

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA POLITÉCNICA

PROSIANE CALISTA LOANE MABIKA

**MARKETPLACE EM SAÚDE SUPLEMENTAR:
ANÁLISE DA ESTRATÉGIA DE UMA STARTUP**

SÃO PAULO

2022

PROSIANE CALISTA LOANE MABIKA

**MARKETPLACE EM SAÚDE SUPLEMENTAR:
ANÁLISE DA ESTRATÉGIA DE UMA STARTUP**

Trabalho de formatura apresentado à
Escola Politécnica da Universidade de
São Paulo para a obtenção do diploma
de Engenheiro de Produção.

Orientador: Prof. João Eduardo de
Morais Pinto Furtado

São Paulo

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Mabika, Prosiane Calista Loane

MarketPlace em saúde suplementar: Análise da estratégia de uma startup / P.C.L. MABIKA -- São Paulo, 2022.

110 p.

Trabalho de Formatura – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção.

1.Healthtech em saúde suplementar 2. Estratégia de operações 3. Inteligência de negócio I. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia de Produção II.t.

Mon grand-père disait toujours :

« Sujet + verbe + complément »

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, minhas tias e tios e minha avó por sempre confiar em mim e me ajudar apesar da distância. O suporte deles foi essencial ao longo da minha jornada acadêmica.

Agradeço a meus amigos da universidade, dos esportes, da casa e da vida, por ter me acolhido de braços abertos e dado apoio quando precisava.

Agradeço a meus colegas de trabalho por ter me dado a oportunidade de aprender e me desenvolver como profissional e ser humano.

Agradeço a meu orientador, Prof. João Eduardo de Moraes Pinto Furtado, que além de ter me ajudado entender a criação do Brasil, me proporcionou ferramentas e métodos de trabalho que me servirão ao longo da vida.

Obrigada a todos, obrigada por tudo.

Merci à tous, merci pour tout.

RESUMO

O setor da saúde no Brasil apresentou um forte crescimento, tendo recebido mais de US \$430 milhões de investimento desde 2014 e apresentando um crescimento de 118% na quantidade de Startups voltadas para Saúde (*HealthTech*) entre 2018 e 2020. O presente trabalho objetiva estudar a estratégia de crescimento de uma Health Tech brasileira. Em primeiro lugar foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de entender como a criação do sistema de saúde brasileiro deixou uma parte da população sem acesso à cobertura de saúde necessária. Uma vez estabelecido o conhecimento do mercado a ser atendido, se realizou um diagnóstico da empresa e do ambiente competitivo. Foram utilizadas ferramentas clássicas de análise estratégica como SWOT, cinco forças de Porter, além de um diagnóstico de TI, com um grid estratégico. Por fim, foi feito um mapeamento da cadeia de valor da empresa. A análise com as ferramentas evocadas mostrou que a TI tem um papel fundamental na expansão do negócio. Consequentemente as partes 4 e 5 deste trabalho consistem em mostrar como a implantação de um Data Lake permite estruturar os dados da empresa e melhorar os fluxos de produção. Isso permite a realização de relatórios e análises para trazer informações relevantes para a tomada de decisões relacionadas ao crescimento do negócio. Em síntese esse trabalho mostrou que o alinhamento da TI com a estratégia traz uma vantagem competitiva para o crescimento de um negócio.

Palavras-chave: Brasil. Saúde suplementar. HealthTech. Estratégia. Inteligência de negócios.

ABSTRACT

The health sector in Brazil has shown strong growth, having received more than US \$430 million of investment since 2014, and presenting a growth of 118% in the amount of health-oriented Startups (HealthTech) between 2018 and 2020. The present work aims to study the growth strategy of a Brazilian Health Tech. First, a literature review was conducted in order to understand how the creation of the Brazilian healthcare system left a part of the population without access to the necessary healthcare coverage. Once the knowledge of the market to be served was established, a diagnosis of the company and the competitive environment was carried out. Classic tools of strategic analysis were used, such as SWOT, Porter's five forces, and an IT diagnosis, with a strategic grid. Finally, the company's value chain was mapped. The analysis with the evoked tools showed that IT plays a fundamental role in the business expansion. Consequently, parts 4 and 5 of this work consist in showing how the implementation of a Data Lake allows structuring the company's data and improving production flows. As a consequence, the team of data analysts was able to present reports of use and conduct analysis to bring relevant information for decision making related to business growth. In summary this work showed that the alignment of IT with strategy brings a competitive advantage for the growth of a business.

Keywords: Brazil. Private Healthcare. HealthTech. Strategy. Business Intelligence.

RÉSUMÉ

Le secteur de la santé au Brésil a connu une forte croissance depuis 2014, ayant reçu plus de 430 millions de dollars d'investissements. Ainsi entre 2018 et 2020, la quantité de HealthTech, startups axées sur le secteur de la santé, a augmenté de 118%. Le présent travail vise à étudier la stratégie de croissance d'une HealthTech Brésilienne. Premièrement, une revue de la littérature a été réalisée afin de comprendre comment la création du système de santé brésilien a laissé une partie de la population sans accès à la couverture sanitaire nécessaire. Une fois la connaissance du marché faite, un diagnostic de l'entreprise et de l'environnement concurrentiel a été réalisé. Des outils classiques d'analyse stratégique ont été utilisés tels que l'analyse SWOT, les cinq forces de Porter, ainsi qu'un diagnostic de la structure informatique, avec une grille stratégique. Enfin, la chaîne de valeur de l'entreprise a été cartographiée. L'analyse des outils évoqués a montré que l'informatique joue un rôle fondamental dans l'expansion de l'entreprise. Par conséquent, les parties 4 et 5 de ce travail consistent à montrer comment la mise en place d'un Data Lake permet de structurer les données de l'entreprise et d'améliorer les flux de production. Par la suite les analystes de données ont pu réaliser des rapports d'utilisation et des analyses, facilitant ainsi la prise de décision visant à la croissance de l'entreprise. Ce travail a montré que l'alignement de l'informatique avec la stratégie apporte un avantage compétitif pour la croissance d'une entreprise.

Mots-clés : Brésil. Système de santé privé. HealthTech. Stratégie. Informatique décisionnelle.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Arrecadação e destinação dos recursos da CPMF de 1997 até 2007	30
Figura 2. Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões - Brasil 2018	34
Figura 3. Distribuição de médicos e razão médicos por mil habitantes, segundo estratos populacionais de municípios - Brasil, 2018.	35
Figura 4. Principais desafios para o setor da saúde em 2021	42
Figura 5. Repartição das startups HealthTech por região no Brasil.	48
Figura 6. Repartição dos investimentos por categoria de HealthTech	49
Figura 7. Idea Maze: MarketPlace em Saúde suplementar	50
Figura 8. Esquema do funcionamento da Empresa A	52
Figura 9. Organograma da Empresa A em Dezembro 2021.....	54
Figura 10. Análise SWOT da Empresa A	58
Figura 11. Modelo das 5 forças de Porter aplicado à Empresa A	63
Figura 12. Grid estratégico da Empresa A	65
Figura 13. Cadeia de valor da Empresa A	66
Figura 14. Matriz intensidade de informação para a Empresa A	67
Figura 15. Business Model Canvas da Empresa A em Novembro 2021.....	70
Figura 16. Business Model Canvas Ideal da Empresa A.....	71
Figura 17. Exemplo de fluxo de dados sem a arquitetura de Data Lake	73
Figura 18. Exemplo de fluxo de dados com a arquitetura de Data Lake.....	74
Figura 19. Seleção de uma ferramenta com o método AHP	76
Figura 20. Matriz de julgamento dos critérios.....	76
Figura 21. Matrizes de julgamento por critério para cada alternativa	77
Figura 22. Exemplo de monitoramento de uso dos produtos da Empresa A.....	79
Figura 23. Repartição das solicitações por categoria de Janeiro 2021 até Dezembro 2021	80
Figura 24. Quantidade de solicitações por canal de atendimento.....	81
Figura 25. Primeiros OKRs do time de dados	82
Figura 26. Exemplo de slides apresentados para a reunião semanal	83
Figura 27. Dimensionamento do time de atendimento.....	84
Figura 28. Quantidade de solicitações de atendimento em Rondônia.....	87
Figura 29. Repartição dos usuários por faixa etária e tipo de paciente	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Percentual de pessoas com posse de plano de saúde médico ou odontológico e intervalo de confiança de 95%, segundo características sociodemográficas, Brasil 2013 e 2019	32
Tabela 2. Comparativo de indicadores chaves de saúde entre o Brasil, Argentina, México, o Reino Unido e os Estados Unidos	33
Tabela 3. Percentual de pessoas com posse de plano de saúde médico ou odontológico e intervalo de confiança de 95%, segundo características sociodemográficas (parcial). Brasil, 2013 e 2019.....	39
Tabela 4. Estudo do nível de serviço de atendimento telefônico em uma semana.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Classificação das 9 maiores operadoras de saúde, Brasil 2021	37
Quadro 2. Exemplos de startups HealthTech no mundo.	44
Quadro 3. Registro parcial de HealthTech voltadas ao mercado de saúde suplementar	60
Quadro 4. Resultado de cálculo pelo método AHP	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>AI</i>	<i>Artificial Intelligence</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde
<i>B2B</i>	<i>Business to Business</i>
<i>B2B2C</i>	<i>Business to Business to Customer</i>
<i>B2C</i>	<i>Business to Customer</i>
<i>CCO</i>	<i>Chief Commercial Officer</i>
<i>CDO</i>	<i>Chief Digital Officer</i>
<i>CEO</i>	<i>Chief Executive Officer</i>
<i>CFO</i>	<i>Chief Financial Officer</i>
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
ERP	Enterprise Resource Planning
FCS	Fatores Críticos de Sucesso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
<i>IoT</i>	<i>Internet of Things</i>
<i>KPI</i>	<i>Key Performance Indicator</i>
<i>NHS</i>	<i>National Health Service</i>
<i>OKR</i>	<i>Objectives and Key Results</i>

OSS	Orçamento da Seguridade Social
PEP	Prontuário Eletrônico
RH	Recursos Humanos
RIDE	Regiões Integradas de Desenvolvimento
SUS	Sistema Único de Saúde
<i>SWOT</i>	<i>Strengths Weaknesses Opportunities and Threats</i>
TI	Tecnologia da informação
TMA	Tempo Médio de Atendimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UF	Unidade Federal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
1.1	Descrição da organização	21
1.2	Problema	22
1.3	Objetivo	23
1.4	Motivação	24
1.5	Estrutura do trabalho.....	24
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	26
2.1	O Brasil antes e depois de 1988, comparações com outros países	26
2.1.1	Como era antes de haver um sistema universal	26
2.1.2	Como foram sendo montados o público restrito e os privados.....	26
2.1.3	Como a Constituição de 1988 universalizou o direito.....	27
2.1.4	Como o governo implantou depois o SUS	27
2.2	Os avanços do SUS e os espaços privados	28
2.2.1	A universalização e seus problemas	28
2.2.2	O subfinanciamento de um sistema universal	29
2.2.3	Criação da CPMF para completar o financiamento do SUS	29
2.2.4	A criação ou a ampliação de um espaço privado para a saúde “suplementar”	30
2.3	Os problemas do “mercado” na saúde	31
2.3.1	Diferenças público/privado e rural/urbano	31
2.3.2	Assimetrias de poder	36
2.4	As grandes operadoras e as brechas para novos modelos.....	37
2.4.1	Cobertura atual	37
2.4.2	Oportunidades de desenvolvimento	41
2.4.3	Criação de um novo modelo: a HealthTech	42
2.4.4	Alternativas aos planos de saúde tradicionais	49
3	DIAGNÓSTICO DE UMA HEALTHTECH	51
3.1	Apresentação da empresa.....	51
3.1.1	Produtos e modelo de negócio.....	51
3.1.2	Organização interna.....	52
3.2	Análise ambiental	54
3.2.1	Análise SWOT.....	55
3.2.1.1	Forças e fraquezas	55

3.2.1.2	Oportunidades e ameaças	57
3.2.2	Análise das forças competitivas: Modelo das 5 forças de Porter	59
3.2.2.1	Ameaças de produtos substitutos	59
3.2.2.2	Ameaças de concorrentes existentes	60
3.2.2.3	Ameaças de ingressantes potenciais.....	61
3.2.2.4	Poder de barganha dos clientes	61
3.2.2.5	Poder de barganha dos fornecedores	62
3.2.2.6	Potencial de lucro	62
3.3	Análise e avaliação da TI.....	63
3.3.1	Ferramentas principais.....	63
3.3.2	Grid estratégico.....	64
3.3.3	Cadeia de valor	66
3.3.4	Matriz de Intensidade de informação	67
3.4	Definição da estratégia.....	67
3.4.1	Papel da TI.....	68
3.4.2	Canvas	69
4	ESTRATEGIA DE OPERAÇÕES	72
4.1	Alinhamento do TI com a estratégia.....	72
4.1.1	Apresentação da situação.....	72
4.1.2	Criação de uma arquitetura de dados robusta.....	73
4.1.3	Escolha de uma ferramenta com o método AHP.....	75
4.1.4	Fatores críticos de sucesso e indicadores	78
4.1.5	Objectives and Key Results (OKRs)	81
4.2	Valorização e melhoria das comunicações entre áreas	82
4.3	Dimensionamento do time de atendimento	84
5	ESTRATÉGIA DE NEGÓCIO: EXPANSÃO	86
5.1	Aumento da rede credenciada.....	86
5.1.1	Com estudo das utilizações.....	86
5.1.2	Com fusão de empresas	88
5.1.3	Com abertura de franquias.....	88
5.2	Desenvolvimento de um produto B2C.....	89
5.2.1	Motivações	89
5.2.2	Persona	89
5.2.3	Estudo da concorrência.....	91
5.2.4	Mix de marketing: os 4 Os	91

5.3	Monitoramento do crescimento	94
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
6.1	Resultados atingidos	95
6.2	Próximos passos.....	96
6.3	Aprendizagem adquirida	96
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
	ANEXO: Análise de HealthTech concorrentes	104
	APÊNDICE: Comparativo de ferramentas de visualização de dados	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição da organização

A empresa do estudo é uma administradora de cartões que foi fundada em 2015. Os seus sócios trabalhavam inicialmente no setor de seguros para empresas, mas identificaram uma lacuna no mercado de saúde suplementar e decidiram fundar uma startup no ramo de *HealthTech* (startup voltada para a área de saúde), que chamaremos de Empresa A. O objetivo dos sócios era criar uma alternativa ao sistema de saúde pública e suplementar existente no Brasil para os brasileiros de classe C e D, sem plano de saúde. Essa *HealthTech* recebeu um aporte de R \$3 milhões da Vox Capital para o seu desenvolvimento. O produto desenvolvido pela empresa A é um cartão pré-pago de saúde que garante desconto em consultas, exames ou em compras em farmácias para os seus portadores.

Desde 2015, foram emitidos mais de 1,5 milhões de cartões no Brasil inteiro, que garantem acesso a mais de 4 mil unidades de atendimentos com uma rede credenciada e referenciada e 11 mil farmácias com descontos a partir de 20%. Para realizar um atendimento médico, o usuário tem como uma possível alternativa entrar em contato com a empresa através do site ou aplicativo. Após esse primeiro contato, a empresa envia para o usuário os orçamentos de consultas/exames a menos de 30km da sua casa. Para ser atendido, o usuário só precisa recarregar o seu cartão se quiser pagar com ele, ou tem a opção de pagar com um dos meios de pagamento aceitos no local de atendimento. Ao contratar o produto, o usuário não tem período de carência nem limite de uso, e pode adicionar beneficiários familiares.

