

## **A cadeia de valor da atenção primária do sistema suplementar: análise de um plano privado de saúde**

The primary care value chain of the supplementary system: an analysis of a private health plan

La cadena de valor de la atención primaria del sistema complementario: análisis de un plan de salud privado

Recebido: 17/06/2022 | Revisado: 24/06/2022 | Aceito: 25/06/2022 | Publicado: 06/07/2022

**Francini Carolini Martins Vendruscolo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8769-5324>

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

E-mail: [franyann@hotmail.com](mailto:franyann@hotmail.com)

**Darlan Christiano Kroth**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2664-857X>

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

E-mail: [dcktoth@uffs.edu.br](mailto:dcktoth@uffs.edu.br)

**Charles Albino Schultz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-8861>

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

E-mail: [charles.schultz@uffs.edu.br](mailto:charles.schultz@uffs.edu.br)

**Fabiano Geremia**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8263-5795>

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

E-mail: [fabiano.geremia@uffs.edu.br](mailto:fabiano.geremia@uffs.edu.br)

### **Resumo**

Este trabalho tem o objetivo de analisar a oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no setor de saúde suplementar. O método empregado foi a aplicação e elaboração da cadeia de valor (CV) de Porter, a partir de um estudo de caso em um plano de saúde privado da região Sul do Brasil. Foi possível evidenciar que os serviços de APS passaram a ter prioridade pela saúde suplementar, incluindo mecanismos de regulação e de incentivos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dado seu potencial de redução de custos. No entanto, para que a incorporação da APS no setor ocorra de forma sustentável, há necessidade de uma mudança cultural intensa, em virtude da forte tradição médica existente no setor. Mais especificamente, os principais resultados, foram: i) a APS pode agregar valor aos serviços da organização, desde que haja investimentos realizados nesta tecnologia; ii) a CV demonstrou-se um instrumento adequado para analisar a oferta de APS na saúde suplementar, podendo ser utilizada para traçar estratégias para as operadoras construírem sua vantagem competitiva; e, iii) para o plano APS analisado, a estratégia genérica a ser perseguida seria a do enfoque em diferenciação.

**Palavras-chave:** Cuidados primários; Vantagem competitiva; Gestão da saúde; Organizações de saúde.

### **Abstract**

This paper aims to analyze the supply of primary health care (PHC) services in the supplementary health sector. The method employed was the application and elaboration of the Porter value chain (VC), based on a case study in a private health plan from the southern region of Brazil. It was possible to show that PHC services started to prioritize the Brazilian supplementary health, including regulation and incentive mechanisms by the National Supplementary Health Agency (ANS), due to its cost reduction potential. However, for the incorporation of PHC in the sector to occur sustainably, there is a need for an intense cultural change due to the solid medical tradition, which emphasizes the hospital model. More specifically, the main results were: i) PHC can add value to cooperative services, provided that investments are made in this technology; ii) the VC proved to be an adequate instrument to analyze the supply of PHC in supplementary health and could be used to outline strategies for operators to build their competitive advantage; and, iii) for the PHC plan analyzed, the generic strategy to be pursued would be to focus on differentiation.

**Keywords:** Primary care; Competitive advantage; Health management; Health organizations.

### **Resumen**

Este trabajo tiene como objetivo analizar la oferta de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) en el sector de la salud complementaria. El método utilizado fue la aplicación y elaboración de la cadena de valor (CV) de Porter, a partir de un estudio de caso en un plan de salud privado de la región sur de Brasil. Fue posible evidenciar que los servicios de APS pasaron a priorizar la salud complementaria, incluyendo mecanismos de regulación e incentivos por

parte de la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), dado su potencial para reducir costos. Sin embargo, para que la incorporación de la APS en el sector se dé de manera sostenible, es necesario un cambio cultural intenso, debido a la fuerte tradición médica existente en el sector. Más específicamente, los principales resultados fueron: i) APS puede agregar valor a los servicios de la organização, siempre y cuando se realicen inversiones en esta tecnología; ii) la CV demostró ser un instrumento adecuado para analizar la oferta de APS en salud complementaria, y puede ser utilizada para delinear estrategias para que los operadores construyan su ventaja competitiva; y, iii) para el plan APS analizado, la estrategia genérica a seguir sería el enfoque de diferenciación.

**Palavras-clave:** Atención primaria; Ventaja competitiva; Gestión en salud; Organizaciones de salud.

## 1. Introdução

O setor de saúde suplementar, no Brasil, vem inaugurando uma mudança organizacional significativa na oferta de seus serviços, motivada pela tendência de aumento de custos dos cuidados em saúde (Batista, 2017). Se por um lado, a inflação médico hospitalar situa-se 3,4 vezes acima da inflação geral da economia do país, pressionada pelas constantes inovações nas áreas médica, hospitalar e de fármacos, por outro, tem-se o aumento da expectativa de vida da população, aliada com a transição demográfica e epidemiológica que o país convive, em que há maior prevalência de doenças crônicas e a procura por serviços de média e alta complexidade (Xu et al., 2011; Silva & Carneiro, 2018).

A pressão dos custos e a busca pela sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, resultaram na implementação e no investimento, pela saúde suplementar, da oferta de serviços com cuidados primários de saúde - daqui em diante, referido como atenção primária à saúde, ou apenas APS (Vieira & Batista, 2019). A implementação de um pacote de serviços de cuidados primários no setor privado, advém das diversas evidências que apontam que a APS é o modelo mais eficiente para geração de resultados de saúde (Fortin et al., 2013; Lorenzoni et al., 2018). Desta forma, procura-se reorientar o modelo no setor privado, tornando a APS a porta de entrada dos serviços de saúde, permitindo um maior gerenciamento da saúde dos pacientes ao longo do tempo, contribuindo para proporcionar tratamentos mais adequados, evitando retrabalho e desperdício. Porém, o detalhe mais relevante da implementação da APS, está na sua contribuição para promoção de saúde, isto é, evitar que o paciente fique doente (Starfield, 2002; Giovanella & Mendonça, 2012).

Uma das principais demonstrações desta guinada está no lançamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do seu programa de certificação de boas práticas à saúde, que contempla a certificação de planos de saúde voltados à APS. Essa certificação em APS contempla um conjunto de requisitos para obtenção de acreditação em três níveis considerados pela agência: i) básica (atenção à saúde do adulto e do idoso); ii) intermediária (básica mais atenção à saúde da criança, do adolescente e atenção a gravidez); e, iii) plena (intermediária mais saúde bucal, saúde mental e saúde funcional) (ANS, 2018; ANS, 2019a). Segundo a ANS (2019), a certificação objetiva a reorganização da porta de entrada na saúde suplementar e, também, estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorientação da atenção à saúde. Em que pese essa normatização recente, a ANS já estava desenvolvendo ações e programas de estímulo a novas práticas de cuidados de saúde (prevenção e promoção) desde 2004, e muitas operadoras já vêm implementando projetos pilotos de APS, resultando em um aprendizado na área (Ogata, 2014; Batista, 2018).

