, as solicitações foram precificadas uma única vez, não foi levada em consideração a repetição dos ciclos e/ou o tempo de tratamento.

O valor atribuído ao protocolo solicitado foi de acordo com a revista Brasíndice 8.5 e após o cálculo do custo de cada protocolo, este foi comparado com tabela de medicações negociada a ser utilizada no serviço próprio. Os valores encontrados (rede de prestadores e serviço próprio) foram analisados do ponto de vista financeiro.

Tratamento oncológico

O câncer (CA) é um conjunto de doença composto por mais de 100 tipos, cuja característica principal é o crescimento irregular de células que invadem tecidos e órgãos (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2018)



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

O CA de mama feminino é a doença maligna de maior incidência no Brasil, sendo o segundo tipo de CA com maior frequência no mundo e a primeira causa de morte entre mulheres (Machado & Okino Sawada, 2008).

Já em homens, segundo Mottet, N., Bellmunt, J., Bolla, M., Briers, E., Cumberbatch, M. G., De Santis, M., Joniau, S. (2017), o CA de próstata é o câncer mais frequente entre os homens na Europa, sendo que a idade avançada, a origem negra e o histórico prévio familiar de CA de próstata são fatores de risco para o aparecimento da doença.

Por definição: Tratamento adjuvante (quimioterapia ou hormonioterapia adjuvantes) é uma terapêutica antineoplásico sistêmica, empregada logo após o primeiro tratamento, cirurgia ou radioterapia. Já a quimioterapia neoadjuvante tem por finalidade a redução do tamanho tumoral antes da cirurgia ou radioterapia (Abreu & Koifman, 2002). De acordo com o INCA (2018), no tratamento paliativo não há mais esperança de cura da doença, no entanto isso não descarta a necessidade de cirurgia, quimioterapia e radioterapia para o manejo de sintomas de difícil controle, a finalidade é melhor qualidade de vida do paciente e seus familiares.

Incorporação de novas drogas e o valor agregado

A descoberta de novas drogas não tem sido tarefa fácil, uma vez que os gastos com pesquisa e desenvolvimento (P&D) são cada vez maiores. A maior parte da elevação nos custos com P&D pode ser conferida à extensão do tempo para o desenvolvimento dos medicamentos (uma média de 10 a 15 anos) (Gava, Bermudez, Pepe, & Reis 2010).

Nesse sentido, Kaitin & DiMasi (2011), apontaram que as drogas que levam maior tempo para serem desenvolvidas, são aquelas para tratamento de patologia do sistema nervoso central (SNC) e drogas antineoplásicas, drogas consideradas com médio tempo de desenvolvimento (8,1 e 6,9 anos respectivamente).

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

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

Para Aquino e Piscopo (2015), o fornecimento de medicamentos a usuários do SUS por vezes ocorre de maneira atrasada, logo que estes precisam estar inclusos na lista de medicamentos de dispensação excepcional, e, no entanto, a inclusão depende dos preceitos de diagnóstico, indicação e terapêutica, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas de tratamento, monitoramento e demais



parâmetros contidos nos Protocolos de Clínicas e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

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

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

A diferença dos dois sistemas de saúde (público e privado) é facilmente vista pela incorporação da droga Trastuzumab para o tratamento de CA de mama metastático. No SUS, o CONITEC só aprovou sua utilização em 2017, e até então, a Trastuzumab só era utilizada para tratamento de CA de mama em estágio inicial (CONITEC, 2017). Já no sistema privado, a mesma droga já é utilizada por mais de 15 anos, e além de tratar CA de mama metastático, também pode ser indicada para tratamento de CA de mama em fase inicial, consoante à indicação de bula publicada no site da ANVISA (ANVISA, 2018).

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

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

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

Nota. Fonte: Elaborado pelo autor.