Inicialmente o foco era atender os mercados *Business to Business* (B2B - Empresa para empresa) e *Business to Business to Customer* (B2B2C - Empresa para empresa para cliente), de modo que o cartão pudesse ser adquirido em lojas de varejo como Casas Bahia, Marisa, ou em bancos como Itaú. Com a sua expansão e maior reconhecimento no mercado, a empresa pretende entrar no mercado B2C e assim disponibilizar seus serviços a mais brasileiros e de maneira personalizada. Esse crescimento externo está alinhado com uma expansão interna da companhia, pois em fevereiro de 2022 a empresa realizou uma fusão com a Empresa X, uma rede de franquias de clínicas médicas populares, o que aumentou o seu porte e sua capacidade de atendimento. Além da fusão, a Empresa X

investiu cerca de R\$40 milhões em infraestrutura tecnológica, o que permitiu que a Empresa melhorasse seus fluxos de produção e assim se preparasse para um aumento da demanda futura.

A autora deste trabalho foi contratada pela empresa em setembro de 2021, como analista de dados para ajudar a realizar e impulsionar a transformação tecnológica dentro da companhia, mas, por ser uma empresa de pequeno porte, também lhes foram designadas tarefas de melhoria contínua para os processos de trabalho.

1.2 Problema

Na França, país de origem da autora deste trabalho, quando um novo funcionário é contratado por uma empresa, seus superiores podem lhe pedir para realizar um relatório de surpresa. Em efeito, por ser uma pessoa nova na empresa, o recém-chegado enxerga falhas ou problemas mais facilmente do que os colaboradores já presentes, pois os mesmos já estão acostumados aos processos de trabalho. Esse relatório realizado entre uma semana e um mês após a entrada permite relatar quais fatores foram surpreendentes, de maneira positiva ou negativa. Esse relatório não é uma crítica, mas sim uma ferramenta de melhoria contínua, pois traz novas sugestões e ideias de progressos para o negócio e pode ajudar na priorização dos projetos a serem desenvolvidos.

Consequentemente após duas semanas de estágio, a autora deste estudo realizou um relatório de surpresa cujo principais pontos foram:

- Falta de monitoramento visual

O local da empresa se situa no último andar de um prédio onde todos os funcionários que trabalham presencialmente estão em um espaço aberto. Ao entrar no local de trabalho, não há nenhum recurso visual que apresente indicadores ou métricas que informem o status de funcionamento do negócio. Não obstante, há duas grandes telas nas paredes que poderiam servir justamente para projetar estes indicadores-chaves, como por exemplo *Key Performance Indicator* (KPIs – Indicador-chave de Desempenho) e plano de metas.

A vantagem de um gerenciamento visual diário é que os gestores conseguem checar rapidamente se há um problema nos fluxos de produção, e os funcionários veem diretamente o resultado de seus trabalhos. A projeção de resultados visuais permite

também mostrar os objetivos a serem atingidos e a distância entre eles e os resultados atuais. O fato de realizar um trabalho sem saber qual é a qualidade resultante faz com que as tarefas fiquem abstratas e isso pode afetar o engajamento laboral no longo prazo.

- Autonomia limitada nos processos de trabalho

Tendo em vista os produtos oferecidos pela *HealthTech*, os funcionários lidam com muitos dados diariamente. A maioria das pessoas trabalha em equipe, mas quando é necessário trocar informações ou arquivos, por exemplo, tudo se faz por e-mail de pessoa para pessoa. E, dado que a estrutura e o funcionamento da empresa não são decorados desde a fase de *onboarding* para os novos funcionários, há uma perda de tempo para identificar os responsáveis e os detentores de certas informações fundamentais para a resolução de tarefas específicas.

Isso resulta em um segundo problema, a geração de dependência entre os times. Caso em algum dia, algum colaborador precise dos documentos que estão na posse de um funcionário que está doente ou de férias, é difícil encontrar uma solução para continuar o trabalho. Assim sendo, acontecerá também se uma pessoa sair da empresa e não compartilhar as informações e dados que ela possuía com os demais membros da sua equipe.

1.3 Objetivo

A Empresa está em fase de crescimento e quer estender suas operações para mais brasileiros. Para atingir essa meta, é necessário estabelecer uma estratégia que permita melhorar tanto os processos internos (ferramentas, fluxos de produção) quanto externos (comunicação, canais de distribuição) para ampliar a penetração e reconhecimento da marca no mercado de saúde. Assim esse trabalho se propõe realizar um diagnóstico da empresa em termos de processos de trabalho e infraestrutura de Tecnologia da Informação (TI).

Uma vez realizado o diagnóstico, o objetivo será fazer uso das melhores ferramentas à disposição para resolver os problemas relacionados à ausência de gestão visual e falta de autonomia. A autora deste artigo trabalhará com equipes multidisciplinares para participar da transformação tecnológica da empresa. A ideia é

implementar a longo prazo uma cultura de uso de dados para a tomada de decisões. Assim, cada escolha de ferramenta, de parceria, de comunicação ou de implantação de clínica deverá partir de um estudo detalhado dos dados à disposição para maximizar o retorno sobre investimento.

1.4 Motivação

A escolha da empresa e dos problemas a serem resolvidos foi feita principalmente em razão do tamanho da companhia. Por ser uma startup, há pouca hierarquia e as comunicações entre funcionários são facilitadas. Adicionalmente, em razão da diversidade das tarefas realizadas, a autora pode pôr em prática diversos conhecimentos da formação de engenheiro de produção, e ver em tempo real os resultados das ações realizadas.

Esse trabalho possui também uma dimensão cultural, pois permite entender o funcionamento de uma empresa no Brasil, além de entender uma parte essencial da cultura envolvendo o funcionamento e o contexto histórico da formação e desenvolvimento do setor da saúde brasileiro. A gestão da saúde no Brasil não é igual à da França, dessa forma a realização do trabalho gerou uma importante aprendizagem no que tange a familiarização com o mercado da saúde no Brasil e suas especificidades.

1.5 Estrutura do trabalho

Esse trabalho seguirá um roteiro dividido em 6 partes:

A primeira parte da introdução se dedica a apresentar a empresa de estudo, onde a autora trabalha como analista de dados, e os problemas a serem resolvidos ao longo do trabalho.

A segunda parte consiste em um estudo bibliográfico, para entender a construção dos sistemas de saúde público e privados no Brasil e como as políticas tomadas impactaram o país até os dias atuais. Neste tópico será feito um comparativo com países como Argentina e México para avaliar e analisar como países com uma história de colonização inicialmente similar à brasileira construíram sistemas de saúde diferentes.

Essa parte olha também para as principais operadoras de saúde no Brasil e as características das populações que não podem beneficiar de planos de saúde privados. Tendo como público-alvo as classes C e D, é importante para a empresa analisada neste estudo entender o que faz com que certas pessoas não possam arcar com os custos de um plano de saúde, para oferecer um serviço adaptado ao seu usuário. Veremos também como a criação de *HealthTech* pode permitir realizar avanços significativos em relação à democratização do acesso à saúde no mundo e no Brasil.

Na terceira parte será realizado um diagnóstico da empresa e do mercado na qual ela atua. Com a análise da empresa em se pode identificar suas oportunidades de desenvolvimento e pistas de melhoria. Essa parte mostra a importância da TI para o bom funcionamento do negócio.

Consequentemente, a quarta parte será focada na estratégia interna da organização. Neste tópico veremos como ferramentas estratégicas podem ser implementadas para agilizar os processos de produção e análise, trazendo uma vantagem competitiva para a empresa.

Depois da quinta parte se propõe explorar as ferramentas desenvolvidas nas partes precedentes para pôr em prática uma estratégia de expansão baseada em dados. Essa parte objetiva mostrar como o monitoramento do uso dos produtos pode facilitar a tomada de decisões.

Na sexta parte apresentaremos e comentaremos os resultados atingidos até a redação deste trabalho. Essa parte de conclusão será a oportunidade de apresentar as próximas ações a serem feitas pela empresa, além de destacar a aprendizagem adquirida ao longo desse estágio.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O Brasil antes e depois de 1988, comparações com outros países

2.1.1 Como era antes de haver um sistema universal

Durante o século XX, antes de haver a Constituição de 1988, a gestão da saúde no Brasil era feita de ações pontuais: as ações de saúde pública eram focadas apenas em controlar doenças específicas. Logo em 1966, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social que resultou da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que tinham o papel de fornecer assistência médica aos trabalhadores formais.

Ao fazermos a comparação com Argentina e México, dois países cujo desenvolvimento inicial foi parecido com o do Brasil, vemos que na Argentina, por exemplo, o Estado atuava na saúde pública desde o início do século XX, para atender pessoas que não tinham acesso a cuidados com a saúde. Já no país mexicano, entre 1940 e 1970, os trabalhadores se beneficiavam de um plano de saúde oferecido pelas empresas para as quais trabalhavam, enquanto o restante da população dependia exclusivamente de ações públicas ou recursos próprios (MACHADO, 2018).

A título de comparação, na mesma época, o Reino Unido também trouxe iniciativas voltadas para a saúde pública. No caso deles, foi criado o *National Healthcare Service* (NHS), implementado em 1948, em um país que estava se reconstruindo depois de ter enfrentado duas guerras mundiais.

2.1.2 Como foram sendo montados o público restrito e os privados

Durante os anos de 1960, o Estado brasileiro começou a subsidiar o setor privado, enquanto esse já prestava serviços hospitalares para o Instituto Nacional da Previdência. Foi na década de 70 que a cobertura da Previdência Social começou a se expandir para as áreas rurais e que alguns serviços de saúde pública como serviços de emergências começaram a ser disponibilizados para toda a população Brasileira (MACHADO, 2018).

Enquanto na Argentina, o mesmo modelo foi feito a partir de três categorias: o setor público, o setor privado e as obras sociais. Este último era um modelo de financiamento dos empregadores e dos trabalhadores e que, inicialmente, cobravam

apenas dos trabalhadores formais. O modo de funcionamento deste sistema de obras sociais se baseava na contratação de serviços do setor privado, que acabou ajudando na expansão destes serviços particulares, uma vez que não havia regulação do estado. Do lado de México, as ações se voltaram mais para a privatização dos serviços nos anos 1980 devido à crise econômica que causou uma diminuição do financiamento do setor público (MACHADO, 2018).

2.1.3 Como a Constituição de 1988 universalizou o direito

A Constituição Federal Brasileira de 1988, no Art. 196., estabeleceu que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Esse artigo resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS): “público, universal, gratuito, integral, orientado pela descentralização e controle social”.

De maneira similar, houve na Argentina uma vontade do governo Alfonsín (eleito em 1983) de universalizar a cobertura de saúde e estendê-la para os cidadãos fora do mercado do trabalho, criando, assim, um Seguro Nacional de Saúde. Sua criação tinha como um dos objetivos fortalecer o papel do Estado para a política de saúde e contaria com as obras sociais, mas não foi implementado por conta da crise econômica e da resistência dos sindicatos de base peronista. Durante a década de 90 no México, várias propostas foram feitas com o intuito de privatizar o seguro social e a saúde, todas sem sucesso. Foi em 2003 que ocorreu a implementação da Lei do Sistema de Proteção Social em Saúde e o do Seguro Popular de Saúde destinado aos pobres, esse seguro cobra uma quantidade limitada de intervenções de saúde (MACHADO, 2018).

2.1.4 Como o governo implantou depois o SUS

A implementação do SUS começou com o governo Collor em 1990 e a origem dos financiamentos previstos para o sistema foram os impostos e as contribuições sociais. Porém, as movimentações políticas, financeiras e de mercado que marcaram a época -

como a abertura de mercados, restrições ao gasto público, fragilidade das políticas industriais, redução do Estado, descentralização e novas relações público-privadas - prejudicaram o custeio desta política, acarretando num subfinanciamento do SUS e na impossibilidade de sua expansão conforme demandado na Constituição.

As mesmas dificuldades relacionadas a limites de financiamento do setor público também aconteceram na Argentina e o estado optou por incentivar os hospitais públicos a se tornarem autônomos. Já as obras sociais competiram entre si para reter seus filiados e continuaram subcontratando empresas do setor privado, o que continuou favorecendo o crescimento desse setor. Foi a partir dos anos 2000, que houve a ampliação de programas de saúde, com apoio internacional, como o investimento em infraestruturas hospitalares por exemplo (MACHADO, 2018). Por conta da crise econômica enfrentada, a Argentina recebeu o apoio financeiro do Fundo Monetário Internacional (FMI) e das instituições multilaterais de crédito (MEDICI, 2002).

O México efetuou uma estratégia diferente e, a partir de 1995, realizou uma reforma de descentralização do setor da saúde no país. Desta maneira, o Seguro Popular passou a ser financiado tanto pelo governo federal, quanto pelo estado e pelos beneficiários que tinham condições de pagar. Porém, com o tempo foi evidenciado o problema com relação a diferença de qualidade na infraestrutura dependendo do estado, uma vez que era possível haver verba maiores que outras, dependendo da localidade.

2.2 Os avanços do SUS e os espaços privados

2.2.1 A universalização e seus problemas

A universalização da saúde tem como objetivo garantir seu acesso a todos, mas na realidade há vários fatores que impossibilitam o correto dimensionamento do SUS para atendimento da demanda. Com efeito, há problemas de subfinanciamento desde a sua criação que faz com que as infraestruturas públicas careçam de recursos materiais para atender ao público. Veremos mais à frente que há também escassez de recursos humanos e que há uma forte necessidade de profissionais de saúde em algumas regiões rurais.

2.2.2 O subfinanciamento de um sistema universal

O financiamento do Sistema Universal de Saúde contou em parte com o “Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais.” (UGÁ; SANTOS, 2006). Porém o Ministério da Saúde relatou problemas de sub financiamentos por conta dos seguintes motivos:

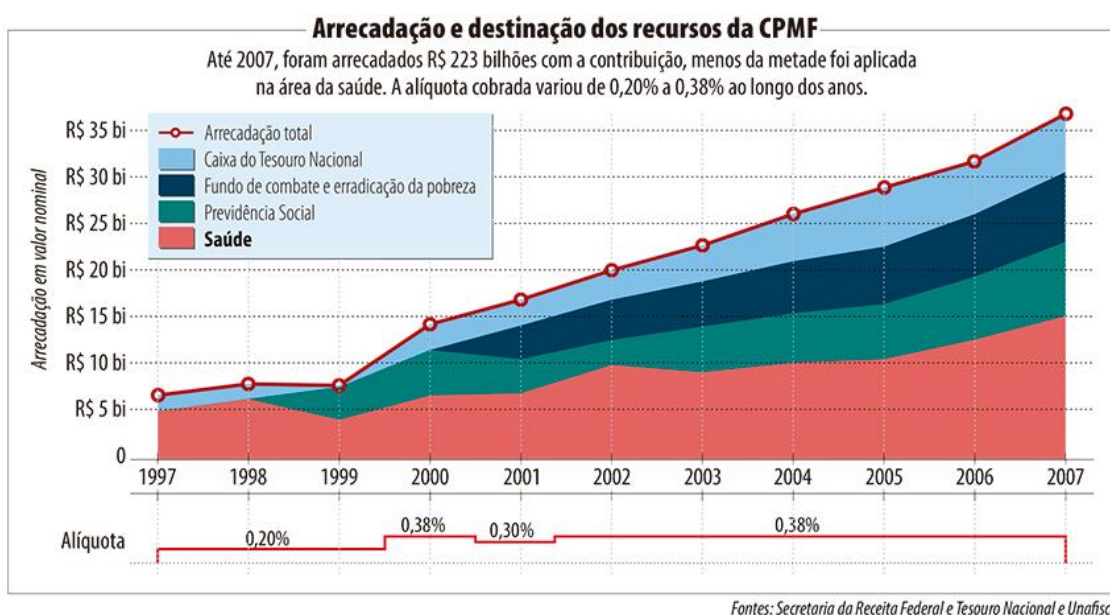
- Os recursos destinados a entrar no OSS não entraram na sua totalidade;
- Os recursos entraram no OSS de maneira irregular, ao contrário do que foi previsto, dificultando sua contabilidade;
- Os recursos do OSS pagaram gastos que não faziam parte das atividades de segurança social.