Apesar desses movimentos, verifica-se que a mudança organizacional por parte da saúde suplementar, exigirá esforços significativos para mudar a cultura da concepção dos cuidados e saúde, tanto pelo lado da oferta (prestador de saúde, profissionais médicos), como pelo lado da demanda (beneficiários de planos), pois o conceito do cuidado ainda está muito atrelado a consulta médica e pelo uso do pronto-atendimento e do hospital, também conhecido como modelo médico hospitalar, que centra-se no tratamento e reabilitação da doença, e não em uma concepção mais ampla de saúde, que considera a saúde e sua promoção como a referência para o cuidado (Ogata, 2014; Paim, 2012).

Neste contexto, o presente estudo tem o objetivo de investigar a implementação da oferta do serviço de APS pela saúde suplementar, a partir da elaboração de uma Cadeia de Valor (CV) para um plano privado de saúde em APS. O

procedimento utilizado foi o estudo de caso em um plano de saúde privado oferecido por uma organização médica, localizada na região Sul do Brasil, que oferece o plano de APS no município de sua sede, possuindo uma experiência de seis anos com o plano e contempla no presente 3.200 beneficiários.

O instrumental da cadeia de valor foi proposto por Porter (1989), para compreender a inter-relação entre as diferentes atividades de uma firma e, a partir dela, desenhar uma estratégia geral com ações específicas para criação de uma vantagem competitiva para a organização. Este instrumento foi aplicado para o setor de saúde norte americano por Porter e Teisberg (2006), demonstrando sua adequação e viabilidade para análise do setor. Para esses autores, a CV da saúde é uma ferramenta tanto descritiva, como normativa. Ela auxilia o gestor (prestador) a compreender como o serviço está configurado e como ele se relaciona com as diferentes atividades e setores de uma firma. Desta maneira, tem-se uma estrutura sistemática para delinear, avaliar e aprimorar os serviços prestados, visando o aumento de valor para o paciente em termos de condição de saúde. Embora esse instrumento tenha sido direcionado para média e alta complexidade, não foi encontrado evidências de sua aplicação para a área de APS, e principalmente em nível de firma para o Brasil.

O presente estudo, portanto, traz como principais contribuições a análise da oferta de APS pelo setor privado e a utilização do instrumental da cadeia de valor de Porter (1989) para avaliação do serviço de APS para um caso no Brasil. Desta forma, pretende-se lançar luz sobre as peculiaridades (restrições e oportunidades) da oferta deste serviço pela saúde suplementar e avaliar quais medidas o setor de saúde suplementar precisa adotar para viabilizar esse tipo de serviço e criar valor para o beneficiário.

Para atingir o objetivo do estudo, o trabalho está dividido em quatro seções, além desta introdução. A segunda seção revisa a literatura sobre a cadeia de valor de Porter. A terceira seção apresenta o método empregado. A quarta seção apresenta os resultados na forma de apresentação da cadeia de atividade, da cadeia de valor do serviço de APS e da análise da vantagem competitiva do plano. A quinta seção conclui.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, explicativo, em que é desenvolvido uma abordagem qualitativa, de natureza aplicada. Quanto aos procedimentos, foram realizados pesquisa documental e estudo de caso em um plano de saúde privado da região Sul do Brasil, que possui um plano de saúde específico na área da APS (doravante denominado “plano APS”). A pesquisa foi realizada entre os meses de março a novembro de 2019 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Conforme Appolinário (2011), o estudo de caso é uma estratégia empírica utilizada para compreender profundamente um fenômeno da vida real dentro do seu contexto, permitindo ao pesquisador analisar vários elementos envolvidos no contexto social sob análise, no qual essas interações estão ocorrendo. Por sua vez, Appolinário aponta que a pesquisa documental pode ser utilizada para complementar informações da pesquisa, como contextualizar fatores histórico, cultural, social e econômico de um lugar ou grupo de pessoas, em determinado momento do tempo. Neste sentido, o estudo de caso e a pesquisa documental foram utilizadas de forma complementar para desenvolver o objetivo do trabalho, que é a elaboração da CV do plano APS de uma organização médica/de saúde (daqui em diante referida simplesmente como organização).

A organização opera com o plano APS desde o ano de 2013, inicialmente como projeto piloto direcionado para seus colaboradores e partir de 2017, foi aberto para beneficiários externos, em âmbito de um plano municipal. Atualmente conta com 3.200 vidas, sendo que a maior parte é representada por colaboradores da própria organização médica (57%) e clientes de planos empresariais (33%). Cabe destacar que o plano a ser analisado, foi o primeiro projeto de APS a ser implementado no estado sede da organização.

O plano APS contempla em seu pacote de serviços, com: serviço de APS, atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, exames e procedimentos de diagnose. O serviço de APS consiste em atendimento por médico generalista (ou médico

da família) realizado pelo seu Núcleo de Atendimento Personalizado à Saúde (NAPS), criado para atender exclusivamente os beneficiários deste plano, mediante agendamento. O atendimento pelo médico generalista ou médico da família, representa o principal contato do beneficiário e seus dependentes com os serviços de saúde da organização, no qual o NAPS coordenará o cuidado de forma contínua, integral e ao longo do tempo. Apesar de ser o principal contato, o Plano APS prevê que as especialidades de pediatria, oftalmologia, ginecologia/obstetrícia e anestesiologia, continuarão com agendamento direto no consultório da especialidade, ou seja, o cliente possui liberdade de escolha do profissional médico dessas especialidades.

Deve-se ressaltar que a organização médica atua desde o ano de 1992 e tem como foco de atendimento à saúde, a média e alta complexidade. Para prestação destes serviços, a organização possui um hospital, um laboratório de análises clínicas, um local para cuidados de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e nutrição, além de um centro de diagnóstico por imagem. Em 2019, dispunha de 300 médicos cooperados especializados nas mais diversas áreas e mais de 900 colaboradores. Em termos de clientes, a organização abrange toda a região em que está localizada e possui em sua carteira mais de 50 mil beneficiários (ANS, 2019b).

Para elaborar a CV da APS do plano de saúde, foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos mediante a realização de dez entrevistas, com o público relacionado às atividades primárias e de apoio da cadeia de valor, apresentadas na seção anterior. As entrevistas foram realizadas nos meses de maio e junho de 2019, seguindo um roteiro semiestruturado com ênfase aos aspectos preconizados em um serviço de APS, conforme Starfield (2002) e os aspectos considerados pela oferta de serviços de cuidados primários pela saúde suplementar, conforme ANS (2019a), utilizando os termos de linguagem adequados, conforme os sujeitos da pesquisa. Nestes termos, alguns dos aspectos analisados foram: a estrutura física e técnica, a forma de acesso aos serviços, os protocolos dos serviços de APS, as bases de informações dos pacientes/clientes e seu monitoramento, a forma de acompanhamento no tempo dos pacientes/clientes e a percepção dos pacientes com relação aos serviços de APS.