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



Uma vez que tanto a ANVISA como a CONITEC são organizações do governo federal e ambas levam em consideração na avaliação à eficácia, acurácia, efetividade e a segurança, há que se considerar que somente a CONITEC utiliza como critério de incorporação a mensuração econômica contraposta aos benefícios e aos custos em relação às tecnologias disponíveis (Gava *et al.*, 2010, CONITEC, 2018).

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

A estrutura vertical em saúde

Os sistemas de saúde no Brasil (público e privado) são compostos por três níveis principais de saúde: o nível primário que se refere à promoção e à prevenção em saúde, o nível secundário que consiste em atendimento mais especializado e o nível terciário que comporta a alta complexidade em saúde.

Nos dois tipos de sistemas, a busca por serviços secundários de saúde é maior quando se comparado ao nível primário de prevenção à saúde. Nesse sentido, Cecilio (1997), apontou que as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível, ou seja, a principal porta de entrada de pacientes é por meio de hospitais, prontos-socorros, serviços de urgência e emergência, compondo um cenário no qual o número de atendimentos em hospitais seja muito maior que o número de atendimentos realizados em unidades de atendimento básico.

Tal situação pode ser justificado pela fragmentação dos três setores de saúde e a frágil integração desses, resultando assim, em ineficiência, falta de qualidade, duplicação de procedimentos e de custos, decorrendo no desperdício dos recursos e causando prejuízos à população que busca por atenção em saúde (Santana & Costa, 2008).

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

Tabela 2: Fragmentação dos setores de saúde e suas consequências

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

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

Em decorrência da fragmentação e aumento dos custos em saúde, nota-se uma grande movimentação de alguns países na busca por modelos de saúde mais resolutivos e econômicos, e em



consequência, Santana & Costa (2008) propuseram que a integração de cuidados e serviços de saúde pode promover uma melhor resposta ao doente e ao sistema organizacional de saúde. No entanto, a integração do cuidado se configura um verdadeiro desafio aos sistemas de saúde do mundo todo (Santana & Costa, 2008).

De acordo com Veloso & Malik (2010), desde os anos 90, os Estados Unidos iniciaram essa tendência de integração dos serviços em saúde, e aqui no Brasil, a cadeia de integração começou a ser relatada em 2006.

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

Outro aspecto importante da integração efetiva é a sustentabilidade econômica e financeira de um sistema de saúde. Na integração vertical, o enfoque está no que o doente precisa para ser tratado e não nos recursos disponíveis para tratar um doente, assim, o olhar está na produção de bens e serviços para o doente, por que ele existe e não para a doença (Santana & Costa, 2008).

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

Resultados

Análise das solicitações quimioterápicas e análise quantitativa

Na etapa de levantamento de solicitações de quimioterapia para tratamento de CA de mama e próstata no período de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, foram extraídas 181 solicitações (100%), sendo 138 solicitações (76%) para o tratamento de CA de mama e 43 para o tratamento de CA de próstata (24%). Essas solicitações foram divididas em tratamento neoadjuvante, adjuvante e paliativo.

As solicitações para tratamento paliativo para o CA de próstata representam 74% do total de solicitações, já as solicitações de tratamento adjuvante e neoadjuvante correspondem a 26% e 0% respectivamente. Nas solicitações de tratamento para o CA de mama, observa-se uma distribuição mais equilibrada entre as modalidades de tratamento adjuvante, uma vez que foram 50% das solicitações para tratamento adjuvante e 47% para tratamento paliativo, o tratamento neoadjuvante representa 3% das solicitações avaliadas.

Em relação à distribuição das solicitações estudadas para os tratamentos de CA de próstata e de mama, de acordo com a faixa etária do paciente, os achados percentuais se apresentam na figura 1.