O financiamento dependia da presidência e das autoridades econômicas, que não apenas não se empenharam como dificultaram o pleno financiamento do sistema. A influência deles resultou na limitação da expansão de serviços públicos e dos gastos destinados à Seguridade Social. (UGÁ; SANTOS, 2006)

2.2.3 Criação da CPMF para completar o financiamento do SUS

Frente ao subfinanciamento do sistema universal de saúde, o governo brasileiro decidiu criar um imposto para suprir a falta de recursos: a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), cobrado de todos os cidadãos independente da renda. Sua cobrança era feita através das instituições financeiras a cada transação bancária, “exceto nas negociações de ações na Bolsa, saques de aposentadorias, seguro-desemprego, salários e transferências entre contas correntes de mesma titularidade” (SENADO FEDERAL). O dinheiro obtido era então destinado a ser investido na área de saúde para assim beneficiar uma grande parte da população. Porém, na realidade, outros setores acabaram recebendo tais recursos e a saúde foi contemplada com menos da metade dos impostos arrecadados pela CPMF, como podemos ver na Figura1.

Figura 1. Arrecadação e destinação dos recursos da CPMF de 1997 até 2007



Fonte: Senado Federal (2022)

2.2.4 A criação ou a ampliação de um espaço privado para a saúde “suplementar”

A saúde suplementar é o conjunto de ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde. Essas atividades não têm vínculo com o SUS, e são reguladas e fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000. Os cidadãos que se beneficiam de saúde suplementar não perdem direito de serem atendidos pelo SUS, uma vez que é um direito estabelecido na constituição brasileira.

A saúde suplementar não deve ser confundida com a saúde complementar, que, por sua vez, “representa a atuação da iniciativa privada em complemento aos serviços relativos à assistência à saúde executados pelo Poder Público”. Ou seja, quando o Estado não possui recursos específicos para dar assistência em uma dada categoria de tratamento ou procedimento médico-hospitalar, ele assume os custos e paga iniciativas privadas para que a população possa ser atendida (PORTAL DA INDÚSTRIA, 2021). Nesse estudo o nosso foco é voltado para a saúde suplementar.

Com este gargalo de atendimento, o setor privado, que já existia, continuou crescendo, em paralelo ao desenvolvimento do SUS. Em consequência disso, o SUS dependia muito dos prestadores de serviços do setor privado para fornecer leitos e

laboratórios, por exemplo. Desta maneira, as instituições privadas foram ganhando força e espaço no atendimento da população.

2.3 Os problemas do “mercado” na saúde

2.3.1 Diferenças público/privado e rural/urbano

Para se expandir no Brasil, o setor privado aproveitou de algumas brechas na legislação Brasileira em relação à saúde. Um exemplo disso é a cobertura universal fornecida pelo SUS. Na teoria ela deve ser acessível por todos os brasileiros, mas na realidade dependendo da região pode haver um subdimensionamento das infraestruturas e dos recursos públicos. Ao mesmo tempo, algumas estruturas privadas se beneficiam de recursos públicos para se manter. Essas políticas são apresentadas como contraditórias por Sestelo, Souza e Bahia (2013) pois favorecem o setor privado, enquanto a lei de 1988 tinha como objetivo ajudar ao desenvolvimento do setor público.

Assim, as populações mais pobres beneficiam apenas das políticas públicas para serem atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) gerenciadas pelo SUS, enquanto as classes médias e altas dirigem-se para os planos de saúde privados para beneficiar de um atendimento mais rápido e às vezes melhor por conta das infraestruturas avançadas.

Entre 2013 e 2019, foi feita uma Pesquisa Nacional de Saúde, na qual foram analisados dados sobre a cobertura de planos de saúde no Brasil em função de vários fatores. Com a Tabela 1 abaixo vemos que as regiões Sul e Sudeste concentram os maiores percentuais de cobertura por plano de saúde.

Tabela 1. Percentual de pessoas com posse de plano de saúde médico ou odontológico e intervalo de confiança de 95%, segundo características sociodemográficas, Brasil 2013 e 2019

Variáveis	2013		2019	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Tipo de situação censitária				
Urbano	31,7	(30,7-32,7)	32,2	(31,3-33)
Rural	6,2	(5,3-7,3)	7,0	(6,3-7,8)
Tipo de área				
Capital	40,1	(38,9-32,7)	42,4 ^a	(41,1-43,7)
Resto da RM (Região Metropolitana, excluindo a capital)	31,3	(29,6-33,1)	32,6	(30,9-34,4)
RIDE (excluindo a capital)	14,0	(10,6-18,2)	18,7	(12,7-26,7)
Resto da UF (Unidade da Federação, excluindo a região metropolitana e RIDE)	22,3	(21,1-23,5)	21,8	(20,9-22,9)
Região				
Norte	13,3	(12,3-14,5)	14,7	(13,6-16,0)
Nordeste	15,5	(14,6-16,4)	16,6	(15,8-17,4)
Sudeste	36,9	(35,2-38,6)	37,5	(36,0-39,0)
Sul	32,8	(30,5-35,2)	32,8	(31,3-34,3)
Centro-Oeste	30,3	(28,7-32,1)	28,9	(27,2-30,7)

^a Diferença significativa entre as estimativas de 2013 e 2019, baseadas em um valor de p menor que 0,01 no teste t de Student para amostras independentes.

Fonte: Júnior et al. (2021)

Não obstante, se olharmos a diferença urbano/rural entre 2013 e 2019, a taxa de cobertura nas regiões rurais é cinco vezes menor do que nas regiões urbanas, porque somente 6,2% da população rural possui uma cobertura de saúde privada, em 2013 e 7%, em 2019.

Podemos também observar alguns indicadores de saúde para comparar o Brasil com outros países. Assim, se olharmos para a linha de Quantidade de médicos para 1000 pessoas, na tabela 1 abaixo por exemplo, o Brasil possui 2,2 médicos por 1000 habitantes,

enquanto há 2,6 nos Estados Unidos, 4 na Argentina e 4,8 no México. Ou seja, em média, a quantidade de médicos no Brasil é inferior às quantidades dos seus países vizinhos ou próximos.

Tabela 2. Comparativo de indicadores chaves de saúde entre o Brasil, Argentina, México, o Reino Unido e os Estados Unidos

Variável	Brasil	Argentina	México	Reino Unido	Estados Unidos
Taxa de mortalidade para 1000 nascimentos (2019)	12,5	8,08	12,2	3,7	5,6
Esperança de vida (2016)	75,1	76,9	76,6	81,4	78,6
Porcentagem da população com mais de 65 anos (2020)	9,2	12,3	7,7	18,5	16,9
Taxa de obesidade (2021)	22,1	28,3	28,9	27,8	36,2
Porcentagem da população adulta fumante (2020)	12,8	24,5	13,1	15,4	23
Quantidade de médicos para 1000 pessoas (2018)	2,2	4 (2017)	4,8	5,8 (2019)	2,6
Quantidade de leitos hospitalares para 1000 pessoas (2017)	2,1	5	1 (2018)	2,5 (2019)	2,9
Gasto per capita com saúde \$ (2019)	853,39	945,99	540,37	4312,89	10 921,01
Gastos per capita com remédios \$ (2019)	276	181	251	515	1376
Gastos com remédios como % do total de gastos com saúde \$ (2019)	18,2	Sem Info.	22,2	11,5	12,6

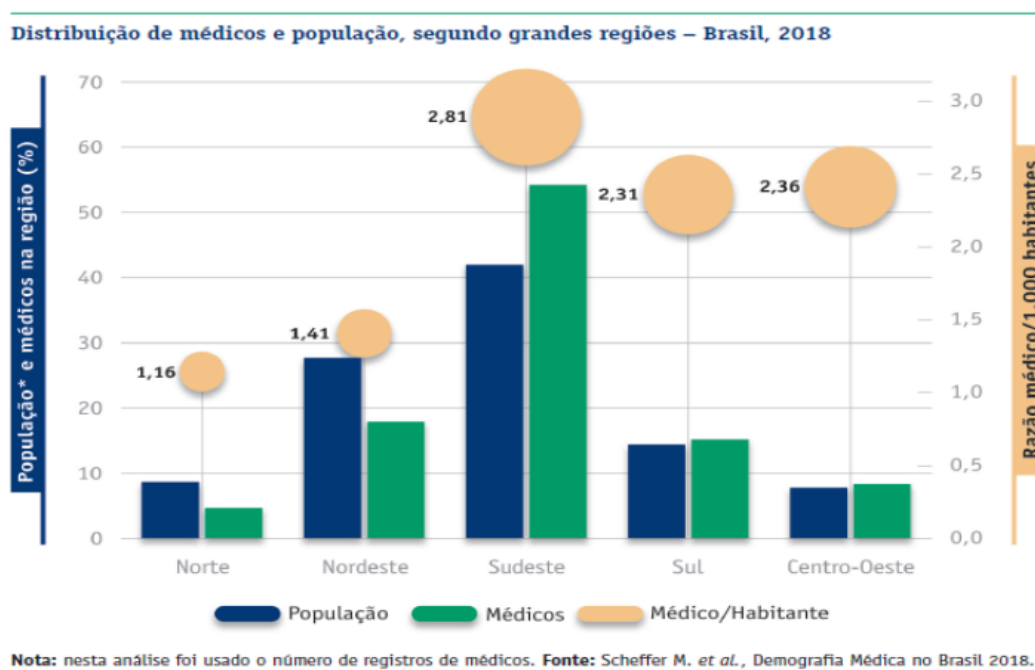
Fonte: Compilação da autora

Esse número pode parecer razoável, mas ao cruzarmos essa informação com os números de cobertura de plano de saúde, no meio urbano e rural, destaca-se uma outra

visão. A Associação Médica Brasileira realizou um estudo da demografia médica no Brasil em 2018 (Figura 2) e atingiu os resultados seguintes:

A média nacional não permite ver a disparidade entre as regiões: o polo econômico Sudeste possui a maior taxa com 2,81 médicos para 1000 pessoas, o que representa o dobro da região Nordeste, que possui somente 1,41 médicos para 1000 pessoas, e em último lugar, vemos a região Norte, com 1,16 médicos para 1000 pessoas.

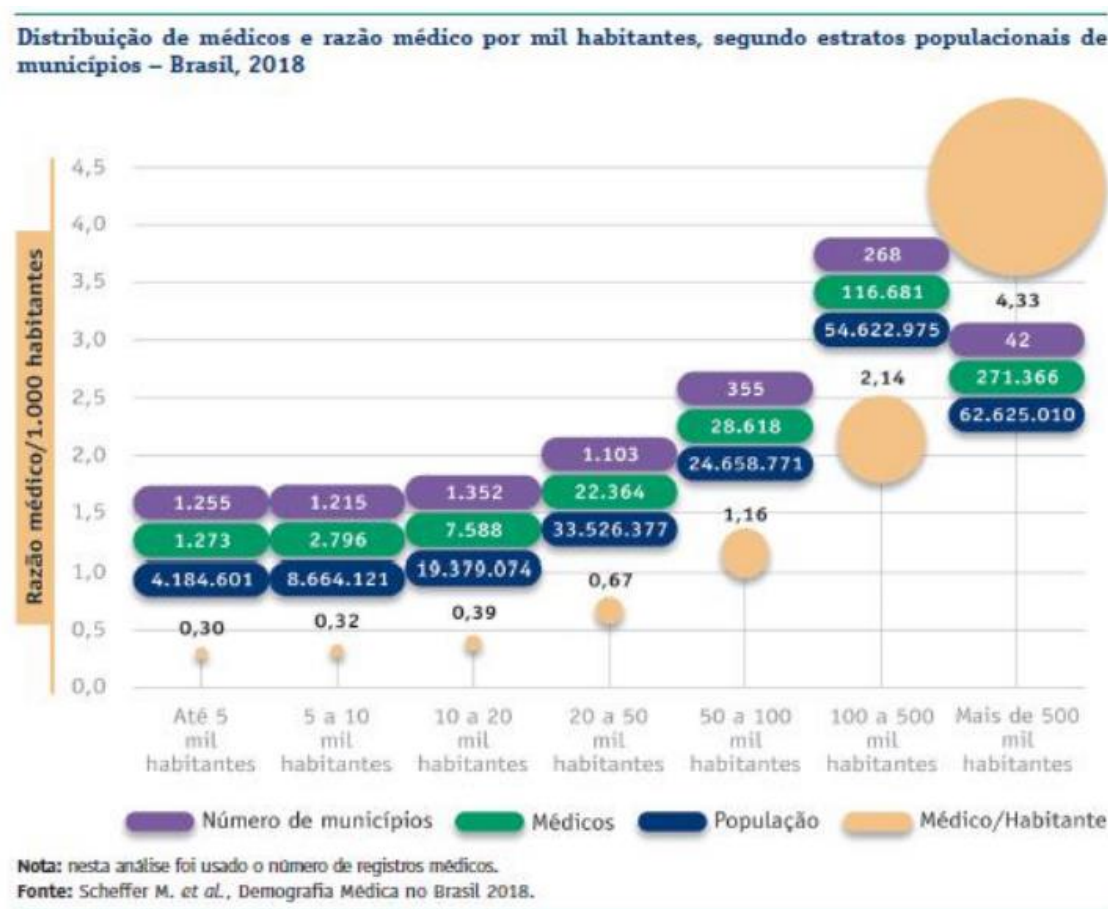
Figura 2. Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões - Brasil 2018



Fonte: Associação Médica Brasileira (AMB) (2018)

Agora, ao esquadriharmos a escala dos municípios, vemos na Figura 3 que a disparidade é maior com o seu tamanho. Foram registrados 42 municípios com mais de 500 mil habitantes e eles têm uma taxa de 4,33 médicos para 1000 habitantes. Nos municípios de menos de 20 mil habitantes, essa taxa não atinge 0,4 médicos, para os 1000 habitantes. Desse jeito, as zonas rurais contabilizadas como municípios de menos de 5 mil habitantes possuem uma taxa de 0,3 médicos, para os seus 1000 habitantes, o que é bem inferior à média nacional de 2,2 médicos.

Figura 3. Distribuição de médicos e razão médicos por mil habitantes, segundo estratos populacionais de municípios - Brasil, 2018.



Fonte: Associação Médica Brasileira (AMB) (2018)

Esse problema de distribuição de médicos é conhecido há um tempo, por isso o Governo Federal lançou o programa Mais Médicos em 2013, no governo de Dilma Rousseff. O objetivo desse programa é melhorar o atendimento aos usuários do SUS, ao contratar profissionais da saúde nos lugares onde há escassez de recursos humanos, como nos municípios elencados anteriormente ou nas periferias das grandes cidades. O programa abriu primeiramente as vagas de médicos para os médicos com registro no Brasil, depois para os médicos brasileiros formados no exterior, e finalmente, para médicos estrangeiros formados no exterior (GOVERNO FEDERAL). Como resultado disso, vários profissionais de saúde se recusaram a aceitar as vagas nos municípios rurais ou mais distantes das capitais. Foi assim que surgiu a necessidade do atendimento dos 20 mil médicos cubanos, em quase 3600 municípios brasileiros, constituindo 80% da força trabalhadora do programa.