A seleção dos entrevistados seguiu o formato não-probabilístico, relaciona-se ao tipo de amostragem por conveniência, e, portanto, os indivíduos foram selecionados conforme comodidade e oportunidade. A escolha do perfil dos entrevistados (setor que atuam na organização), seguiu os elementos que compõem a CV de uma organização, que deve considerar os diferentes setores e áreas de uma empresa no desenvolvimento do seu produto ou serviço, mais especificamente, as áreas que atuam sobre as atividades primárias e de apoio, conforme Figura 1. Portanto, esse trabalho procurou entrevistar as pessoas responsáveis pelas diferentes áreas administrativas da empresa e dos profissionais envolvidos diretamente com a prestação do serviço de APS, com o objetivo de conhecer as atividades primárias e de apoio, bem como sua inter-relação. Também foram entrevistados dois beneficiários do plano, a fim de ter uma percepção externa dos serviços realizados.

Desta maneira, foram realizadas dez entrevistas, sendo: i) gerente corporativo, por possuir conhecimento da gestão do serviço e ter a visão global do negócio do plano; ii) coordenador de recursos humanos, por ser responsável direto na seleção dos colaboradores e da análise de suas competências; iii) coordenador de marketing, por ser encarregado de toda divulgação e comercialização do plano; iv) médico da família que atua no NAPS, por ser o profissional que atua diretamente na prestação do serviço; v) enfermeira coordenadora do NAPS, por ter conhecimento da gestão serviço; vi) enfermeira assistencial, por ter uma visão global das informações e da logística relacionadas diretamente ao NAPS; vii) dois médicos associados especialistas que não atuam no NAPS, visando avaliar o conhecimento do plano como cooperado e sua relação com o NAPS em termos dos encaminhamentos realizados; e, viii) dois clientes, sendo um usuário interno (colaborador do plano) e um usuário externo.

Por sua vez, os dados secundários foram obtidos através da pesquisa documental, em que se analisou documentos fornecidos pela própria organização de saúde (relatórios de gestão, demonstrativos financeiros e materiais de divulgação) e disponíveis na ANS (2019b). Utilizou-se, ainda, informações e dados do plano APS, disponíveis no endereço eletrônico da internet do plano.

A análise dos dados lançou mão da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011), e foi dividida em duas etapas. A primeira contemplou a pré-análise dos documentos e da leitura fluente da transcrição das entrevistas, em que foi elaborada a cadeia de atividades do serviço de APS fornecido pelo plano da organização, conforme apresentado na Figura 2. A elaboração da cadeia de atividade é fundamental para compreender o fluxo completo dos serviços e avaliar o funcionamento do plano.

A segunda etapa contemplou a exploração do material levantado (documentos e entrevistas) e a realização do tratamento dos dados brutos, inferência e interpretação dos resultados. Nesta etapa, foi elaborada a CV do plano APS e a estratégia competitiva do plano APS.

### **2.1 A cadeia de valor da firma**

A Cadeia de Valor (CV) é um método proposto por Porter (1989) para compreender a inter-relação entre as diferentes áreas de uma firma (produção, recursos humanos, marketing, logística, financeiro) na execução de suas diversas atividades, que se conectam para a firma poder ofertar seus produtos ou serviços. Segundo o autor, é desta visão integralista da firma que é possível vislumbrar os elementos que criam valor para uma organização, e a partir destes elementos, propor uma estratégia geral com ações específicas para construir essa vantagem competitiva.

A vantagem competitiva, por sua vez, consiste no valor que uma empresa possui condições de criar para seus consumidores (ou clientes), que toma a forma de preços inferiores aos da concorrência por benefícios equivalentes; ou, de benefícios superiores da concorrência que mais que compensam o preço-prêmio a ser pago (preço acima do preço de mercado) (Porter, 1989). Desta forma, Porter desenvolve uma teoria da firma baseada nas atividades que a organização desenvolve, que, por sua vez, consistem nas unidades básicas da vantagem competitiva (Kotler; Keller, 2013).

A CV complementa a estratégia competitiva da firma, em que se observa as cinco forças expostas por Porter em 1986, ou regras de competição, a saber: entrantes potenciais, substitutos, poder de negociação de fornecedores e de consumidores e nível de competição (rivalidade) no mercado. Desta forma, analisa-se que a vantagem competitiva deve olhar para a empresa na sua totalidade, porém enfatizando suas atividades realizadas ou “atividades de valor”. As atividades de valor são as atividades físicas e tecnologicamente distintas, através das quais uma empresa cria um produto valioso para seus clientes. Tais atividades podem ser divididas em atividades primárias e de apoio. A Figura 1 apresenta o modelo padrão de cadeia de valor, que congrega os dois tipos de atividades. De acordo com Porter (1989), cada uma destas atividades pode contribuir para a posição dos custos relativos, além de criar uma base para a diferenciação.

**Figura 1** – A cadeia de valor de Porter.



Fonte: Porter (1989)

As atividades primárias podem ser definidas como as atividades envolvidas na criação física do produto (ou serviço) e na sua venda e transferência para o comprador, bem como na assistência após a venda. Elas dividem-se em cinco categorias: logística interna, operações, logística externa, marketing/vendas e serviços. As atividades de apoio podem ser consideradas como aquelas que sustentam as atividades primárias e a si mesmas, fornecendo insumos, adquirindo tecnologia, recursos humanos e várias funções em âmbito da empresa. Elas estão divididas em quatro categorias: aquisição, desenvolvimento de tecnologia, gerência de recursos humanos e infraestrutura<sup>3</sup>.

As linhas tracejadas nas atividades de apoio (Figura 1), refletem o fato de que estas atividades podem ser associadas às atividades primárias além de apoiarem a cadeia inteira. Nestes termos, a estrutura interna da empresa não está associada a atividade primária específica, mas apoia a cadeia inteira. Por fim, a cadeia de valor se conclui com a análise da “margem” (parte à direita da Figura 1), que nada mais é do que o valor gerado pela atividade de valor da empresa. A margem, portanto, seria o valor total do produto ou o montante que os compradores estão dispostos a pagar por aquilo que uma empresa lhes fornece, subtraído do custo total da execução das atividades de valor. Desta forma, pode-se considerar que uma empresa ganha vantagem competitiva, executando estas atividades estrategicamente importantes de uma forma mais barata ou melhor que a concorrência.

Conforme Porter (1989), entre as atividades primárias e de apoio, existem elos, que consistem nas relações e complementaridades entre as atividades, contribuindo para melhorar o desempenho das mesmas. Os elos contribuem para geração de vantagem competitiva via a otimização e coordenação das atividades, proporcionando oportunidades de redução de custos e de melhoria nos processos e produtos, favorecendo pequenas inovações, que são a base para a diferenciação. Os elos também podem existir de fora para dentro, como por exemplo, parcerias com fornecedores, contribuindo para o acesso a insumos de maior qualidade, agregando valor ao produto/serviço final.