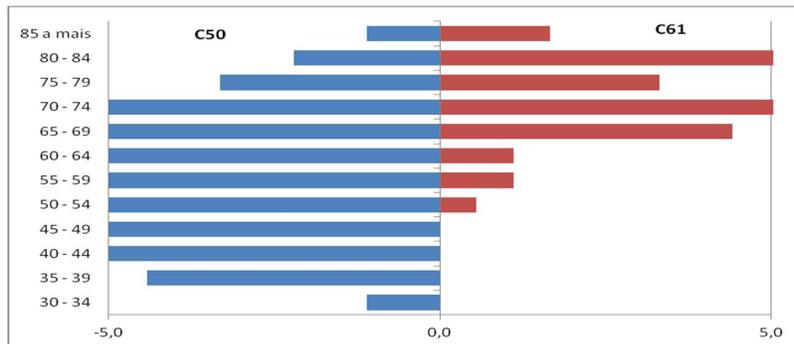


Figura 1: Distribuição de solicitações de quimioterapia para câncer de mama e próstata, por faixa etária.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na figura 1 se evidencia que os pacientes com CA de próstata que utilizam os serviços contratados pela operadora, estão na sua maioria com idade entre 65 a 84 anos. De acordo com Mottet et al. (2017) e o INCA (2018), os fatores de risco para o surgimento de CA de próstata incluem a idade avançada (> 50 anos), histórico familiar, etnia (afrodescendentes) e obesidade.

Em relação aos casos de CA de mama levantados, observa-se grande incidência de casos, com distribuição quase que homogênea dos casos entre 40 e 79 anos. Embora o Câncer de mama possua alta incidência, como demonstrado, a relação de letalidade é pequena, uma vez que a taxa de mortalidade é menor que um terço da taxa de incidência. Alguns fatores que se relacionam ao surgimento do CA de mama são: primeira menstruação precoce (> 12 anos), a mulher nunca ter engravidado, ou gravidez após os 30 anos, sedentarismo, obesidade e pré-disposição genética (INCA, 2018).

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

Tabela 3: Valorização do tratamento para câncer de próstata, de acordo com a modalidade do tratamento, prestadores vs. rede própria.

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

Nota: Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com os valores encontrados, observa-se uma economia significativa entre o valor do tratamento na rede de prestadores e na rede própria, uma vez que o tratamento para o CA de próstata na rede própria pode ser 7% mais barato que na rede contratada. Outro dado relevante, que é o tratamento do CA de próstata na fase de adjuvância tem valor menor quando se comparado ao valor



gasto quando a doença se torna incurável. No tratamento paliativo, o valor gasto com quimioterapia pode aumentar até 67%, em relação ao valor gasto em adjuvância.

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

Na tabela 4, se demonstra os resultados econômicos encontrados na comparação das solicitações de quimioterapia para tratamento de CA de mama da rede de prestadores como o valor pago em rede própria.

Tabela 4: Valorização do tratamento para câncer de mama, de acordo com a modalidade do tratamento, prestadores vs. rede própria.

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

Nota: Fonte: Elaborado pelo autor.

Quando se comparado o tratamento para CA de mama em rede própria e em rede terceirizada, nota-se que o custo em serviço próprio pode ser 17% mais barato que na rede terceirizada. Na fase de adjuvância a economia é ainda maior, uma vez na rede credenciada, o gasto com 69 pacientes em tratamento adjuvante para CA de mama pode custar R\$ 309.072,48 reais, já na rede própria, para a mesma fase de tratamento, esse custo cai para R\$ 235.158,12 reais, ou seja, na rede própria, o custo para o tratamento adjuvante de CA de mama de 69 pacientes pode ser 31% mais barato que na rede terceirizada.

Quando se observou o custo com o tratamento da doença em estágio avançado, notou-se que o valor pode ser o dobro, 50% a mais do valor gasto em fase de adjuvância, fase que há possibilidade de cura. O gasto estimado para operadora, para tratamento de 138 pacientes na fase de adjuvância é de R\$ 3.408,09 reais *per capita* (um único ciclo), no entanto, quando a doença está em estágio avançado, sem possibilidade de cura, o gasto por paciente é de R\$ 6.858,39 reais.

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

Análise qualitativa

Os dados obtidos durante as entrevistas, foram agrupados por semelhança dos pressupostos e referenciais teóricos e categorizados para a realização da análise, com isso foram criadas três categorias conforme itens a seguir.