Com a eleição de Jair Bolsonaro em 2018, o governo anunciou alterações nos acordos firmados no início do programa, isso fez com que os médicos cubanos saíssem do Brasil e, novamente, a situação de escassez médica retornou ao país. (FLOR, 2018)

2.3.2 Assimetrias de poder

Destacamos aqui alguns dos problemas resultantes da expansão do mercado de saúde suplementar, em especial sobre os médicos e os usuários desse sistema. Essa sequela afetou os médicos que prestavam serviços às operadoras de saúde, com uma perda de autonomia, dado que eles se tornaram dependentes das operadoras de planos de saúde, para marcar os atendimentos com os clientes e gerenciar os procedimentos, quando as operadoras preferem priorizar os procedimentos de menor custo, por exemplo. Além disso, nota-se a imposição das tarifas praticadas e da distância de deslocamento do paciente até o local de atendimento, que muitas vezes é muito distante e que é selecionado pelo plano de saúde (VILARINHO, 2004).

Para os usuários, a falha começa na cobertura. Examinando o estudo de Vilarinho (2004), nota-se a denúncia das operadoras de saúde, por escolherem os seus clientes, seguindo critérios econômicos. Para a contratação de planos de saúde, há a possibilidade de se recusar o atendimento da população “de risco elevado, que sofre de enfermidades crônicas, como as mentais, as cancerígenas e os soropositivos do HIV, dentre outras”. No artigo “Saúde suplementar em xeque”, publicado na Folha de São Paulo, José Luiz Gomes do Amaral (2022), o presidente da Associação Paulista de Medicina denuncia os obstáculos e as autorizações para internações ou procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que não é dado ao paciente “escolher onde tratar-se”, e que “exigem dos médicos subordinação. Os recursos disponibilizados são os que permitem mais vantagens financeiras, não melhores resultados clínicos.” Assim como vemos o paciente tem pouca liberdade de escolha sobre a sua jornada de saúde porque as operadoras privilegiam as vantagens financeiras aos resultados clínicos.

Isso põe de forma clara uma assimetria de poder, onde por um lado temos empresas que sabem tudo dos potenciais clientes, graças a pesquisas com o uso do Cadastro de Pessoa Física (CPF), e, por outro lado, temos os potenciais clientes que ao não apresentarem conhecimento da legislação brasileira, podem se ver recusados a um serviço para o qual deveriam ter acesso por lei. (VILARINHO, 2004)

2.4 As grandes operadoras e as brechas para novos modelos

2.4.1 Cobertura atual

Hoje, no Brasil, há 9 grandes operadoras de saúde que acumulam 40,6% de fatia de mercado, como vemos no quadro seguinte:

Quadro 1 Classificação das 9 maiores operadoras de saúde, Brasil 2021

(continua)

Ranking	Operadora	Ano criação e UF Sede	Beneficiários	Market share	Operação de compra ¹
1	NotreDame Intermédica	1968, SP	4,43 milhões	9,0%	Adquirida pela americana Bain Capital em 2014
2	Hapvida Assistência Médica	1993, CE	3,95 milhões	8,1%	Adquiriu a operadora São Francisco em 2019
3	Bradesco Saúde	1984, SP	3,66 milhões	7,5%	/
4	Amil Assistência Médica	1978, SP	3,35 milhões	6,9%	Faz parte da americana UnitedHealth Group desde 2012

¹Foram registradas apenas as grandes operações de compras

Quadro 1 Classificação das 9 maiores operadoras de saúde, Brasil 2021

(conclusão)					
Ranking	Operadora	Ano criação e UF Sede	Beneficiários	Market share	Operação de compra²
5	SulAmérica Saúde	1985, RJ	2,46 milhões	5,1%	/
6	Seguros Unimed Saúde	1998, SP	598 mil	1,2%	/
7	Prevent Senior	1997, SP	548 mil	1,1%	/
8	Assim Saúde	1998, RJ	511 mil	1,1%	/
9	Porto Seguro Saúde	1992, SP	284 mil	0,6%	/

Fonte: ANS, competência setembro 2021, BENEFICIOSRH, 2021 e elaboração própria

Essas operadoras fornecem a cobertura de saúde privada para os brasileiros. Uma similaridade que podemos notar entre elas é que todas oferecem planos de saúde empresariais. Depois, pode existir diferença nos serviços adicionais, como por exemplo:

- Oferta de planos com ou sem coparticipação;
- Oferta de planos individuais ou familiares, para pessoas desempregadas ou com um trabalho informal;
- Rede credenciada de hospitais, clínicas, laboratórios ou unidades de atendimento;
- Seguro-viagem.

Essas empresas tradicionais são as mais recorrentes, mas o funcionamento delas faz com que não sejam acessíveis para todos.

O artigo Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019 de Júnior et al. (2021) estudou a cobertura de planos de saúde no Brasil, em 2013 e 2019, durante a sua leitura compreendemos que a cobertura dos planos aumentou durante esse período, mas não foi de maneira linear. O texto revela

²Foram registradas apenas as grandes operações de compras

que quase 70% dos planos são empresariais, ou seja, a empresa paga a operadora de saúde para disponibilizar serviços para os seus funcionários.

Tabela 3. Percentual de pessoas com posse de plano de saúde médico ou odontológico e intervalo de confiança de 95%, segundo características sociodemográficas (parcial).
Brasil, 2013 e 2019.

Variáveis	2013		2019	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Brasil	27,9	(27,1-28,8)	28,5	(27,8-29,2)
Sexo				
Masculino	27,0	(26,1-27,9)	27,4	(26,6-28,2)
Feminino	28,0	(27,9-29,7)	29,5	(28,8-30,3)
Faixa de rendimento domiciliar per capita				
Até ¼ salário-mínimo (SM)	5,0	(3,9-6,2)	3,0	(2,6-3,5)
Mais de ¼ até ½ SM	7,2	(6,5-8,0)	7,5	(6,9-8,2)
Mais de 1/2 até 1 SM	17,1	(16,2-18,1)	17,7	(16,9-18,5)
Mais de 1 até 2 SM	34,8	(33,5-36,2)	35,7	(34,7-36,8)
Mais de 2 até 3 SM	56,5	(54,3-58,6)	54,8	(53,0-56,7)
Mais de 3 até 5 SM	67,5	(65,0-69,9)	72,2	(70,3-73,9)
Mais de 5 SM	84,1	(82,2-85,9)	88,0	(86,6-89,2)
Condição de ocupação				
Pessoas ocupadas	32,5	(31,5-33,5)	33,3	(32,5-34,2)
Pessoas desocupadas	16,3	(14,6-18,2)	15,0	(13,9-16,1)
Situação em relação a formalidade do trabalho				
Ocupado em emprego formal	-	-	47,4	(46,4-48,5)
Ocupado sem carteira assinada	-	-	19,1	(18,4-19,9)

Fonte: Júnior et al. (2021)

Em relação aos preços, entre 2016 e 2019, o valor médio de um plano empresarial passou de R \$391,00 reais para R \$495,00 reais. Houve um aumento para o valor médio dos planos individuais também, no momento em que o salário-mínimo passou de R

\$880,00 para R \$998,00 reais. Assim, quando olhamos para o perfil das pessoas entrevistadas, em 2019, 15% das pessoas desocupadas tinham um plano de saúde, contra 33,3%, para as pessoas que possuíam alguma ocupação.

Esses trabalhadores podem ser divididos em duas categorias: os trabalhadores formais e os informais, porque esses grupos possuem uma relação diferente com as operadoras de saúde. Como resultado, 30,7% dos trabalhadores formais pagavam diretamente às operadoras de saúde, em contrapartida dos 70% dos trabalhadores informais. O resultado disso é que os trabalhadores informais possuem despesas maiores em relação à saúde (JÚNIOR *et al.*, 2021). As repercussões são visíveis ao nível nacional, pois se olharmos a Tabela 1 e os custos relativos à saúde, as despesas *per capita* dos brasileiros estavam por volta de 853,39 dólares em 2019. A título de comparação foram 540,37 dólares no México e 10.921,01 nos Estados Unidos.

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) pediu à Vox Populi para realizar uma pesquisa sobre o uso de planos de saúde. Os resultados que saíram em junho de 2021 revelaram que o terceiro maior desejo do brasileiro é possuir um plano médico-hospitalar, depois de ter sua casa própria e educação (MADUREIRA, 2021). Assim, em outubro de 2021 a ANS revelou que 22% dos brasileiros possuem um plano de saúde e 68% desses planos são benefícios empresariais. Esse tipo de benefício é muito importante na assinatura de um contrato, pois é uma ajuda que pode ter muita importância dependendo do salário do funcionário.

Para as pessoas que possuem um plano de saúde individual, uma pesquisa da HealthTech SAMI revelou que o maior obstáculo ao contratar um plano de saúde individual é o preço. Os entrevistados revelaram que não gostam completamente do seu plano de saúde quando eles têm um, porque sentem que pagam mais do que recebem. A maioria dos usuários preferia comprar um plano que lhes permitisse pagar somente pelo que usam, o que seria realizável, com planos onde há a possibilidade de escolher seus benefícios.

2.4.2 Oportunidades de desenvolvimento

Podemos resumir os problemas levantados da maneira seguinte:

- Existe uma assimetria de poder entre as operadoras de saúde e os pacientes, pois eles nem sempre conhecem os direitos deles; e entre operadoras e médicos, porque eles perdem autonomia na realização do trabalho deles;
- Há desigualdade de acesso entre as regiões e entre os municípios rurais/urbanos dentro de uma mesma região;
- O subfinanciamento do SUS fez com que as infraestruturas fossem subdimensionadas, para atender à demanda.

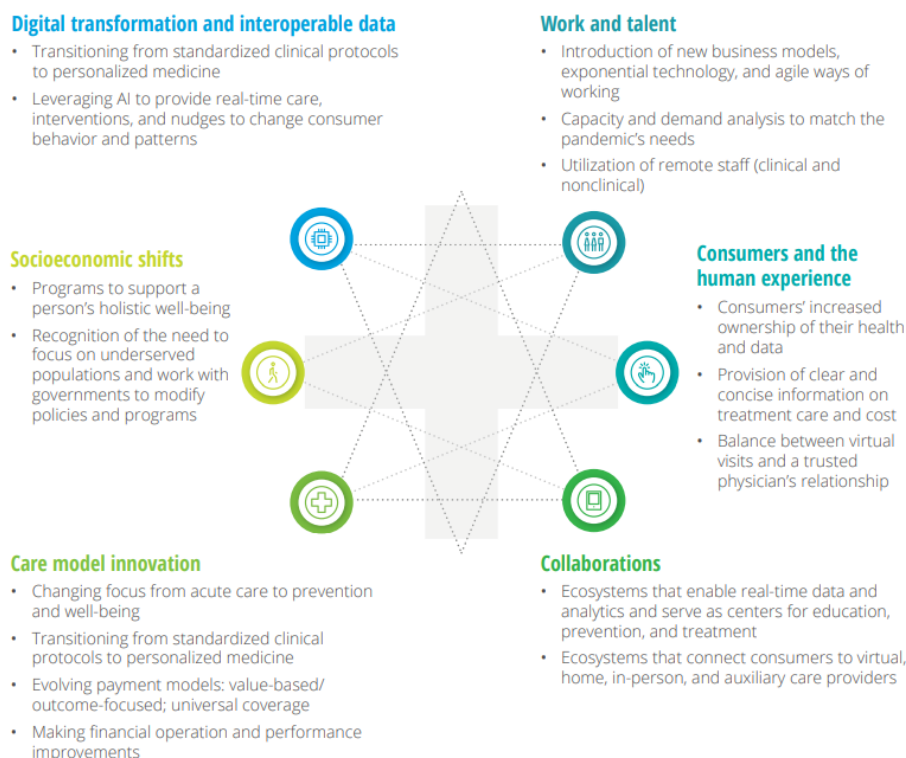
Em um mundo em constante evolução, o uso da tecnologia já se mostrou eficiente para agilizar processos de produção, de comunicação, e de transporte, entre outros. Assim, faz sentido usar a tecnologia também para melhorar os processos relacionados à saúde, pois esse aspecto impacta a vida de todos em um dado momento. Se olharmos para o mundo produtivo atual, vemos que a tecnologia se tornou onipresente em todos os setores da economia e mostrou que podia ajudar a agilizar os processos de produção e prestação de serviços, otimizando tempo e recursos. Assim, o fato de que as maiores operadoras de planos de saúde atuais fazem pouco uso da tecnologia pode prejudicá-las, pois a tecnologia pode impactar muito o setor da saúde.

Consequentemente podemos complementar a lista de oportunidades com o estudo da Deloitte (2021), que resume os principais desafios do setor da saúde pelo mundo, entre os quais:

- A necessidade de tornar a saúde digital e personalizada para cada paciente, com mais foco na prevenção de doenças;
- Introduzir novos modelos de negócios que façam uso da tecnologia para melhorar os processos;
- Implementar um modelo que tem como foco o paciente, onde ele possa ter acesso aos seus dados e entendê-los;
- Agilizar as trocas de informações entre médicos e as comunicações entre os pacientes e os profissionais da saúde, como um todo;
- Melhorar os meios de pagamentos e suas performances.

Figura 4. Principais desafios para o setor da saúde em 2021

Global health care sector issues in 2021



Fonte: Deloitte Global Health Care Outlook (2021)

Podemos ver na Figura 4 que esses desafios estão relacionados, e a melhoria de cada um vai impactar os outros numa boa maneira. Para enfrentar esses desafios, as empresas estabelecidas (*incumbentes*) começaram a investir em programas de inovação e de Pesquisa & Desenvolvimento. Porém, a competição está se fazendo com novos modelos de negócios, cada vez mais criados por novas empresas, que utilizam as tecnologias para explorar oportunidades não visualizadas ou não aproveitadas: a HealthTech.

2.4.3 Criação de um novo modelo: a *HealthTech*

De acordo com a plataforma de inovação Distrito, as startups *HealthTech* são “empresas que desenvolvem tecnologias para otimizar o sistema de saúde e tudo a ele relacionado. Assim, trazem melhorias para a oferta de serviços de saúde, a forma como eles são valorizados e consumidos” (DISTRITO, 2020)



As ações e os produtos dessas empresas são muito diversos então podemos classificar as atividades das startups HealthTech em 3 blocos principais: prevenção, diagnóstico e tratamento. Dentro desses blocos, encontramos diversas categorias que podem pertencer a vários blocos:

- Acesso à informação - são elas que disponibilizam recursos educativos sobre a saúde e realizam ações preventivas;
- *AI e Big Data* - usam métodos de inteligência artificial, *Machine Learning* e *Big Data* para melhorar a jornada dos clientes;
- Farmacêutica e diagnóstico - relaciona-se com o *e-commerce*, gestão de exames e pesquisa farmacêutica;
- Gestão e Prontuário Eletrônico (PEP) - ajuda na gestão de hospitais e clínicas, além de fornecer prontuários eletrônicos;
- *Marketplace* - facilitam o acesso a clínicas médicas que podem ser próprias ou de parceiros;
- *Medical devices* - são as que desenvolvem ferramentas com tecnologias avançadas;
- Telemedicina - oferecem a possibilidade de fazer atendimentos médicos online;
- Relacionamento com pacientes favorecem as comunicações entre pacientes e profissionais da saúde;
- *Wearables & Internet of Things* (IoT) - desenvolvem objetos que o usuário pode vestir, geralmente contêm sensores para monitorar a saúde.

A maioria das *HealthTech* pode possuir várias categorias, assim elas podem atingir mercados maiores e desenvolver seu portfólio de clientes. Se olharmos no nível mundial, existem vários modelos de startups que foram desenvolvidas para trazer respostas aos desafios que apresentamos anteriormente, como podemos ver no quadro 2 a seguir:




Quadro 2. Exemplos de startups *HealthTech* no mundo.