A partir da análise das atividades na CV, é possível vislumbrar dois tipos básicos de vantagem competitiva: a liderança em custos e diferenciação. Esses dois tipos, combinados com o escopo de segmentos de uma firma, resultam em três estratégias

<sup>3</sup> Conforme Porter (1989), pode-se ainda, desagregar as atividades primárias e de apoio, em atividades direta, indireta e de garantia de qualidade. Essas atividades desempenham papéis específicos na vantagem competitiva. Neste estudo não consideramos esse nível de desagregação.

genéricas para alcançar a vantagem competitiva de uma firma: i) liderança em custos em amplo segmento; ii) diferenciação em amplo segmento; e, iii) enfoque em custos ou diferenciação para um segmento específico (Porter, 1989).

Na liderança de custos, a firma busca obter o menor custo de produção do seu mercado, e, portanto, a diferenciação fica em segundo plano. A firma não descarta a diferenciação por completo, pois se ficar muito distante da concorrência, pode perder sua vantagem. As principais fontes de redução de custos são: economias de escala, tecnologias patenteadas, acesso preferencial a insumos e mão de obra diferenciada.

Na diferenciação, a firma seleciona um ou mais atributos e procura ser única nestes aspectos no mercado. Essa singularidade, que implica em um custo mais elevado, lhe proporciona um preço-prêmio. Portanto, a empresa irá diferenciar até seu preço-prêmio ficar acima de seu custo de produção, ou preço igual ao custo marginal. A diferenciação é peculiar em cada indústria e pode ser originada de várias formas: características do produto ou serviço, investimento em imagem (propaganda), sistema de distribuição e entrega e assistência técnica. Por fim, no enfoque, a empresa escolhe um dos seus segmentos e dá ênfase em uma das estratégias já comentadas, liderança de custos ou diferenciação. Ressalta-se que para a escolha do segmento, os consumidores devem ter necessidades incomuns, que viabilize o enfoque do segmento.

Considerando o setor de saúde, a principal aplicação da cadeia de valor foi realizada por Porter e Teisberg (2006), em que avaliaram o setor de saúde norte-americano no início dos anos 2000, com foco no setor hospitalar. Em revisão da literatura, não foi encontrado outros estudos aplicados sobre cadeia de valor no setor de saúde para o Brasil. A exceção foi o estudo de Pedroso e Malik (2012), em que analisaram a cadeia de valor para o sistema de saúde brasileiro, mas que não chega a analisar a CV da APS especificamente e/ou a CV de uma organização da área da saúde.

No estudo de Porter e Teisberg (2006), a elaboração da CV tinha como objetivo levantar elementos para a criação de um ambiente para a competição em resultados para o paciente e redirecionar o foco de redução de custos que permeava o setor (que se traduzia na maioria dos casos, em transferência de custos, restrições nos cuidados ou baixa qualidade dos serviços para o consumidor), para a agregação de valor ao paciente.

A estratégia para atingir esse tipo de competição, seria a mudança do perfil da prestação do serviço: ao invés de dar ênfase para o tratamento de doença, o serviço deveria primar pelo gerenciamento do ciclo de atendimento, que consiste em considerar as diferentes etapas da história natural da doença, focalizando ações no período pré-patogênico (promoção e prevenção) e na etapa inicial do período patogênico (diagnóstico precoce e tratamento imediato), que, em síntese, envolve dar ênfase para o modelo de APS.

Nesta perspectiva, Porter e Teisberg (2006) salientam que a CV do setor de saúde, deve ser elaborada considerando os diferentes detalhes de cada serviço, incluindo todos os grupos importantes de atividades e abrangendo os diferentes setores da organização envolvidos na prestação do serviço, a fim de compreender todo o ciclo de atendimento e os vínculos entre os diferentes setores.

### **3. Resultados e discussão**

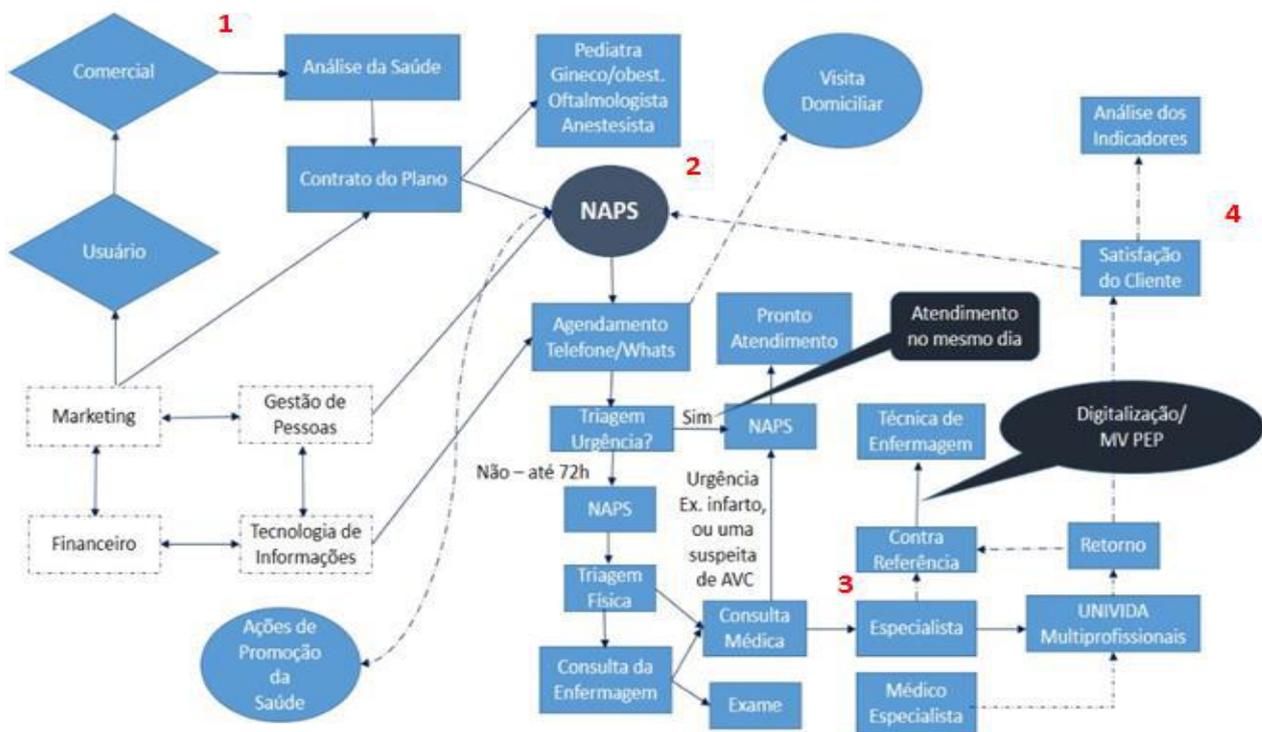
#### **3.1 Cadeia de atividades (ciclo de atendimento) do plano APS**