Concepção de implantação da estrutura vertical em saúde

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

“A mudança de cultura organizacional, visibilidade e resistência do mercado, necessidade de investimento econômico.”

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

“Quando não é possível sanar toda a necessidade do paciente no serviço, esse é direcionado para um serviço referenciado, já com consulta agendada. O paciente segue monitorado pela equipe e é auxiliado no que precisar.”

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

Concepção de melhoria de resultados

Relativo aos itens 2 e 6, é possível no serviço próprio oferecer um atendimento de maior qualidade com otimização dos recursos, aumentando assim, a satisfação do paciente, uma vez que a eficiência do serviço se reflete na satisfação e adesão do paciente ao tratamento. Para o EN2:

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

Na sua opinião, quais as estratégias utilizadas para que os pacientes tenham completa adesão ao tratamento? De acordo com o EN3:

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

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

No serviço próprio é possível oferecer um atendimento humanizado, holístico e seguro ao paciente, já que o foco é o paciente e não a doença, nesse sentido, respeita-se as necessidades individuais de cada paciente, o atendimento é feito por equipe multiprofissional integrada e comprometida na busca por resultados e na satisfação do assistido.

Concepção de envolvimento

Na avaliação dos itens 3, 5 e 7, os profissionais que atuam no serviço próprio participam da gestão do paciente de forma multiprofissional e as decisões são tomadas em conjunto. Nesse sentido, o EN5 apontou que:

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

Ainda de acordo com o EN5:

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



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

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

Discussão

A integração dos serviços de saúde surgiu como uma opção para redução dos custos em saúde, sustentabilidade das operadoras no mercado e diminuição da fragmentação dos serviços em saúde (Tisott, Prantz, Malafaia, Tondolo, & Borelli, 2016). Na estrutura vertical, o gerenciamento de custos e riscos é feito de maneira mais fácil, uma vez que é possível investir e delinear programas de prevenção à doença e promoção à saúde voltada para um público bem definido (Alves, 2008).

Os resultados desse estudo demonstram que a média de custo para o tratamento de 43 pacientes com CA de próstata na rede terceirizada foi de R\$ 2.787,44 reais, ao passo que em rede própria, o mesmo tratamento para os mesmos pacientes sairia em média R\$ 2.600,67 reais, ou seja, a economia presumida para o tratamento de 43 pacientes com CA de próstata na rede própria é de R\$ 186,77 reais por paciente, ou seja, 7% a menos que o valor pago na rede terceirizada. Traçando a mediana, a economia per capita seria R\$ 292,29 reais, o que equivale a 9%.

Em relação ao tratamento para CA de mama, a média de custo para o tratamento de 138 pacientes na rede terceirizada é de R\$ 6.134,30 reais, já no serviço próprio, o mesmo tratamento, para o mesmo número de pacientes sairia 5.119,12 reais, nesse sentido, a economia calculada seria de 17%, isto é, a cada paciente tratando em rede própria se economiza o equivalente a R\$ 1.015,17 reais. Traçando a mediana, a economia por paciente seria R\$ 1.340,04 reais, o equivalente a 22%.

De acordo com Tisott *et al.* (2016), a integração vertical surgiu com o objetivo de colaborar e controlar o número e os preços dos procedimentos e produtos utilizados na prestação de serviços, diminuindo assim o custo da operação. Nesse sentido Ramos (2011), sugeriu que a verticalização aumenta o poder de negociação em função de menor dependência do mercado, possibilita o controle de incorporações de novas tecnologias, reduz as incertezas ligadas à evolução futura dos custos médicos e possibilita maior planejamento em longo prazo.

Neste estudo foi encontrado um número maior de casos de CA de mama (138), visto que, 24% dos casos levantados são representados pelo CA de próstata (43 casos) e 76% se relacionam a solicitações para tratamento do CA de mama. Nesse sentido, supõe-se que a ocorrência de maior volume de solicitações de tratamento para CA de mama, está vinculada à taxa de incidência, uma vez que, de acordo com o INCA (2018), o CA de mama é o segundo tipo de câncer de maior incidência no mundo.