(continua)

<i>HealthTech</i>		
Sede e Ano Criação	Categoria	Produto
 K Health Estados Unidos 2016	<i>AI e Big Data, Acesso à informação</i>	<p>Aplicativo usando inteligência artificial para ajudar no diagnóstico de doenças. O aplicativo coleta de maneira anônima os dados de saúde de pacientes sobre histórico médico e condição física. Quando um usuário se cadastra ele entra sua condição e os sintomas que sofre e o aplicativo cruza as informações com a sua base interna para indicar potenciais diagnósticos. Em função desses resultados o aplicativo pode recomendar profissionais de saúde perto do usuário, além de dar dicas sobre como agir.</p> <p>24 investidores \$271.3M de investimentos</p>
 ÕURA Finlândia 2013	<i>Wearables & IoT Acesso à informação</i>	<p>Mais conhecido por ter desenvolvido o “Oura Ring” um anel que o usuário usa para monitorar os seus dados de saúde o tempo todo. Permite conhecer a temperatura do seu corpo, o seu fluxo de sangue, as calorias queimadas, tudo isso acessível no aplicativo onde esses dados são visualizados e explicados ao usuário</p> <p>44 investidores \$148.3M de investimentos</p>




Quadro 2. Exemplos de startups HealthTech no mundo.

(continuação)

<i>HealthTech</i>		
Sede e Ano Criação	Categoria	Produto
 Patchwork Health Reino Unido 2016	Gestão e PEP	<p>O objetivo da empresa é lutar contra o burnout dos profissionais de saúde. Por isso criou uma plataforma que permite relacionar profissionais de saúde com clínicas do NHS onde há ausentes. Dá mais flexibilidade aos profissionais e as clínicas podem se organizar melhor.</p> <p>4 investidores £7.7M de investimentos</p>
 Hu-manity.co Estados Unidos 2018	Acesso à informação	<p>Permite aos usuários vender os próprios dados para empresas médicas sem intermediário. O aplicativo móvel permite que os dados sejam usados para ações de marketing ou pesquisa médica. Além disso, os usuários podem criar um perfil visível por pesquisadores, que permite que eles sejam contatados por necessidades de estudos ou testes médicos.</p> <p>\$5.5M de investimentos</p>
 OliveX Hong Kong 2017	Acesso à informação	<p>Criação de <i>gadgets</i> permitindo conectar usuários e influenciadores, marcas ou fitness coach. Um produto deles é o Smart Fitness Mirror, um espelho que o usuário usa em casa e tem um feedback sobre os seus movimentos em tempo real.</p> <p>22 investidores \$8.5M de investimentos</p>

Quadro 2. Exemplos de startups HealthTech no mundo.

(continuação)

<i>HealthTech</i>		
Sede e Ano Criação	Categoria	Produto
 Prellis Biologics Estados Unidos 2016	<i>Medical devices</i>	Criação de uma impressora 3D que imprime pele humana e, no longo prazo, deve produzir órgãos humanos para transplantações. 9 investidores \$29.9M de investimentos
 Grail Estados Unidos 2016	<i>Medical devices</i>	Realiza um teste de sangue que permite detectar mais de 50 tipos de câncer sem que o paciente esteja com sintomas. 23 investidores \$2B de investimentos
 Practo India 2008	<i>MarketPlace</i>	Plataforma que permite aos pacientes agendar consultas, check-up e exames com médicos. 14 investidores \$228,2M de investimentos

Quadro 2. Exemplos de startups HealthTech no mundo.

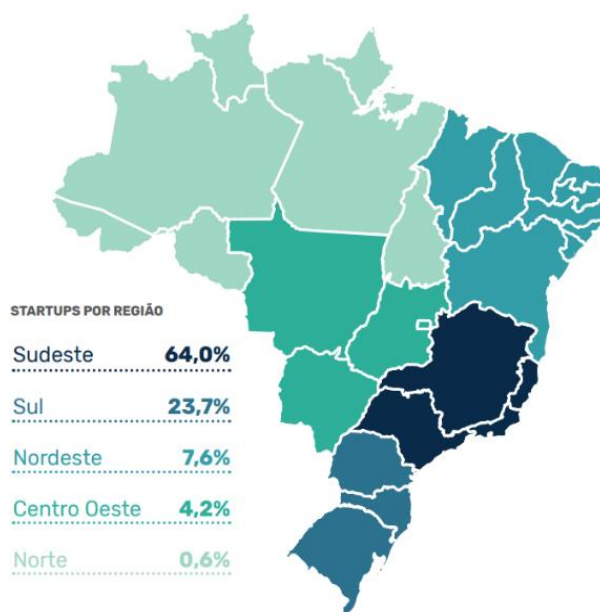
<i>HealthTech</i>			(conclusão)
Sede e Ano Criação	Categoria	Produto	
 Oxehealth Reino Unido 2015	<i>Medical devices</i>	Criou um sensor óptico com uma câmera que permite detectar o pulso e a taxa de respiração de uma pessoa à distância. Permite vigiar os idosos ou pessoas vulneráveis sem estar presente para lugares com poucos funcionários, por exemplo. 5 investidores \$22.1M de investimentos	
 Odin Technologies Estados Unidos 2018	Wearables & IoT	Permite medir o fluxo de sangue em partes de corpo feridas e ajuda os médicos a tomar as melhores decisões usando inteligência artificial para analisar os dados dos pacientes. 1 investidor	

Fonte: Compilação do autor (2022).

Como podemos ver no quadro acima, existem várias dores dos consumidores que as startups HealthTech conseguem aliviar. Por serem negócios mais novos, têm mais liberdade para testar, crescer e se desenvolver, além da quantidade de investidores e do total de investimentos obtidos mostram que são negócios atraentes.

O desenvolvimento tecnológico atingiu também o Brasil: a quantidade de HealthTech brasileiras cresceu 118%, entre 2018 e 2020, totalizando 542 startups HealthTech registradas no país. Porém, é importante saber que essas empresas não são repartidas de maneira homogênea no Brasil. A região sudeste concentra a maioria das empresas com 64% delas, seguidas por a região sul como ilustrado na Figura 5:

Figura 5. Repartição das startups HealthTech por região no Brasil.



Fonte: Distrito Mining Report (2020).

Se olharmos mais em detalhe a repartição dentro da região Sudeste, o principal polo de inovação se localiza em São Paulo. Um dos desafios das startups é atingir a totalidade dos brasileiros, pois cidades do interior têm um acesso menor aos serviços de saúde como vimos precedentemente.

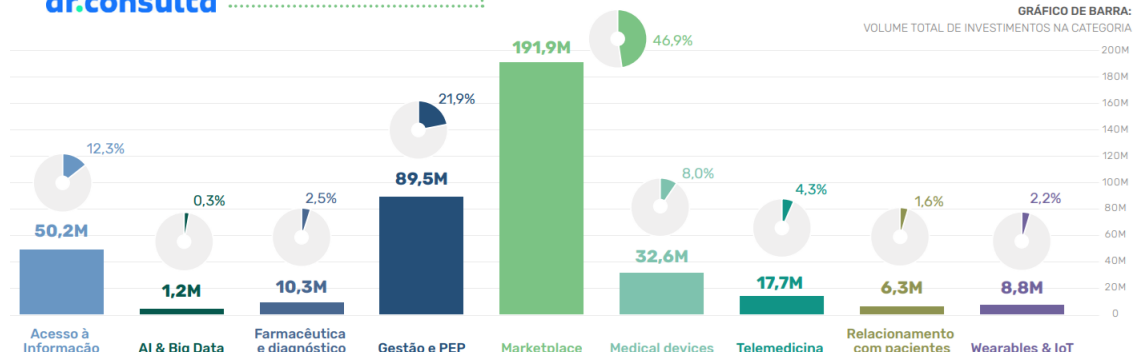
De um ponto de vista econômico, podemos ver que a caminhada para melhorar o setor da saúde já foi iniciada e impacta pelo seu crescimento, pois as startups brasileiras receberam investimentos de US \$430 milhões, desde 2014. Se olharmos a repartição desses investimentos na Figura 6, vemos que a categoria de *Marketplace* é a que atraiu a maioria dos investimentos.

Figura 6. Repartição dos investimentos por categoria de HealthTech

Com 17% das healthtechs, a categoria de Marketplace recebeu 47% dos investimentos realizados no setor.

Montante puxado principalmente pelo **Dr. Consulta** que sozinho levantou mais de \$180M.

dr.consulta



Fonte: Distrito Mining Report (2020)

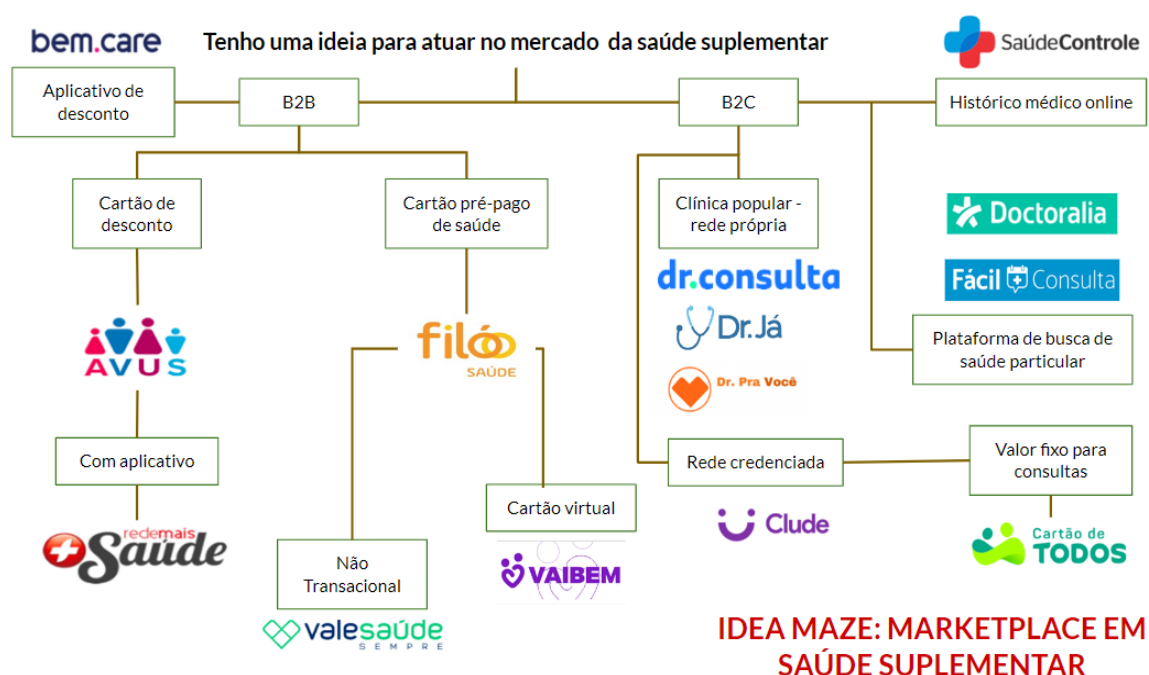
Assim, vamos estudar uma startup HealthTech que atua nesse setor. Pois vimos que se trata de um mercado promissor, onde o negócio tem oportunidades para se desenvolver.

2.4.4 Alternativas aos planos de saúde tradicionais

Vimos que existem muitas maneiras de melhorar a saúde com as HealthTech. Se nos focamos nas empresas da categoria *Marketplace*, existem vários modelos de negócio que permitem às empresas facilitar o acesso à saúde suplementar sem que seja com um plano de saúde. Para ter uma visão das possibilidades podemos usar uma ferramenta chamada de *Idea Maze*, “labirinto de ideias”. O *Idea Maze* nos permite ver de maneira visual quais são os diversos caminhos possíveis para atuar em um mercado dado, ou seja, quais ideias já existem e foram implementadas, e como essas ideias permitem às empresas desenvolverem-se. Ter essa visão nos ajudará a posicionar a empresa em relação aos seus concorrentes.

A Figura 7 representa algumas *startups HealthTech* brasileiras de Marketplace, que nos permite ver que o acesso à saúde suplementar pode ser feito através de cartão com desconto, cartão pré-pago ou clínicas.

Figura 7. Idea Maze: MarketPlace em Saúde suplementar



Fonte: Autora

Quando os produtos são cartões, destacam-se dois modelos: os cartões transacionais e não transacionais. Os cartões transacionais são aqueles que vão permitir realizar pagamentos no momento da consulta ou exame, enquanto os não transacionais não permitem realizar pagamentos, são apenas cartões de adesão, para sinalizar que o cliente se beneficia do produto da empresa.

Em anexo, podemos encontrar o quadro que permite comparar essas empresas, seguindo vários critérios, como o produto e os serviços oferecidos, os horários de atendimento e o funcionamento, a presença de aplicativo ou não, a rede médica, a capilaridade e o modelo de cobrança. Esses critérios nos permitirão comparar a empresa com as ofertas atuais para estabelecer um posicionamento estratégico.

3 DIAGNÓSTICO DE UMA HEALTHTECH

3.1 Apresentação da empresa

3.1.1 Produtos e modelo de negócio

A Empresa A será o foco do estudo, foi fundada em 2015, com o objetivo de “democratizar o acesso à saúde para uma maior parte da população” (Empresa A, 2015). Para realizar isso, a Empresa A comercializa um cartão de desconto com cobrança mensal, que permite que os brasileiros dos segmentos C e D tenham acessos a clínicas privadas, com descontos nos atendimentos e cobertura no Brasil inteiro.

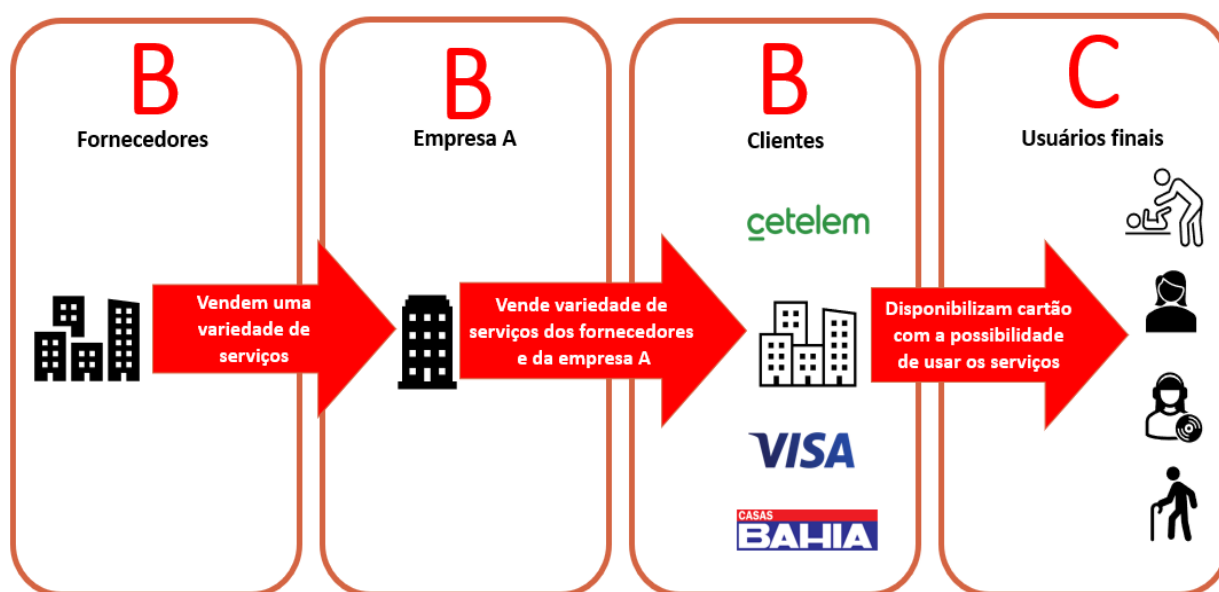
A Empresa A atua com dois segmentos do mercado: possui um segmento B2B e um B2B2C. Para o seu funcionamento, a empresa possui parcerias com empresas que fornecem serviços tais como: telemedicina, seguros de vida, seguros de viagem, assistência funeral e desconto em medicamentos para compras em farmácias e drogarias parceiras. A própria empresa oferece também o acesso a clínicas privadas com descontos em consultas ou exames. Essas clínicas fazem parte da rede credenciada, então, um contrato é assinado entre ambas.