Como primeiro exercício para a elaboração da cadeia de valor, foi elaborado a cadeia de atividades do plano APS, que consiste na formatação do fluxo operacional dos serviços oferecidos. Esse fluxo foi construído com base nas entrevistas e no acompanhamento das atividades desenvolvidas em âmbito do NAPS. O NAPS é o local de atendimento preferencial do plano APS, e está localizado na região central do município sede da organização de saúde, próximo de sua estrutura hospitalar, de pronto-atendimento e de laboratórios. O NAPS possui uma estrutura física enxuta, contemplando seis médicos (sendo um médico da família e cinco médicos generalistas), que se revezam no atendimento. Geralmente há três médicos a disposição para atendimento no horário de atendimento do NAPS. Há ainda duas enfermeiras (uma coordenadora e outra assistente), uma

técnica em enfermagem e um assistente administrativo, responsável pela recepção e pelo agendamento das consultas. O NAPS funciona de segunda a sextas-feiras, das 8h ao 12h, e, das 13h30 às 17h45.

Conforme a Figura 2, a cadeia de atividades do plano APS pode ser dividida em quatro etapas: i) adesão ao plano; ii) acesso ao NAPS; iii) encaminhamentos a especialistas; e iv) acompanhamento no tempo. A primeira etapa se dá a partir da venda do plano (item 1 da Figura 2), realizada pela equipe comercial, que utiliza o setor de marketing como suporte e alicerce para venda. Verifica-se que as atividades consideradas de apoio (setores administrativos de marketing, pessoas, financeiro e TI) atuam de forma conjunta desde o início da prestação do serviço. Neste momento, os quatro setores administrativos são responsáveis por desenhar o produto, em termos de preço e características gerais do serviço. Nesta etapa se dá a identificação do tipo de cliente (pessoa física ou jurídica), a divulgação da proposta comercial, a análise da saúde e, por fim, a contratação do plano.

**Figura 2** – Cadeia de atividade do plano APS.



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos resultados da pesquisa.

A segunda etapa ocorre quando o cliente (paciente), após o período das carências, fica habilitado a acessar os serviços (item 2 da Figura 2). Verifica-se que o acesso se dá preferencialmente no NAPS, exceto para as quatro especialidades definidas como exceção do plano, já mencionadas no texto. A procura por tais especialidades fica a critério de escolha do paciente no plano, porém há retorno (contrarreferência) do prontuário para o NAPS.

O acesso ao NAPS se dá via agendamento de consulta através de telefone, pessoalmente no NAPS ou via sistema de comunicação (aplicativo de celular ou internet), em que há um assistente administrativo que marca a consulta e filtra os casos de emergência e urgência (com apoio e orientação da enfermeira), que são encaminhados de imediato ao pronto-atendimento da organização.

Os casos que não se enquadram como urgência/emergência são agendados, e dependendo dos sintomas relatados, podem ser atendidos no mesmo dia (casos de febre, sintomas respiratórios, vômitos, diarreia, etc.) ou em até 72 horas (consultas

normais), como preconiza a ANS. Ao chegar ao NAPS para a consulta, o paciente passa pela triagem física, realizada por técnica de enfermagem, que encaminha para os procedimentos básicos (exames, procedimentos de enfermagem e aplicação de injetáveis) ou é encaminhado ao médico. Caso seja verificado *in loco* uma urgência/emergência, é encaminhado para o pronto-atendimento.

Em resumo, há quatro possibilidades de atendimento no primeiro acesso: i) encaminhamento para urgência/emergência realizado pela triagem via agendamento da consulta; ii) atendimento no NAPS para casos normais; iii) encaminhamento via NAPS para pronto-atendimento; e iv) consulta às especialidades flexibilizadas pelo plano, diretamente pelo paciente.

O atendimento no NAPS é registrado em Prontuários Eletrônicos do Paciente (PEP), que estão disponíveis apenas para a rede interna da organização, ou seja, os médicos do NAPS têm acesso aos prontuários dos especialistas. Por outro lado, os médicos cooperados (especialistas) não conseguem ter acesso aos prontuários do NAPS em seus consultórios particulares.

Após o atendimento no NAPS, tem-se a terceira etapa (item 3 da Figura 2), referente aos encaminhamentos dados pelo NAPS, quando houver necessidade. Esse encaminhamento é dado via documento chamado de Carta de Referência. Com relação às especialidades, a organização possui além dos médicos conveniados, um setor específico para atendimento de nutricionista, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia e laboratórios de análises clínicas e de imagem.

O especialista, ao atender o paciente encaminhado, tem a responsabilidade de retornar a contrarreferência ao NAPS. A contrarreferência é digitalizada por técnica de enfermagem do NAPS, que insere o PEP no sistema da organização. Cabe salientar, ainda, que todos os serviços realizados dentro da rede interna, sejam estes de imagem, exames, especialidades e pronto atendimento, ficam registrados dentro do sistema e dão continuidade ao histórico do paciente, possibilitando ao NAPS fazer o acompanhamento. Para casos específicos, idosos e dificuldades de locomoção, há visita domiciliar, prestado por profissional de enfermagem.

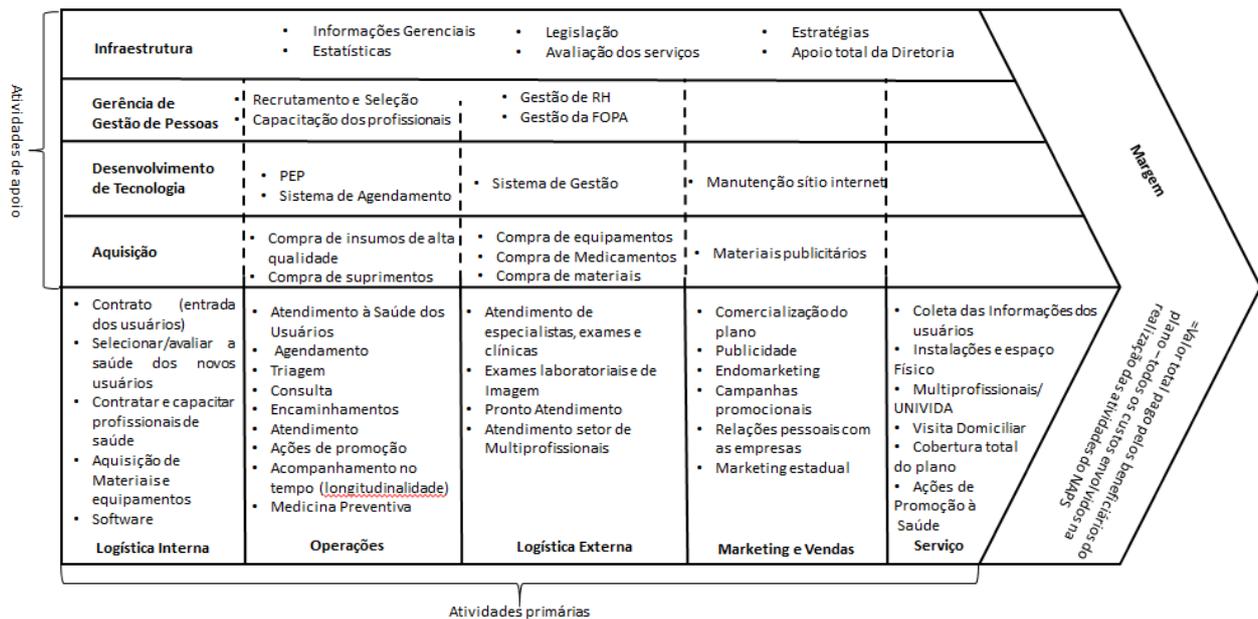
A quarta etapa (item 4 da Figura 2) consiste no acompanhamento do paciente no tempo, avaliação da qualidade do serviço prestado e realização de ações de prevenção e de promoção à saúde. Sobre o acompanhamento, há uma agenda de exames dos pacientes e procura ativa para consultas de alguns públicos-alvo, como mulheres acima de 40 anos. Com relação as demais ações, elas ainda estão em estágio inicial. Por exemplo, ainda não há um sistema de avaliação de qualidade adequado e as ações de prevenção e de promoção à saúde são incipientes, porém há acompanhamento de determinados grupos de pacientes, como: saúde mental, diabéticos e gestantes.