Com relação à prevalência do tipo de tratamento em relação ao CA de próstata, observa-se o maior volume de casos em tratamento paliativo (32 casos), situação que pode estar relacionada com a evolução lenta da doença e o baixo índice de mortalidade em decorrência da doença. De acordo com o INCA (2017), o CA de próstata cresce de forma lenta e não chega a dar sinais durante a vida e nem ameaça à saúde do homem.



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

Na Figura 1, demonstrou-se a separação dos pacientes por faixa etária, como visto as solicitações para o tratamento de CA de próstata iniciam-se em pacientes com idade acima de 50 anos e que o maior volume está entre as faixas etárias de 65 a 69 e de 70 a 74 anos, o que de acordo com o INCA (2018), é previsível, uma vez que o CA de próstata é considerado um câncer de terceira idade, e cerca de três quartos dos casos no mundo acontecem a partir de 65 anos.

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

Nota-se que os pacientes assistidos pela operadora no tratamento de CA de próstata e mama, mantêm os padrões descritos pela literatura, uma vez que das solicitações extraídas, não foi encontrado nenhum paciente com CA de próstata com idade inferior a 50 anos e nos casos de pacientes com CA de mama com menos de 35 anos, foram encontrados 2 casos de um total de 138 levantados, confirmando que o CA de mama em pacientes com idade inferior a 35 anos se apresenta ainda de forma exígua.

Em resposta a percepção e desafios enfrentados pelos gestores com a implantação da estrutura vertical, foram relatados de que a mudança de cultura organizacional foi um dos maiores desafios encontrados à implantação, seguido da demora e burocracia ligado ao processo de verticalização. Nesse sentido, Tisott *et al.* (2016), completa que a verticalização é um processo longo, dispendioso e de alta complexidade, que exige esforços conjuntos de todos os funcionários da organização.

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

Para Tisott *et al.* (2016), a integração vertical além de minimizar a fragmentação dos serviços assistenciais, melhora o acesso dos pacientes aos serviços, aprimora a eficiência do serviço, previne a duplicação de infraestrutura e serviços, reduz os custos e o mais importante, proporciona uma resposta mais rápida e efetiva às necessidades e expectativas do paciente.

O maior anseio exposto pelos entrevistados (equipe técnica), que atuam diretamente com os pacientes, foi à questão da interferência direta da gestão sobre a conduta médica, no entanto, esses profissionais acreditam que a estrutura vertical é uma ótima ferramenta para gestão em saúde, desde que, a autonomia profissional seja respeitada. Nesse sentido Souza & Salvalaio (2010), apontaram que a economia de custos deve advir de reais eficiências na prestação de serviços, e não da restrição de tratamentos ou da redução da sua qualidade.

Identificou-se que verticalizar um serviço oncológico pode trazer vantagens econômicas à operadora, além de possibilitar maior gestão sobre seus pacientes e recursos, e, não são só ganhos econômicos que a verticalização pode trazer à gestão; de acordo com os gestores entrevistados, a



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

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

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

Conclusões

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

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

É necessário, contudo, expandir o estudo no que tange ao estudo do custo do tratamento de outras patologias oncológicas, ou até mesmo, outros processos da cadeia de serviços em saúde, como por exemplo, a satisfação e a percepção do paciente que é assistido em um serviço próprio.