Graças a essas parcerias e a sua rede credenciada, a empresa A oferece os serviços das empresas parceiras a empresas clientes. Essas empresas clientes podem escolher os serviços nas quais possuem mais interesse. Depois, elas fornecem aos usuários finais o cartão de crédito da Empresa A. No caso do modelo B2B, os usuários finais são funcionários que recebem um benefício empresarial, através do cartão da empresa A. Para o modelo B2B2C, existem dois tipos de contrato:

- O contrato por adesão, o cliente da empresa A vende o produto aos usuários que têm interesse nele;
- O contrato compulsório: o cliente adquire os benefícios da empresa A como parte de um outro produto, ele não sabe necessariamente que possui esse benefício.

O cartão da empresa A é um cartão transacional, pois por ser um cartão de crédito, ele permite o pagamento durante um atendimento (consulta ou exame), ou nas compras de medicamentos. Podemos ilustrar esse procedimento na Figura 8, o funcionamento da empresa, desde os fornecedores até os usuários finais.

Figura 8. Esquema do funcionamento da Empresa A



Fonte: Autora (2021)

3.1.2 Organização interna

A empresa funciona atualmente com 3 diretorias respondendo ao “*Chief Executive Officer*” (CEO) da empresa. São o “*Chief Commercial Officer*” (CCO – Diretor comercial), o “*Chief Financial Officer*” (CFO – Diretor financeiro) e o “*Chief Digital Officer*” (CDO – Diretor digital), cada uma composta por áreas de trabalho distintas.

A diretoria da CCO é composta por uma equipe de comerciais que têm como tarefa o contato com os clientes dos segmentos B2B e B2B2C. Eles realizam a prospecção de novos clientes e acompanham um portfólio de clientes desde a realização do contrato até o acompanhamento do uso dos produtos pelos usuários, com reuniões cuja frequência pode ser quotidiana, semanal ou mensal.

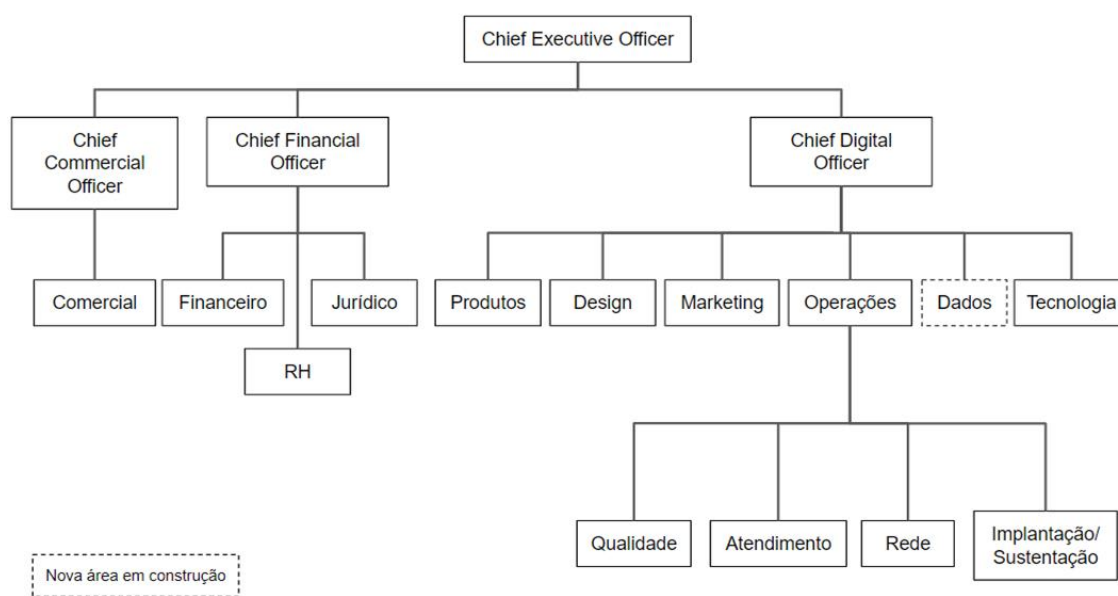
A diretoria do CFO é responsável pelos serviços financeiros, jurídicos e recursos humanos (RH). O financeiro cuida de todas as transações da empresa que são pagamentos de clínicas, de ferramentas internas e os salários dos funcionários. O jurídico é responsável pela validação de todos os contratos da empresa e verifica que os processos internos respeitem a legislação brasileira. A RH gerencia as novas contratações e as carreiras dos funcionários.

A diretoria do Chief Digital Officer (CDO) é composta por 6 áreas principais:

- **Produtos:** são eles que estão em contato com os fornecedores de benefícios de saúde. Eles realizam benchmarking, estudam a concorrência junto com o time de estratégia e estudam tendências de mercado para desenvolver novos produtos e adicionar serviços aos já existentes.
- **Design:** são eles que realizam e melhoram as interfaces dos usuários, como a aplicativo
- **Marketing:** eles realizam campanhas para incentivar o uso dos produtos e atrair mais clientes. São responsáveis pelas redes sociais da empresa e atuam para aumentar a visibilidade do negócio.
- **Tecnologia:** são responsáveis pelo desenvolvimento do site da empresa e do aplicativo. Realizam também operações de manutenção dos servidores da empresa, além de gerenciar o material dos funcionários. Eles cuidam também do cyber segurança e de toda a infraestrutura interna permitindo o bom funcionamento das ferramentas.
- **Operações:** eles são o intermediário entre os clientes e os serviços oferecidos. Por isso se dividem em subáreas:
 - **Implantação e sustentação:** quando o time de comercial consegue um novo cliente, eles vão ser os gestores de projeto na integração desse cliente na base de dados na empresa. Eles verificam se os serviços oferecidos para os clientes estão de fato disponíveis.
 - **Atendimento:** São eles que compõem a central de atendimento. Eles ajudam a tirar as dúvidas dos usuários sobre o uso do produto, e gerenciam os tickets de atendimento a partir da criação, na primeira vez que o usuário entra em contato.
 - **Rede:** eles fazem a prospecção de clínicas a serem credenciadas no Brasil inteiro. Quando um ticket de atendimento é aberto no atendimento, eles pesquisam clínicas para atender os usuários. Se não tiver clínicas credenciadas para atender a demanda, eles podem entrar em contato com clínicas referenciadas, que irão realizar um atendimento pontual.
 - **Qualidade:** Eles são responsáveis pela formação de novos funcionários, e realizam o acompanhamento do nível de serviço oferecido.

- **Dados:** Essa área foi criada em setembro de 2021 e ainda está em estruturação. O seu objetivo é trazer uma visão sobre os resultados do negócio e não avançar “ao cego”. Deve trazer mais visibilidade sobre o uso dos produtos, a permanência dos usuários na base, e entender quais são os caminhos a serem seguidos, e quais aqueles que é melhor deixar de lado.

Figura 9. Organograma da Empresa A em Dezembro 2021



Fonte: Autora (2021)

O organograma apresentado na Figura 9 poderá evoluir de acordo com a estratégia de crescimento da empresa.

3.2 Análise ambiental

A empresa tem como objetivo “se tornar a maior *HealthTech* do Brasil”. Para atingir isso, ela deve crescer tanto a sua base de clientes quanto a sua rede credenciada para ter cada vez mais oportunidades de atendimento para os seus clientes. Para atender uma forte demanda, é necessário ter processos de trabalho robustos para produzir um serviço de qualidade em menor tempo possível. Assim, a estratégia da empresa deve

atingir duas frentes: otimizar os processos de trabalho, e favorecer a expansão da cobertura à escala nacional.

3.2.1 Análise SWOT

O acrônimo de SWOT vem do idioma inglês e significa, significa *Strengths* – Forças, *Weaknesses* – Fraquezas, *Opportunities* – Oportunidades e *Threats* – Ameaças. Esse quadro nos permite analisar a posição competitiva da empresa dentro do mercado e avaliar o seu potencial atual e futuro.

3.2.1.1 Forças e fraquezas

Para desenvolver a estratégia de uma empresa, é importante saber identificar as suas competências essenciais. As competências essenciais são definidas como o conjunto de esforços necessários para que uma empresa seja capaz de construir uma vantagem competitiva sustentável. Em efeito, a competitividade de uma corporação deriva da sua habilidade a identificar, cultivar e explorar suas competências essenciais a um custo mais baixo e mais rápido que os concorrentes como foi explicado na análise de Prahalad e Hamel (1990). Assim as competências essenciais são forças para o negócio.

No caso da Empresa A podemos identificar uma competência essencial que é: um sistema de pesquisa que permite encontrar clínicas num raio de 30 km da casa do usuário em menos de 48h, e isso no Brasil inteiro. Essa competência favorece o acesso a uma ampla variedade de especialidades médicas e poderia servir para outros serviços se a empresa quer acrescentar seu portfólio de produtos. Adicionalmente, essa competência traz uma contribuição significativa aos benefícios percebidos pelo usuário final, pois ele ganha tempo de pesquisa. Podemos também dizer que é difícil ser imitada pelos concorrentes porque necessita a construção de uma base de dados significativa, que será depois combinada a um algoritmo permitindo associar as clínicas aos usuários. Com essas três características podemos afirmar que a competência é bem essencial e é necessário trabalhar nela frequentemente para melhorá-la (e que não se deteriore).

A empresa possui também outras forças que não são necessariamente competências essenciais. Podemos destacar por exemplo a presença da empresa nos segmentos B2B e B2B2C que garante uma boa base de usuários uma vez os contratos assinados com as empresas clientes. A empresa possui também uma força graças à sua equipe: o time de funcionários dinâmicos faz com que seja possível gerenciar muitos clientes ao mesmo tempo. Além disso, a empresa foi dividida em áreas de trabalho onde cada uma possui um papel específico, que faz com que seja mais simples organizar a jornada do usuário e dividir as tarefas entre as áreas.

Portanto, em relação a essa jornada do usuário, existe um ponto que poderia ser melhorado. Com o processo atual, quando um usuário quer agendar uma consulta ou exame, ele tem que ligar para a central de atendimento ou fazer o pedido por WhatsApp ou pelo aplicativo da empresa. A demanda dele é registrada, e a empresa possui 48 horas (dias úteis) para indicar três clínicas em um raio de 30 km do endereço fornecido, junto com informações de orçamento. Quando receber essas propostas o usuário escolhe a clínica na qual tem mais interesse, e os horários em que pode ser atendido. Depois a empresa tem que confirmar com a clínica se o atendimento pode ser no horário indicado, e quando for, informar o cliente e marcar o atendimento. Essa jornada pode ser categorizada como um ponto fraco pois a presença de um intermediário humano entre a clínica e o usuário faz com que o cliente demore para ter um agendamento.

Além de ser um processo demorado para o cliente, esse fluxo de trabalho mostra uma necessidade alta em termos de recursos humanos. Em efeito, esses atendentes que entram em contato tanto com os clientes como com as clínicas geram custos adicionais:

- Custos de salários, que vão aumentar com o aumento da demanda quando o negócio tiver mais clientes para atender;
- Custos de material, porque a empresa deve fornecer para eles material de trabalho entre os quais um computador e fones;
- Custos de espaço porque se todo esse time for trabalhar presencial, a empresa vai precisar alugar ou comprar mais espaço para eles conseguir um local onde trabalhar.

Vimos na parte bibliográfica que o uso de ferramentas avançadas traz vantagens para um negócio. Por isso vamos ver na frente que o desenvolvimento tecnológico é uma

oportunidade para a empresa, e ajudaria ela a se destacar num mercado com forte concorrência.

3.2.1.2 Oportunidades e ameaças

Uma grande oportunidade dessa empresa é a possibilidade de usar dados para melhorar os atendimentos dos usuários. Em efeito, quando um cliente é cadastrado para usar o produto, ele registra seus dados pessoais, tais como gênero, idade, endereço. Depois quando esse cliente entra em contato para agendar uma consulta ou exame, ele abre um ticket com a área de atendimento. O estudo dos tickets pela área de dados da empresa permite depois analisar e mapear o comportamento dos usuários. Já que a empresa tem um mapeamento detalhado das razões pelas quais os clientes entram em contato com ela, é mais simples depois realizar análises de dados para entender quais são as falhas dos produtos, e pensar em como gerenciar os eventuais problemas para melhorar a jornada do usuário.

Futuramente, esses dados poderiam ser usados também para estudos de *Machine Learning* ou Inteligência Artificial. Em efeito, além de permitir o entendimento do comportamento atual dos usuários, com estudos de vários anos de dados podemos construir uma base suficientemente robusta para começar a prever o comportamento dos usuários, e criar um produto que varia com as temporadas, ou realizar campanhas de marketing em períodos em que sabemos que o usuário tende a usar mais os produtos de saúde. Isso seria por exemplo no inverno, no dia dos médicos ou em períodos de vacinações.

Uma oportunidade de desenvolvimento da empresa seria também a expansão no segmento B2C. Em efeito, se for atingir diretamente os usuários sem passar por um produto intermediário ou o serviço RH de uma empresa cliente, a empresa garante clientes que realmente querem fazer uso do produto para cuidar da sua saúde e pode ver a sua taxa de utilização aumentando. Com $\frac{3}{4}$ dos brasileiros sem acesso à cobertura por plano de saúde privado, há uma grande oportunidade para atingir usuários de classe média. Assim, permitiria ter um produto de saúde a baixo custo acessível para todos os brasileiros com interesse nele. Para ter os recursos para atender essa demanda, podemos ver mais na frente

que a empresa vai realizar fusões estratégicas e abrir as suas próprias franquias para passar a ter clínicas credenciadas da própria marca.

Em relação às ameaças para o negócio, podemos evidenciar a concorrência. Em efeito na realização do *Idea Maze* apresentado precedentemente, vimos que existem concorrentes que oferecem também cartões de desconto. A empresa tem então o desafio de ser mais vantajosa em termos de custos e qualidade para atrair e reter mais usuários.

Uma outra ameaça é a falta de clínicas em alguns lugares para atender a demanda. O produto oferece descontos em atendimentos na rede privada, então isso necessita a presença de rede privada na região. Além de estar presente, essa rede deve estar disponível para atender a demanda, pois existem lugares onde as clínicas assinaram um contrato com outras empresas de saúde que faz com que elas possam atender somente clientes dessas empresas de saúde.

Figura 10. Análise SWOT da Empresa A



Fonte: Autora

Essa análise SWOT representada na figura permite evidenciar o potencial de crescimento da empresa. Assim os times de liderança e de estratégia devem continuar na direção do desenvolvimento e pensar em maneiras de reduzir as ameaças contra o negócio.

3.2.2 Análise das forças competitivas: Modelo das 5 forças de Porter

Para melhor posicionar um negócio no mercado, o Michael Porter (1979) desenvolveu um modelo de análise baseado em 5 forças. A intensidade dessas forças impacta diretamente o potencial de lucro das empresas, pois quanto maior a intensidade das forças, menor o potencial de lucro. Analisamos a intensidade dessas forças no caso da Empresa A para entender melhor como elas impactam seu potencial de lucro.