### **3.2 Cadeia de valor do plano APS**

Como segundo exercício do trabalho e tendo como base a cadeia de atividades e no relato das entrevistas, foi possível elaborar a cadeia de valor, exposta na Figura 3. Conforme já destacado na seção 2, a cadeia de valor é formada por dois conjuntos de atividades, primárias e de apoio, portanto, a cadeia de valor do plano APS seguiu essa configuração.

Iniciando pelas atividades primárias, tem-se a “logística interna”, responsável pela entrada de novos usuários do plano, mediante a confecção do contrato e avaliação e saúde. Nesta atividade também se concentra a seleção e capacitação de profissionais de saúde para realização dos serviços no NAPS; a aquisição de materiais, insumos e equipamentos para a prestação do serviço e os sistemas de informação, que produzem do agendamento até o histórico completo de saúde do usuário, incluindo o resultado de exames, consultas, imagens, procedimentos, e indicadores de saúde.

**Figura 3** – Cadeia de valor do plano APS.



Fonte: Elaboração dos autores a partir dos resultados da pesquisa.

A atividade de “operações” é a prestação do serviço de APS propriamente dita, que envolve todo o atendimento de APS voltado à saúde dos usuários, contemplando diversos profissionais de saúde, e compreende: agendamento, triagem, consulta, encaminhamentos a emergência/urgência, atendimentos médicos, realização de procedimentos de cuidados primários à saúde, ações de prevenção e de promoção à saúde e, por fim, a gestão do acompanhamento no tempo (longitudinalidade) dos pacientes.

A “logística externa” compreende as ações que ocorrem fora do universo do NAPS, mas que, ainda assim, possuem correlação com todo o plano/serviço de APS. Nesta atividade se inserem as consultas e atendimentos por médicos especialistas e/ou de outros profissionais (nutrição, psicologia), a realização de exames laboratoriais e de imagem e procedimentos realizados no pronto-atendimento.

A quarta atividade primária refere-se ao “marketing”, que contempla todas as ações de publicidade e propaganda, as quais incluem as campanhas publicitárias para o público interno (endomarketing) e externo. Nesta atividade também se encontra a comercialização dos planos, a política de precificação, o relacionamento com a comunidade e as pesquisas de satisfação dos pacientes.

Por fim, têm-se os “serviços”, que de maneira geral referem-se à assistência técnica e de atendimento ao cliente. Para o plano APS, foram consideradas como serviços, as visitas domiciliares, as ações de prevenção e promoção de saúde que não são realizadas diretamente pelo NAPS e ações de acompanhamento do paciente, seja via retorno de um procedimento de alta hospitalar, seja de gerenciamento de consultas e exames preventivos. Considera-se, ainda, como serviços, as terapêuticas realizadas de forma contínua para determinados pacientes, como atendimento domiciliar e tratamentos com equipe de multiprofissionais de saúde.

Pelo lado das atividades de apoio, que contemplam as áreas administrativas que dão suporte às atividades primárias, tem-se a atividade de “aquisição”, que compreende a compra de insumos, materiais, equipamentos e medicamentos para o NAPS, além do gerenciamento do estoque destes produtos. A aquisição precisa ser bem delineada para evitar erros e desperdícios de materiais e de tempo. A atividade de “desenvolvimento de tecnologia (TI)”, comporta os sistemas de

informação, não somente do plano de APS, mas de toda a organização, que vão desde sistemas gerenciais, configuração de redes internas à organização, sistemas de agendamento de consulta, PEP, manutenção de banco de dados dos pacientes.

A terceira atividade de apoio refere-se a “gestão de pessoas”, em que ocorre a seleção de profissionais de saúde, capacitação e educação permanente dos profissionais, realização de planos de cargos, salários e competências e gerenciamento da folha de pagamentos. Uma ação extremamente relevante para o NAPS é o desenvolvimento de habilidades de saúde coletiva, que necessitam uma visão multidisciplinar dos profissionais de saúde.

Por fim, tem-se a “infraestrutura”, que compreende as atividades administrativas, como: gerência geral, financeiro, planejamento, contabilidade, jurídico e controle de qualidade. Atualmente a organização possui dois diretores corporativos que administram a organização. A APS não possui uma coordenação específica, sendo que os trabalhos desta atividade de apoio são compartilhados com as demais coordenações de áreas da organização. Para o desempenho do NAPS, a infraestrutura contribui no planejamento das ações, como expansão e aprimoramento dos serviços, avaliação de dados gerenciais para formular estratégias de venda, análise da legislação de saúde suplementar, muito demandada em virtude da regulação da ANS, acrescida atualmente com os critérios de certificação para APS.

### **3.3 Análise da vantagem competitiva do plano APS**

A partir da análise detalhada da cadeia de valor do serviço de APS, podem-se apresentar os principais elementos que geram valor para a organização, bem como os pontos que precisam ser aprimorados, com o objetivo de efetivar sua vantagem competitiva. Iniciando pelos principais pontos fortes do serviço, pode-se considerar, em primeiro lugar, a experiência acumulada do plano, com seis anos de operacionalização. Essa experiência é importante não só para a organização ter acumulado conhecimento e habilidades na oferta do serviço, mas também para passar confiança para os atuais e futuros pacientes.