Referências

- Aaker, D. A. (1998). *Marcas: brand equity: gerenciando o valor da marca*. Gulf Professional Publishing.
- Abbas, K., Lezana, Á. G. R., & Menezes, E. A. (2002). Apuração dos custos nas organizações hospitalares: o método ABC aplicado no serviço de processamento de roupas de um hospital. *Revista da FAE*, 5(2).
- Abreu, E., & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no CA da mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 113–31.
- Agência Nacional de Saúde (2017). *Caderno de Informações da Saúde Suplementar*. Recuperado em 01 de fevereiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf
- Agência Nacional de Saúde (2017). *Central de atendimento ao consumidor*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3851-ans-aprimora-central-de-atendimento-ao-consumidor-no-portal>



- Agência Nacional de Saúde (2018). *Dados e indicadores do setor*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>
- Agência Nacional de Saúde (2018). *Dados Gerais*. Recuperado em 07 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- Agência Nacional de Saúde (2018). *Histórico*. Recuperado em 07 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>.
- Agência Nacional de Saúde (2018). *Novo Rol de cobertura dos planos de saúde entra em vigor*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4279-novo-rol-de-cobertura-dos-planos-de-saude-entra-em-vigor>
- Agência Nacional de Saúde (2018). *O que o seu plano deve cobrir*. Recuperado em 08 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/component/content/article?id=750:central-de-atendimentooqueoseu-plano-deve>.
- Agência Nacional de Saúde (2015). *Resolução normativa – RN nº 389, de 26 de novembro de 2015*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNw==>.
- Agência Nacional de Saúde (2018). *Resolução normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017*. Recuperado em 01 de fevereiro de 2018, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==>
- Agência Nacional de Saúde (2018). *Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - 2018*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/2018/AnexoI_Rol-2018_Ok.pdf
- Agência Nacional de Saúde (2018). *Tabela TUISS*. Recuperado em 27 de janeiro de 2018, de http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/in/anexo_in34_dides.pdf
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2018). *Bulário eletrônico*. Recuperado em 20 de abril de 2018, de http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp
- Albuquerque, C., Piovesan, M. F., Santos, I. S., Martins, A. C. M., Fonseca, A. L., Sasson, D., & Simões, K. de A. (2008). A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência & saúde coletiva*, 13(5), 1421–1430.
- Albuquerque, G. M. D., Fleury, M. T. L., & Fleury, A. L. (2011). Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. *Produção*, 21(1).
- Alves, S. L. (2008). Eficiência das operadoras de planos de saúde. *Revista brasileira de risco e seguro*, Rio de Janeiro, 4(8), 87–112.
- Aquino, S., & Piscopo, M. R. (2016). Conflitos entre gestores públicos, Ministério Público e usuários na dispensação de medicamentos de alto custo: Judicialização do Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Revista ESPACIOS| Vol. 37 (Nº23) Año 2016*.
- Araújo, Â. A. D. S., & Silva, J. R. S. (2018). Análise de tendência da sinistralidade e impacto na diminuição do número de operadoras de saúde suplementar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2763-2770.
- Baptista, M. N., dos Santos, K. M., & Dias, R. R. (2017). Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com CA de mama. *Psicologia Argumento*, 24(44), 27–36.



- Barroso, L. R. (2009). Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em: < <http://www.tjmg.jus.br/portal/conhecimento-juridico/artigos-juridicos/detalhe-122.htm>>, 60(188), 29–60.
- Calais da Silva, F. (2005). Rastreo do cancro da próstata. *Acta urológica*, 11–13.
- Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 569–584.
- Castro, J. D. (2002). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 4(7), 122–135.
- Cecilio, L. C. de O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de saúde pública*, 13(3), 469–478.
- Ceschin, M. (2011). O impacto do novo rol de procedimentos. *Revista Debates GVsaúde*, (11), 7–10.
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (2017). *A Comissão*. Recuperado em 20 de abril de 2018, de <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (2017). *Relatório para sociedade*. Recuperado em 20 de abril de 2018, de http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Sociedade/ReSoc48_TRANSTUZUMABE_cancer_mama.pdf
- Costa, M. A. D. L., & Chagas, S. R. P. (2013). Quimioterapia neoadjuvante no câncer de mama operável: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 59(2), 261–269.
- Curigliano, G., & Criscitiello, C. (2017). Maximizing the clinical benefit of anthracyclines in addition to taxanes in the adjuvant treatment of early breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(23), 2600–2603.
- El Barouki, M. P. (2012). Rastreamento do câncer de próstata em homens acima de 50 anos através do exame diagnóstico de PSA. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, (2), 425–437.
- França, S. B. (2014). A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 49(3), 83–98.
- França, S. B. (2014). A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 49(3), 83–98.
- Fonseca, S. M. D., Gutiérrez, M. G. R. D., & Adami, N. P. (2006). Avaliação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Gadi, V. K., & Davidson, N. E. (2017). Practical approach to triple-negative breast cancer. *Journal of oncology practice*, 13(5), 293–300.
- Gandini, J. A. D., Barione, S. F., & Souza, A. E. de. (2008). A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. *Academia Brasileira de Direito*, 01–57.
- Gava, C. M., Bermudez, J. A. Z., Pepe, V. L. E., & Reis, A. L. A. dos. (2010). Novos medicamentos registrados no Brasil: podem ser considerados como avanço terapêutico? *16*(2), 3403–3412.
- Hortobagyi, G. N. (1998). Treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 339(14), 974–984.
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2018). *Estimativa 2018*. Recuperado em 07 de abril de 2018, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>



- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2013). *Rastreamento do Câncer de Próstata*. Recuperado em 22 de julho de 2018, de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2017). *Cartilha Câncer de Próstata: Vamos falar sobre isso?* Recuperado em 22 de julho de 2018, de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/cartilha_cancer_prostata_2017_final_WEB.pdf
- Instituto Nacional de Câncer – INCA (2016). *Cartilha Câncer de Mama: É Preciso Falar Disso*. Recuperado em 22 de julho de 2018, de http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Cartilha_cancer_de_mama_vamos_falar_sobre_issso2_016_web.pdf
- Johnson, J. R., Williams, G., & Pazdur, R. (2003). End points and United States Food and Drug Administration approval of oncology drugs. *Journal of clinical oncology*, 21(7), 1404–1411.
- Júnior, J. P. B., & Messias, K. L. M. de. (2016). Sistemas de Serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde Brasileiro. *Saúde. com*, 1(1). Recuperado de <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/20>
- Kaitin, K. I., & DiMasi, J. A. (2011). Pharmaceutical innovation in the 21st century: new drug approvals in the first decade, 2000–2009. *Clinical pharmacology & therapeutics*, 89(2), 183–188.
- Keating, N. L., O'malley, A. J., & Smith, M. R. (2006). Diabetes and cardiovascular disease during androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 24(27), 4448–4456.
- Kemp, C., Elias, S., Gebrim, L. H., Nazário, A. C. P., Baracat, E. C., & Lima, G. R. D. (2005). Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*.
- Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Recuperado em 20 de abril, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656compilado.htm
- Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 (2011). Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Recuperado em 20 de abril, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112401.htm
- Macera, A. P., & Saintive, M. B. (2004). O mercado de saúde suplementar no Brasil. *Documento de trabalho*, (31). Recuperado de http://seae.fazenda.gov.br/central-de-documentos/documentos-de-trabalho/documentos-de-trabalho-2004/DT_31.pdf
- Machado, S. M., & Okino Sawada, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 750–757.
- Malta, D. C., Cecílio, L. C. de O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. de O., Costa, M. A., & others. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*, 9(2), 433–44.
- Martins, G.A., & Theóphilo, C.R. (2009). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas*. São Paulo: Atlas.