3.2.2.1 Ameaças de produtos substitutos

Para cuidar da sua saúde, os usuários sem plano de saúde possuem várias alternativas a um cartão de desconto em redes privadas. Uma delas seria ir a um posto de saúde operado pelo SUS, acessível a todos. Porém o subdimensionamento do SUS em algumas regiões faz com que haja tantas demandas que as filas para ver médicos são muito grandes e a burocracia necessária faz com que às vezes as pessoas prefiram desistir de ver um médico do que esperar para ser atendido. Uma alternativa seria ir diretamente em clínicas privadas e pagar o preço normal, ou ir em clínicas populares, por exemplo, para ser atendido por valores mais baixos. Nesses dois casos os valores das consultas podem ficar elevados, então talvez não seja o ideal para o segmento da população que estudamos. Assim podemos considerar que a ameaça de produto substituto é baixa.

3.2.2.2 Ameaças de concorrentes existentes

Como descrito no HealthTech mining Report da plataforma Distrito, foram registradas 542 HealthTech em 2020, uma parte delas sendo mais voltadas ao mercado de planos de saúde como foi resumido no Quadro 3 a seguir

Quadro 3. Registro parcial de *HealthTech* voltadas ao mercado de saúde suplementar



Fonte: Distrito Mining Report (2020)

Existem vários modelos de negócio, podem ser a venda de um cartão com consultas a um preço único, com ou sem a garantia de uma redução de preço de atendimento, cartão pré-pago, aplicativo de desconto ou clínicas populares por exemplo. Essas empresas podem ter uma atuação estadual, regional ou nacional, presentes somente nas capitais ou também em cidades do interior. Além disso, os produtos podem ser adquiridos de forma individual ou familiar, com a possibilidade de incluir uma quantidade de beneficiários limitada ou não, para os benefícios familiares.

A maioria dessas empresas permitem agendar consultas online sem precisar ir até uma loja física. Podem também oferecer a reserva de consulta no site delas ou ligando para uma central de atendimento. Tudo é feito para que o cliente seja atendido da melhor forma possível sem fazer fila, e por um valor que cabe no seu bolso.

Os serviços, ou os itens específicos dos serviços, vão variar entre as empresas, mas a ideia geral de todas é bem de facilitar o acesso à saúde no máximo. Por essa razão, é importante para a Empresa A ter uma proposta de valor suficientemente interessante para captar o máximo de clientes frente a essa concorrência.

Esse desafio faz com que a ameaça de concorrentes existentes seja elevada.

3.2.2.3 Ameaças de ingressantes potenciais

Com a pandemia do Coronavírus o tema da saúde veio para o primeiro plano e foram mais de 1 milhão de pessoas que adquiriram um plano de saúde desde o início da pandemia (MELLO, 2021). Porém, os valores desses planos de saúde ficam elevados por isso há bastante oportunidades de baixo custo a serem desenvolvidas para ingressantes potenciais. Uma empresa mais orientada para o digital ajuda a reduzir a burocracia e facilita o acesso mais fácil aos serviços. Portanto, o tamanho da concorrência já existente limita as possibilidades de captação de usuários, por isso consideramos a ameaça dessa força média.

3.2.2.4 Poder de barganha dos clientes

Como a empresa está se desenvolvendo nos segmentos B2B, B2B2C e B2C, existem duas categorias de clientes para o uso de benefícios de saúde. Podem ser empresas que precisam de planos de saúde para seus funcionários ou para vender aos seus clientes, ou podem ser diretamente usuários que contratam um benefício de saúde para eles mesmo e os seus eventuais beneficiários.

Para os segmentos B2B e B2B2C, a empresa possui atualmente 40 clientes que são grandes nomes como a Casa Bahia, a Cetelem e a Visa. Essas empresas parceiras têm o costume de vender o produto da empresa A como um benefício que se adiciona ao produto deles. Como vimos que o mercado de saúde suplementar é muito grande, essas empresas parceiras têm muitas possibilidades de empresas para contratar benefícios de saúde. Além disso, a empresa A adaptou seus produtos a cada cliente para que esses recebessem o melhor serviço possível, e continuassem usando nossos produtos. Por essas razões, o poder de barganha dos clientes é muito elevado nos segmentos B2B e B2B2C.

Para o segmento B2C que começou a ser explorado em 2022, a empresa possui por enquanto poucos clientes para avaliar o poder de barganha deles.

3.2.2.5 Poder de barganha dos fornecedores

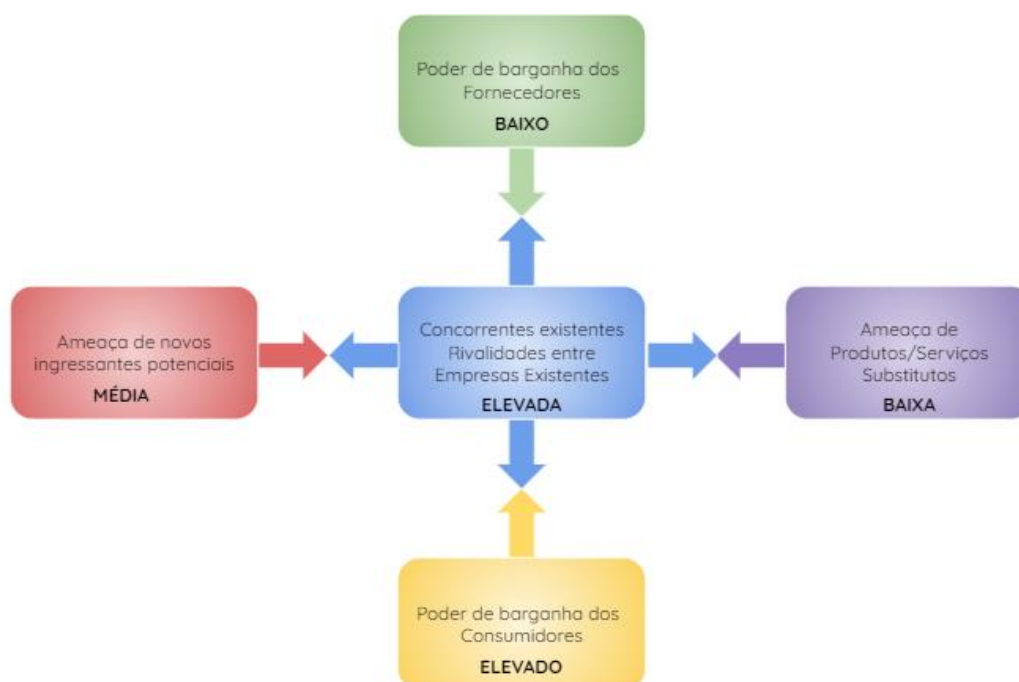
Os fornecedores da empresa A são empresas que vendem benefícios de saúde, e clínicas que põem à disposição médicos e especialistas para atender os clientes da empresa A. Como o mercado de saúde está em crescimento constante, a empresa A segue as tendências e as evoluções de preços. Se encontrar um outro fornecedor com produtos iguais para um preço menor, a empresa A tem a possibilidade de trocar de fornecedor para aumentar o seu lucro. Assim, para os benefícios de saúde o poder de barganha dos fornecedores é baixo.

Em relação às clínicas que disponibilizam especialistas, o poder de barganha delas vai depender do tamanho do município onde elas se situam. Para municípios onde há muitas clínicas disponíveis elas possuem um poder de barganha baixo, pois a concorrência entre clínicas é elevada. Para municípios onde há menos possibilidades de atendimento, elas podem aceitar ou não receber clientes da empresa A por custos menores para o cliente, sabendo que a diferença será paga pela empresa. Se elas recusassem um atendimento, isso impactaria a qualidade de atendimento da Empresa A, então podemos dizer que o poder de barganha das clínicas é médio. Dado que o produto da empresa A não depende somente das clínicas pois ele inclui benefícios suplementares, podemos considerar que o poder de barganha dos fornecedores é baixo.

3.2.2.6 Potencial de lucro

Podemos resumir essa análise com a o esquema da Figura 11, que nos permite estimar o potencial de lucro da empresa A no mercado da saúde suplementar.

Figura 11. Modelo das 5 forças de Porter aplicado à Empresa A



Fonte: Autora

Com essa análise, vemos que com 2 de 5 forças de intensidade elevada, e uma de intensidade média, o potencial de lucro da Empresa A é limitado. O modelo das forças de Porter aplicado à Empresa A evidencia um mercado promissor, porém muito competitivo. Assim, o desafio da empresa será de otimizar sua proposta de valor para ganhar peso no mercado e passar na frente dos seus concorrentes.

3.3 Análise e avaliação da TI

3.3.1 Ferramentas principais

Para realizar algumas tarefas específicas de gestão, a empresa dispõe de vários *Enterprise Resource Planning* (ERP), ferramentas de planejamento de recursos empresariais. O funcionamento dos ERP faz com que eles sejam adequados para trazer suporte em todos os processos empresariais, mas a Empresa A optou por usar 5 ERP, dois são para bancos de dados e um auxilia nas tarefas financeiras.

Para as tarefas de atendimento aos usuários, há três ferramentas principais: o Zendesk que vai permitir registrar os tickets de atendimento criados quando um usuário realiza um pedido de atendimento ou solicita informações. Depois, dado que a maioria dos contatos com os usuários são pelo celular, existe uma ferramenta para registrar os contatos realizados por esse meio, além de uma ferramenta que permite mandar mensagens aos usuários pelo WhatsApp.

Para facilitar o gerenciamento dos projetos dentro das equipes, a empresa, incentivou o uso do software JIRA. Esse software permite aos chefes de cada área atribuir tarefas aos membros do seu time e monitorar o bom andamento dos projetos. Em efeito conforme a realização das subtarefas, os funcionários e chefes vão avisando dentro do próprio JIRA. Com essa organização se pode ter uma visão global dos diferentes projetos em andamento, e identificar os eventuais projetos com problemas para serem desenvolvidos.

A tecnologia da TI ocupa um papel central no funcionamento do negócio, pois todos os processos de trabalho contam com o uso de tecnologia, através de softwares, ferramentas internas e externas e gestão de dados.

3.3.2 Grid estratégico

Para identificar o impacto da TI para a estratégia da empresa, podemos realizar o grid estratégico como apresentado por McFarlan (1984). Esse grid se compõe de dois eixos, um quantificando o nível de importância para o futuro da empresa, e um quantificando a necessidade de ter uma TI confiável para o bom funcionamento do negócio. Em vista disso, o grid é dividido em 4 quadrantes com as características seguintes (LAURINDO, 2008):

Fábrica

- Se os sistemas falharem por um minuto ou mais haveria uma imediata perda de negócios.
- A queda no tempo de resposta por um tempo maior que um segundo tem sérias consequências para usuários internos e externos.
- A maioria das atividades de negócios está *online*,
- Os trabalhos com os sistemas são principalmente de manutenção
- Os trabalhos com os sistemas fornecem pequena diferenciação estratégica ou grandes reduções de custos

Suporte

- Mesmo com repetidas interrupções de até 12h, não há consequência séria.
- Tempo de resposta ao usuário pode ser de até cinco segundos em transições *online*
- Os sistemas internos são praticamente invisíveis aos fornecedores e clientes. Há pequena necessidade de redes externas
- A organização pode rapidamente reverter 80% das transações em valor para procedimentos manuais.
- Os trabalhos com os sistemas são principalmente de manutenção

Estratégico

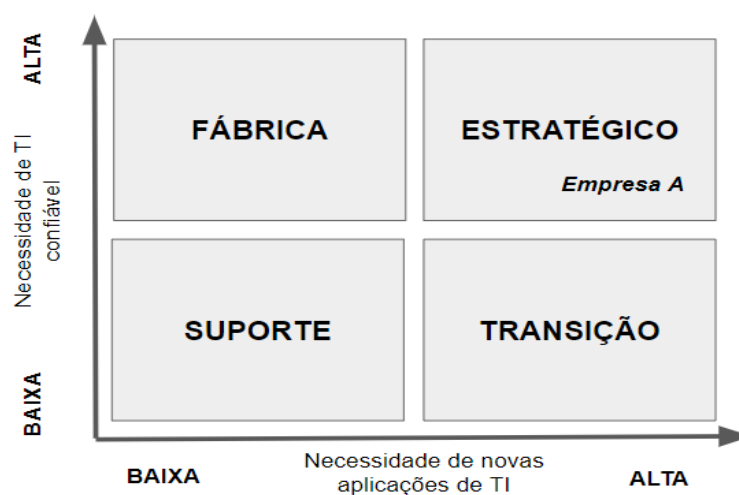
- Se os sistemas falharem por um minuto ou mais haveria uma imediata perda de negócios.
- A queda no tempo de resposta por um tempo maior que um segundo tem sérias consequências para usuários internos e externos.
- Novos sistemas prometem grandes mudanças nos processos e serviços
- Novos sistemas reduzem significativamente desvantagem em relação aos competidores em termos de custos, serviços ou desempenho dos processos

Transição

- Nos novos sistemas prometem grandes mudanças nos processos e nos serviços.
- Novos sistemas prometem grandes reduções de custos
- Novos sistemas reduzem significativamente desvantagem em relação aos competidores em termos de custos, serviços e desempenho dos processos.
- TI constitui mais que 50% dos gastos de capital
- TI constitui mais que 15% das despesas da empresa

Assim, como vimos precedentemente que a TI poderia ajudar a empresa a automatizar seus processos, além de ser extremamente essencial ao funcionamento do negócio, podemos alocar a Empresa A no quadro estratégico do grid estratégico como foi representado na Figura 12.

Figura 12. Grid estratégico da Empresa A

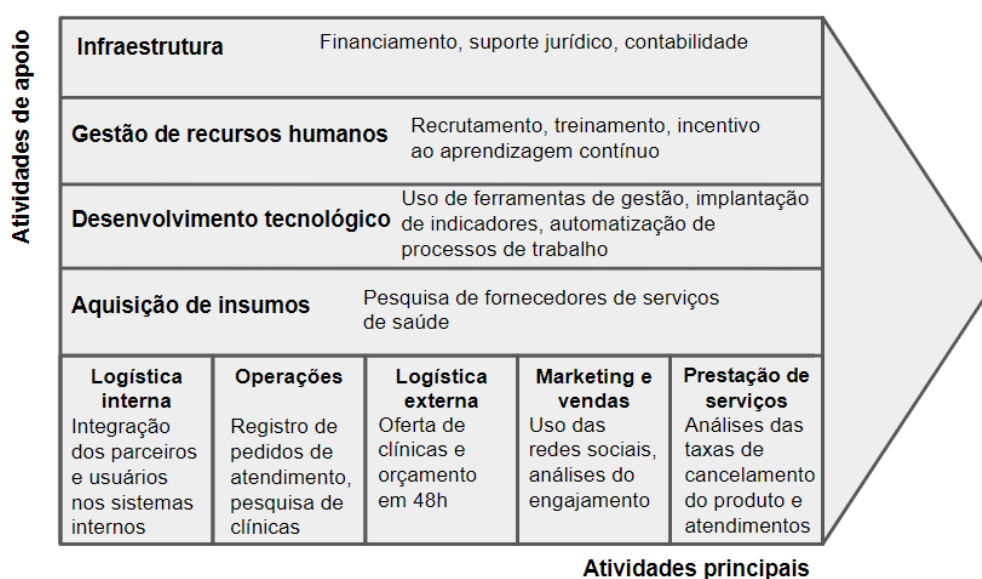


Fonte: Autora

3.3.3 Cadeia de valor

A cadeia de valor designa “o conjunto das atividades tecnológicas e economicamente distintas que a empresa utiliza para realizar seus negócios” (PORTER, MILLAR, 1985). Essa ferramenta permite mapear os processos de trabalho de uma empresa, para entender como eles se relacionam de maneira a trazer valor para a empresa. Assim, se for identificado um processo que não traz valor para o cliente, é necessário pensar em uma remodelagem das atividades para ser mais competitiva frente à concorrência. As atividades se dividem em duas categorias: as atividades de apoio e as atividades principais que podem se dividir em nove subcategorias. Na Figura 13 foi representado a cadeia de valor da Empresa A.