Um segundo ponto forte refere-se a estrutura da organização, que compreende instalações próprias e modernas de serviços de MAC, sua rede de médicos cooperados e sua marca consolidada no mercado. Por mais que o serviço seja a APS, a presença da estrutura transmite a ideia de que o paciente terá condições de ser atendido de forma rápida e com qualidade em todas as condições de saúde e em todas as fases de sua vida. A marca da organização, que já possui atuação há mais de trinta anos no mercado, gera condições para atrair clientes e fidelizar os atuais beneficiários. Outros pontos fortes referem-se ao perfil jovem dos pacientes no plano APS, com 57% em idade entre 20 e 44 anos, e carteira geral de clientes no plano convencional que ultrapassa 50 mil vidas, que se refere a um público potencial a ser trabalhado e migrado para os serviços de APS. O último ponto forte, relaciona-se ao fato que a organização já vem se estruturando e adotando medidas para adquirir a certificação de APS pela ANS.

Esses pontos capacitam a organização a direcionar e intensificar os esforços para ampliar e aprimorar o serviço de APS, visando transformar a APS como uma vantagem competitiva para a organização. No entanto, para que seja possível consolidar essa vantagem, é necessário a superação de alguns gargalos encontrados em sua CV. Verificou-se que há três gargalos diretamente relacionados às atividades primárias. O primeiro consiste na atividade de “operações”, que se refere a estrutura de oferta dos serviços de APS, pelo NAPS. O local precisa ser redimensionado e reposicionado. O redimensionamento decorre da necessidade de ampliar o espaço, inserindo uma sala de enfermaria, para realizações de pequenos cuidados. Já o reposicionamento, está relacionado ao fato que o NAPS deve ser o ponto de referência para o paciente. Para tanto, o ambiente precisa ser mais amplo, acolhedor e com horários de atendimento mais flexíveis (finais de semana e extensão do horário para período noturno). Atualmente muitos pacientes se deslocam diretamente ao pronto-atendimento, quando na verdade, poderiam ser atendidos e tendo suas demandas resolvidas no NAPS.

O segundo gargalo remete à necessidade de aprimorar a atividade de “marketing e vendas”, que vai desde a realização de pesquisa de perfil de consumidor e de demanda de APS, passando pelo desenho de pacotes de serviços (e respectivos preços) mais flexíveis para possibilitar a adesão de um número maior de beneficiários, aliado com instrumentos que possam moldar/condicionar a forma de consumo do produto. Pode-se recomendar, ainda, a necessidade de revisão das campanhas publicitárias para a venda e a proposição de campanhas para orientar o consumo da APS. O terceiro gargalo relaciona-se ao “serviço”, no sentido de desenvolver ações mais efetivas de acompanhamento (longitudinalidade) inserindo ações de prevenção e de promoção à saúde.

Nas atividades de apoio, têm-se os gargalos relacionados a infraestrutura e ao desenvolvimento de tecnologia. Com relação a infraestrutura, verificou-se que inexistente um núcleo de coordenação/direção do serviço de APS, ficando a gestão do plano APS diluída com os demais produtos e serviços oferecidos pela organização. Desta forma, fica comprometido o adequado planejamento e efetivação de estratégias para aprimorar e fortalecer o negócio da APS. Sobre a TI, levantou-se a necessidade de aprimoramento de seu sistema de informações, que possibilite registrar mais adequadamente as informações de clientes e da prestação dos serviços, como perfil epidemiológico e histórico de utilização dos serviços, número e tipos de procedimentos realizados e custos. A informação é essencial para que a organização possa conhecer seu público e desenvolver serviços mais alinhados com o seu perfil. Além disso, o acompanhamento de dados, fornece elementos para controlar custos, evitar desperdícios, otimizar o tempo e promover ações específicas para alavancar determinadas áreas.

Por fim, verificou-se um gargalo que perpassa toda a cadeia de valor do serviço da organização, que se refere à falta de compreensão do que o modelo de APS representa. Neste quesito, a falta de discernimento sobre o que consiste a APS afeta tanto clientes, como colaboradores e cooperados. Destaca-se que esse problema de cunho cultural, não é de exclusividade da organização e reflete em grande medida, a cultura sobre saúde no país, que está muito alinhada ao modelo médico-hospitalar, mais focado no tratamento e reabilitação, ou ainda, focado na doença e não na saúde. Esse elemento era, de certa forma, esperado, considerando que a organização é formada por médicos e historicamente trabalha com MAC. A mudança de foco neste momento, exige que a organização adote medidas para esclarecer e orientar primeiramente a organização sobre a relevância da APS e na sequência, realizar campanhas para ensinar os clientes a consumir adequadamente o produto APS.

Ao fazer um balanço dos pontos fortes e fracos da organização e confrontando-os com toda a CV do plano APS, sugere-se como estratégia genérica o enfoque em diferenciação para o segmento da APS, pois leva-se em consideração que a organização oferta diferentes tipos de serviços e saúde<sup>b</sup>. A defesa por essa estratégia, em consonância com Porter<sup>14</sup> e Porter e Teisberg<sup>15</sup> decorre, em primeira medida, de que o modelo de APS possui fortes elementos para agregar valor ao serviço de cuidado de saúde pela organização. Por exemplo, é através da APS que se pode trabalhar mais fortemente com a ideia de saúde e de vida para o paciente, oposto ao núcleo do negócio atual da organização que é a reabilitação, ou ênfase na doença.

Além disso, conforme apontado por Porter e Teisberg<sup>15</sup>, fortalecendo o modelo de APS, forçará a organização a disseminar a cultura dos resultados de saúde, dando ênfase para todo o ciclo de atendimento do paciente, proporcionando oportunidades de melhoria da qualidade do serviço e redução de custos em toda a organização.

Os elementos de diferenciação que estão presentes no plano APS, são: i) o acesso mais rápido a consultas médicas, se comparado com o sistema público; ii) a possibilidade de escolha de alguns profissionais médicos, bem como de médicos especialistas, quando do encaminhamento pelo NAPS; iii) o acesso rápido a diagnósticos e exames; iv) a disponibilidade de estrutura ambulatorial e hospitalar, caso for necessário; e, v) o gerenciamento da saúde do usuário pelo plano. Ao considerar

---

<sup>b</sup> Segundo Porter e Teisberg (2006), foco estratégico não significa especialização estrita, mas a busca de excelência e aprofundamento nos campos selecionados.

esses fatores, compreende-se que a ênfase nos atributos da APS, conjugado com toda a estrutura da organização, cria condições do plano vender a oferta de um serviço melhor, e, portanto, com valor ao paciente.

Partindo destes requisitos, vislumbra-se a perspectiva de ampliação do número de beneficiários, proporcionando aumento das receitas e redução de custos no médio e longo prazo. A redução dos custos será atingida mediante os ganhos de escala, com a incorporação de novos clientes, e do benefício gerado pelas ações APS, como acompanhamento do paciente, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde.