- Medeiros, C. R. G., & Gerhardt, T. E. (2015). Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Em Debate*, 39, 160-170.
- Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, 27(78), 27-34.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *Hist Cienc Saude Manguinhos*, 21(1), 77-92.
- Moreira, M. R., Ribeiro, J. M., & Ouverney, A. M. (2017). Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1097-1108
- Mottet, N., Bellmunt, J., Bolla, M., Briers, E., Cumberbatch, M. G., De Santis, M., ... Joniau, S. (2017). EAU-ESTRO-SIOG guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *European urology*, 71(4), 618-629
- Novaretti, M. C. Z.; Cwiek, M. A.; Barbosa, A. P. (2017) Brazil. In: James A. Johnson; Carleen Stoskopf. (Org.). *Comparative Health Systems: A Global Perspective*. 2ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017, p. 115-135.. In: James Johnson; Carleen Stoskopf; Leiy Shi. (Org.). *Brazil*. In: James A. Johnson; Carleen Stoskopf. (Org.). *Comparative Health Systems: A Global Perspective*. 2ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017, p. 115-135.. 2ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2017, p. 149-167.
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico – OCDE* (2018). Purchasing power parities (PPP). Recuperado em 10/06/2018 de <https://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm>
- Paim, J. S. (2008). Modelos de atenção à saúde no Brasil. Giovanela L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, C
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2012). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, 6736(11), 60054-8.
- Pepe, V. L. E., & Schramm, F. R. (2010). 77 Judicialização da saúde, acesso à. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 77-100.
- Pessoto, U. C., Heimann, L. S., Boaretto, R. C., Castro, I. E. do N., Kayano, J., Ibanhes, L. C., Luiz, Olinda do Carmo. (2007). Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*, 12(2), 351-62.
- Pietrobon, L., Prado, M. L. do, & Caetano, J. C. (2008). Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis (Rio J.)*, 767-783.
- Piscopo, M. R., Aquino, S., & Novaretti, M. C. Z. (2013). Medicamentos Antineoplásicos e a ANVISA: O Caso Lenalidomida. *RAHIS*, 10(3).
- Portaria nº2.577 de outubro de 2006* (2006). Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Recuperado em 08 de abril, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2577_27_10_2006_comp.html
- Preta, H. L. C. (2003). Análise da política de reajuste para planos individuais e coletivos implementada pela ANS. *Documentos técnicos de apoio ao Fórum*, 1(0), 21-46.
- Ramos, I. (2011). Verticalização e auditoria. *Revista Debates GVsaúde*, (11), 22-26.
- Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. de S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. de. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2299-2306.



- Reis, C. O. O. (2014). O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 51(1), 124–147.
- Resolução Normativa – RN nº 428 de 07 de novembro de 2017 (2017). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Recuperado em 08 de abril, 2018, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg>
- Revista Brasindice (2018). Guia Farmacêutica versão 8.5. Recuperado em 08 de abril, 2018, de <http://www.brasindice.com.br/>
- Salvalaio, D., & de Souza, M. A. (2009). Custos na rede própria de operadora gaúcha de planos de saúde. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 3(5), 142–169.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceituais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29–56.
- Santos, D. L. dos, Leite, H. J. D., Rasella, D., & Silva, S. A. L. de S. (2014). Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*, 30(6), 1293–1304.
- Santos, J. L., Lima Pestana, A., Guerrero, P., Schlindwein Hörner Meirelles, B., & Lorenzini Erdmann, A. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 257–263.
- Santos, I. S., Ugá, M. A. D., & Porto, S. M. (2008). O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1431–1440.
- Sato, F. R. L. (2007). A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *RAP*, 41(1), 49–62.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2018). Cancer statistics, 2018. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(1), 7–30.
- Silva, S. F. D. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2753–2762.
- Silva, C. B., Albuquerque, V., & Leite, J. (2010). Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos. *Rev bras cancerol*, 56(2), 227–36.
- Souza, M. A. de, & Salvalaio, D. (2010). Rede própria ou rede credenciada: análise comparativa de custos em uma operadora brasileira de planos de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(4), 305–310.
- Tisott, P. B., Prantz, C., Malafaia, G. C., Tondolo, V. A. G., & Borelli, V. (2016). Integração Vertical nos Sistemas de Saúde Suplementar: O Caso de uma Operadora de Saúde na Modalidade de Autogestão. *Revista Gestão Industrial*, 12(1), 78–94.
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. de. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 599–613.
- Veloso, G. G., & Malik, A. M. (2010). Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. *RAE-eletrônica*, 9(1).



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