É oportuno tecer alguns comentários gerais sobre a oferta de APS por um plano privado. Conforme destaca Starfield<sup>7</sup>, o pacote de serviço de APS da saúde suplementar, se encaixa numa categoria mais restrita de APS, ou seja, dificilmente tomará a dimensão da oferta de APS realizada pelo sistema público (SUS), e, portanto, os ganhos de eficiência gerados pela APS serão menores no setor privado se comparados com os ganhos gerados no setor público. Esse resultado se dá em virtude que a APS pública, contempla a territorialização da população e o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que facilitam o trabalho de acompanhamento e de promoção à saúde; o serviço de imunização e de ações e programas articuladas com outras políticas públicas, que geram maior impacto sobre a saúde geral da população; e, a gestão do trabalho multiprofissional da saúde, baseado nos conhecimentos da saúde coletiva. Nesta perspectiva, o SUS possui uma tecnologia superior para produzir APS, que dificilmente será encontrada no setor privado.

Uma segunda ressalva que muitas vezes passa despercebida pelo setor privado, é que a APS depende de investimentos. Para viabilizar os ganhos de eficiência e de efetividade propostos pela teoria, deve-se realizar um conjunto de aportes para viabilizar os pilares de estruturação dos cuidados primários, caso contrário a APS não se efetiva e não gera os retornos esperados.

#### **4. Considerações Finais**

O presente trabalho teve como objetivo analisar, a partir da elaboração de cadeia de valor de Porter (1989), a vantagem competitiva de um plano privado de saúde baseado em cuidados primários de saúde. Para atingir o objetivo, foi realizado o estudo de caso em um plano de APS oferecido por uma organização médica. O plano que possui 3.200 beneficiários e seis anos de atuação.

Como principais achados do trabalho, tem-se, em primeiro lugar, que a oferta de serviços de APS vem sendo uma meta a ser perseguida pelo setor de saúde suplementar brasileiro, com a criação de mecanismos de regulação e de incentivos pela ANS. Essa mudança estratégica, que está alinhada com a experiência internacional, possui como principal justificativa, a busca pela sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, tendo em vista as alterações no setor de saúde como transição demográfica e epidemiológica e elevação dos custos médico-hospitalares. Neste interim, a APS possui uma tecnologia do cuidado baseado na promoção da saúde, que permite redução de custos por paciente no longo prazo.

O segundo achado refere-se que a implementação de um pacote de serviços de APS em um setor que possui uma forte tradição médica e de cuidados da saúde com ênfase na reabilitação de doenças, exige uma mudança cultural muito intensa, pois exige mudanças radicais na coordenação dos serviços de saúde, pois é a APS que indicará o caminho a ser percorrido pelo paciente dentro do sistema. Para esse quesito, exige uma grande sensibilização com os colaboradores, médicos cooperados e clientes.

O terceiro achado é que a APS pode agregar valor ao serviço dos planos privados, desde que realize investimentos nesta tecnologia, como: maior foco neste negócio, a partir de coordenação específica dos serviços de APS; contratação e capacitação dos profissionais ligados a APS, como medicina da família e saúde coletiva; implementação de sistemas de

informação que permitam a integração dos prontuários eletrônicos e a disponibilidade de dados para a tomada de decisão; e ações de prevenção, promoção e de educação em saúde para seus beneficiários.

O quarto achado refere-se que a cadeia de valor se demonstrou um instrumento adequado para analisar a oferta de um pacote de serviços de APS na saúde suplementar, podendo ser utilizada para traçar estratégias para as operadoras construírem sua vantagem competitiva.

Como quinto e último achado, considerou-se que para o plano APS analisado, a estratégia genérica a ser perseguida seria a do enfoque em diferenciação. Desta forma, o plano deve investir e/ou fortalecer os seus atributos, para criar a diferenciação no mercado, com vistas a ampliar seu número de beneficiários e obter a sustentabilidade da organização médica.

Em virtude que as experiências com serviços de APS está sendo ampliado no segmento de saúde suplementar, sugere-se como trabalhos futuros, a ampliação de pesquisas em diferentes operadoras, bem como aprofundar estudos com usuários de tais planos e considerar estudos quantitativos, a medida que a ANS disponibilize dados sobre a oferta deste tipo de serviço entre as operadoras no país.

Por fim, entende-se que o presente trabalho trouxe contribuições importantes para a literatura de gestão em saúde, possuindo inclusive aplicabilidade imediata de suas sugestões para o setor de saúde suplementar. No entanto, em virtude da natureza da pesquisa, estudo de caso, seus resultados devem ser complementados com outras pesquisas na área.

## Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa n. 440. Institui o programa de certificação de boas práticas em atenção à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde. ANS.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2019a). *Manual de certificação de boas práticas em atenção primária à saúde de operadoras de planos privados de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: ANS.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2019b). *Informações e avaliações de operadoras*. ANS. <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras>.
- Appolinário F. (2011). *Dicionário de Metodologia Científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas.
- Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. SP: Edições 70.
- Batista E. L. (2017). Enfoque na atenção primária é saída para sistema de saúde suplementar. *Fórum saúde suplementar*. Folha S. Paulo 2017 Nov 23. <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2017/11/1937607-enfoque-na-atencao-primaria-e-saida-para-sistema-de-saude-suplementar.shtml>.
- Batista E. L. (2018). Medicina da família é aposta de planos de saúde para reduzir custos. 2º *Fórum saúde suplementar*. Folha S. Paulo 2018 Dez 05. <https://www1.folha.uol.com.br/especial/2018/saude-suplementar-2>.
- Fortin, M., Chouinard, M. C., Bouhali, T., Dubois, M. F., Gagnon, C. & Bélanger, M. (2013). Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. *BMC Health Services Research*; 13:132-145.
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção primária à saúde. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. & Carvalho, A.I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. RJ: Ed. Fiocruz. p. 493-545.
- Kotler, P. & Keller, K. L. (2013). *Administração de marketing*. SP: Pearson.
- Lorenzoni, L., Murtin, F., Springare, L. S., Aureau, A. & Daniel, F. (2018). Which policies increase value for money in health care? *OECD Health Working Papers*. 104: 1-72.
- Ogata, A. J. N. (2014). *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: resultados do laboratório de inovação*. Brasília: OPAS.
- Paim, J. (2012). Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. & Carvalho, A.I. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2a ed. RJ: Ed. Fiocruz; p. 546-579.
- Porter, M. (1989). *Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. 13. ed. RJ: Campus.
- Porter, M. & Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Pedroso, M.C. & Malik, A. M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*, 17(10): 2757-2772.
- Silva, A. R. A. & Carneiro, L. A. (2018). Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. 69(1). [https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=925&id\\_tipo=3](https://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=925&id_tipo=3).

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco.

Vieira, B. & Batista, E. L. (2019). Ampliação da atenção básica pode revigorar sistema de saúde. *6º Fórum a saúde do Brasil*. Folha S. Paulo 2019 Mai 31. <https://www1.folha.uol.com.br/especial/2019/saude-do-brasil>.

Xu, K., Saksena, P. & Holly, A. (2011). The determinants of health expenditure: a country-level panel data analysis. *WHO working paper*.1(1): 1-26.