Figura 13. Cadeia de valor da Empresa A



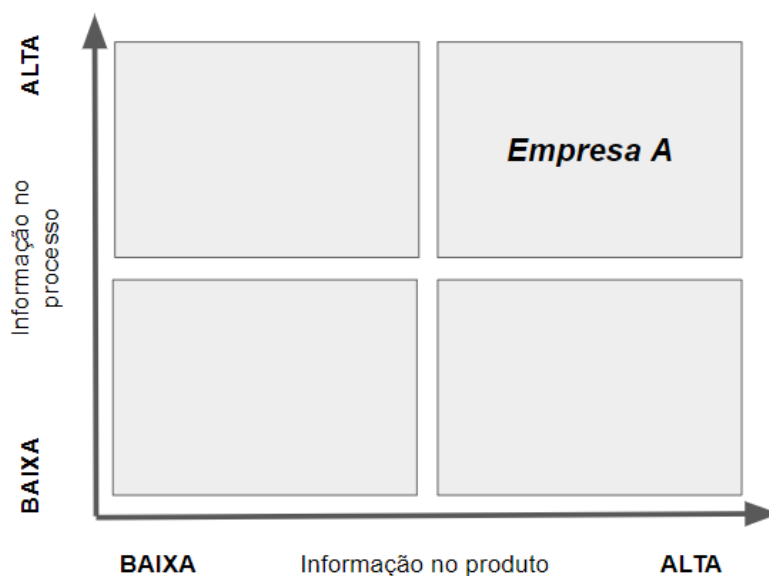
Fonte: Autora

Essa cadeia mostra uma empresa que já começou o seu processo de digitalização, e na qual os processos de trabalho seguem um fluxo lógico mesmo se vimos anteriormente que podem ser melhorados. Podemos ver nessa figura que a tecnologia de informação tem um papel importante pois é necessária para a realização das atividades de apoio e das atividades principais.

3.3.4 Matriz de Intensidade de informação

Adicionalmente, se pode usar a matriz de intensidade de informação para quantificar a quantidade de informação processada por uma empresa para a realização de um produto ou serviço (PORTER, MILLAR, 1985). Para a empresa A, o processo de trabalho trata com muitas informações pois o produto contém benefícios que vão variar com o cliente que contratou os serviços. Assim, durante o processo de trabalho, os funcionários tratam muitos dados dos clientes e do produto. Esse produto contém uma quantidade de informação importante porque pode conter benefícios de saúde, assistência funerária, seguros de viagem e seguro de vida e desconto em farmácia. Consequentemente, podemos classificar a Empresa A no quadro superior direito da matriz em Figura 14.

Figura 14. Matriz intensidade de informação para a Empresa A



Fonte: Autora

3.4 Definição da estratégia

Podemos definir a palavra estratégia como “A direção tomada pelas empresas com o objetivo de atingir sucesso”(CHARTERED MANAGEMENT INSTITUTE (CMI),

2020). A estratégia permite às empresas organizarem os seus recursos financeiros, humanos e materiais, além dos seus processos de trabalho. Assim, ter uma estratégia permite à uma empresa se organizar e se desenvolver para conseguir atingir os seus objetivos. Uma boa estratégia segundo o CMI (2020) deve responder a alguns critérios que são:

- flexível para continuar sendo usada em caso de alterações durante a sua realização sem perder de olho os objetivos e a visão da empresa, e tomando em consideração as eventuais mudanças do mercado
- criativa, para inspirar compromisso e se destacar da multidão,
- realista para que as pessoas conseguem acreditar nela e se investir na sua realização
- focada, clara definida e compreensível por todas as partes interessadas
- engajadora, alinhada com a cultura e os valores da organização

3.4.1 Papel da TI

O nosso estudo preliminar permitiu destacar a importância da TI no crescimento da empresa. Consequentemente a implantação da estratégia terá dois níveis: um nível interno, que se ocupa trata de uma estratégia de operações que vai incluir uma fase de estruturação com o objetivo de melhorar os fluxos de produção. Veremos como usar ferramentas avançadas para gerar mais valor para o negócio e criar uma cultura de tomada de decisões baseada em dados.

Essa mudança de cultura dentro da empresa vai necessitar uma boa comunicação entre as diferentes áreas para que todas sejam alinhadas com a estratégia da empresa. Todas as empresas gerenciam dados durante a produção e distribuição de serviços ou produtos, mas não são todas que têm o costume de explorar esses dados de maneira eficiente. Consequentemente, ao tomar esse caminho a empresa pode criar uma vantagem competitiva. Com uma estrutura de TI robusta será possível realizar relatórios e calcular indicadores chaves para o negócio, que serão depois monitorados a fim de analisar o crescimento da empresa.

Logo veremos como a estratégia de operações pode permitir a expansão da empresa, tanto em questão de alianças estratégicas com o crescimento das suas parcerias com

clínicas privadas, quanto em questão de segmento de usuários. Nesse nível se trata de uma estratégia de negócio. Dado que a empresa quer desenvolver um produto para o segmento B2C, o monitoramento do comportamento dos seus usuários atuais vai permitir a criação de um produto adaptado à demanda.

3.4.2 Canvas

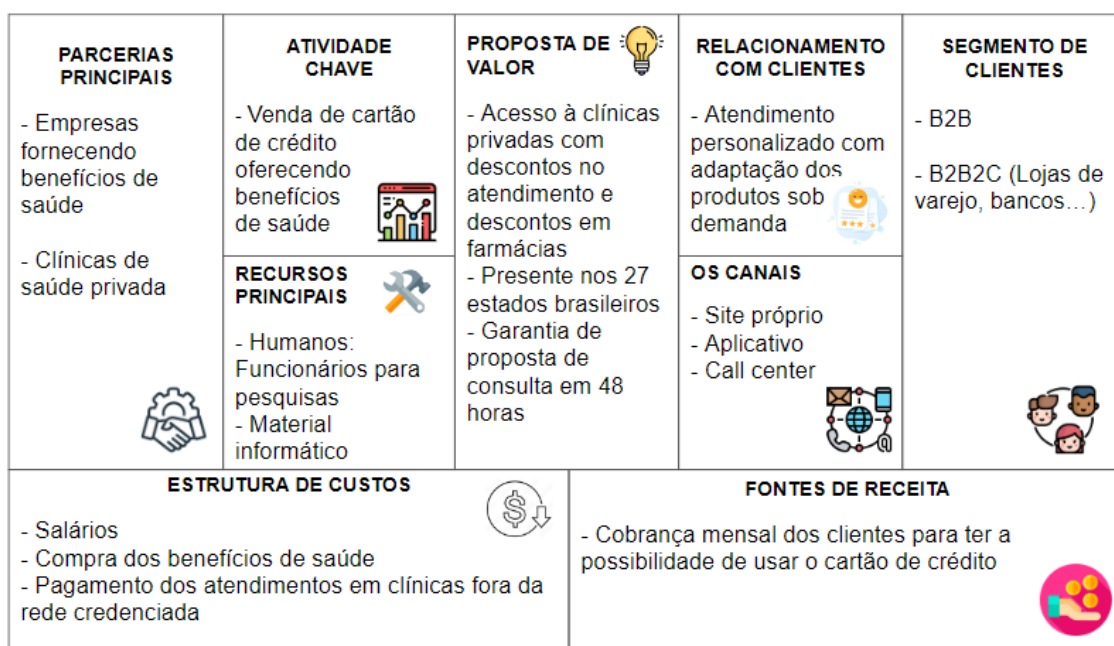
O Canvas é uma ferramenta visual que permite realizar o planejamento estratégico de uma empresa. Esse quadro é dividido em 9 partes que respondem às perguntas seguintes:

- Proposta de valor: O que é oferecido pela empresa e traz valor para os clientes?
- Segmento de clientes: A quem se destina o produto?
- Os canais: Como o produto é distribuído?
- Relacionamento com clientes: Como a empresa se relaciona com cada segmento de cliente?
- Atividade chave: Quais atividades permitem entregar a proposta de valor?
- Recursos principais: Quais são os recursos necessários à realização das atividades-chave?
- Parcerias principais: Quais atividades-chave são terceirizadas e/ou de onde provêm os recursos?
- Fontes de receita: Como a proposta de valor permite ter uma receita?
- Estrutura de custos: Quais custos são necessários ao funcionamento do negócio?

(SEBRAE, 2021)

Para esclarecer a estratégia da Empresa A, realizou-se um Canvas da empresa em Novembro de 2021 (Figura 15) e um Canvas ideal (Figura 16), que seria o funcionamento do modelo de negócio uma vez as boas práticas implantadas. Essa proposta é sujeita à alterações conforme o andamento dos diversos projetos internos.

Figura 15. Business Model Canvas da Empresa A em Novembro 2021







Fonte: Autora

Existem três tipos de estratégias competitivas genéricas: a liderança em custo, a diferenciação e o enfoque. A estratégia de liderança em custo tem como objetivo oferecer um produto por um preço inferior aos preços da concorrência. Para a estratégia de diferenciação o objetivo é oferecer um produto diferente, que se destaca dos concorrentes. Assim a empresa deve ter uma boa estratégia de marketing e se mostrar criativa. Por fim, a estratégia competitiva como enfoque é uma combinação das duas precedentes. (PORTER, 1987).

Visto isso, podemos dizer que para a Empresa A, a estratégia que será implementada para entrar no mercado B2C será a estratégia de enfoque, orientada para os brasileiros de classe C e D. O produto será desenvolvido para atender clientes que querem ter acesso a clínicas de saúde privadas por um preço reduzido, e a empresa quer produzir um serviço diferente, que consegue atender as necessidades dessa parte da população.

Figura 16. Business Model Canvas Ideal da Empresa A

PARCERIAS PRINCIPAIS - Empresas fornecendo benefícios de saúde - Clínicas de saúde privada - Clínicas próprias da empresa - Franquias 	ATIVIDADE CHAVE - Venda de cartão de crédito oferecendo benefícios de saúde  RECURSOS PRINCIPAIS  - Sistema de TI robusta permitindo automatizar a maioria dos processos	PROPOSTA DE VALOR  - Acesso à clínicas privadas com descontos no atendimento e descontos em farmácias - Presente nos 27 estados brasileiros - Proposta de atendimento imediata, a ser confirmada pela clínica em 24h	RELACIONAMENTO COM CLIENTES - Atendimento personalizado  OS CANAIS - Site próprio - Aplicativo - Call center - Pontos de venda físicos 	SEGMENTO DE CLIENTES - B2B - B2B2C (Lojas de varejo, bancos...) - B2C: Brasileiros de classe C e D 
ESTRUTURA DE CUSTOS  - Compra dos benefícios de saúde - Pagamento de atendimentos em clínicas fora da rede credenciada - Custo de manutenção das ferramentas digitais - Taxas e impostos das clínicas próprias		FONTES DE RECEITA - Cobrança mensal dos clientes para ter a possibilidade de usar o cartão de crédito - Cobrança no faturamento das franquias 		

Fonte: Autora

4 ESTRATEGIA DE OPERAÇÕES

4.1 Alinhamento do TI com a estratégia

4.1.1 Apresentação da situação

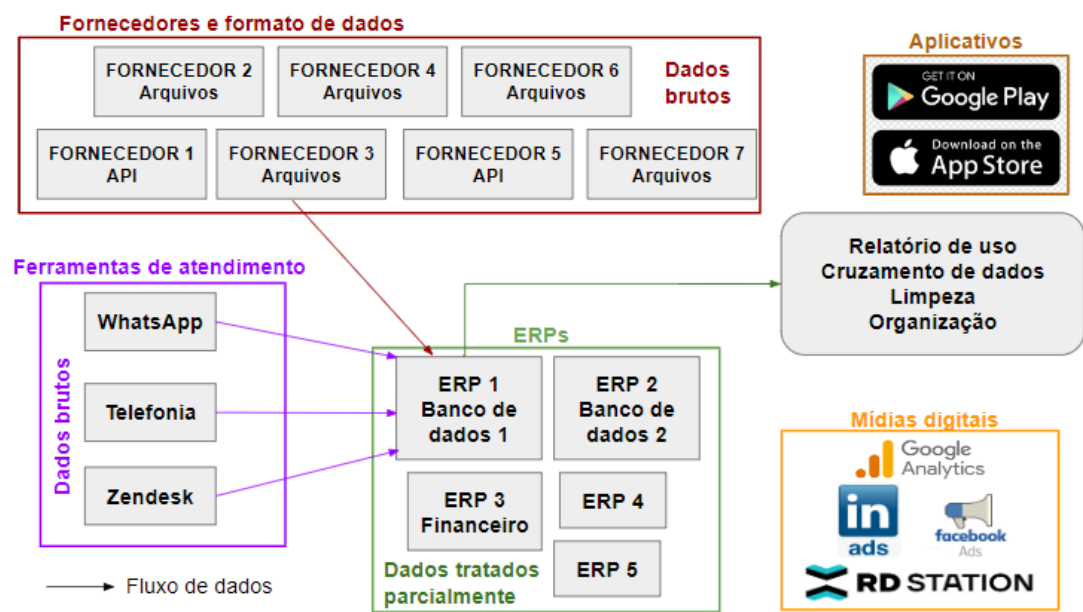
Com a criação de uma área de dados, a empresa pretende focar em sua análise e aprender mais sobre os seus atuais usuários, de modo a otimizar cada ação. Porém, a arquitetura de TI antiga não era suficiente para responder a essa demanda. Em efeito, a empresa possui dados vindo de diversas fontes tais como bancos de dados internos, fornecedores de serviços de saúde e ERP. Essa multiplicidade de fontes faz com que seja difícil e demorado realizar um estudo sobre os comportamentos dos usuários porque todas essas informações não são centralizadas. Uma parte delas foi reunida em um banco de dados interno, mas o mesmo acaba sobrecarregado pois serve para a realização de grande parte dos relatórios além de ser conectado com o aplicativo e o site da empresa.

Foi representado na Figura 17 a seguir um exemplo de fluxo de dados para a realização de relatório de uso do produto do Fornecedor 3. Os pedidos de suporte recebidos pelo time de atendimento estão no formato de dados brutos nas ferramentas principais, sendo elas: o WhatsApp, o *software* de telefonia e o Zendesk que reúne os tickets de atendimento. Depois o Fornecedor 3 envia mensalmente a quantidade de utilizações que ele registrou, em uma planilha Excel.

Esses dados são pré-tratados para entrar no banco de dados. Depois os analistas puxam as informações do banco e realizam uma nova limpeza, formatação e padronização para cada relatório. Assim, a cada atualização os relatórios entram no banco de dados para recalcular todos os visuais. Esses estudos foram realizados por um cientista de dados na linguagem de programação R. Essa linguagem permite programar de maneira gratuita, cruzando várias fontes, porém, esse método não é usual, tendo em vista que poucas pessoas são aptas para programar em R, o que cria uma escassez em recursos humanos, e sobrecarrega quem domina o conhecimento.

Em paralelo, o fato de tratar grandes volumes de dados de maneira cotidiana faz com que os processos de cálculos sejam demorados. Além disso, os programas automatizados permitiam compartilhar arquivos PDF por e-mail de maneira cotidiana. Esse processo parece pouco eficiente pois os diretores possuíam dificuldade para acessar seus respectivos e-mails cotidianamente para acompanhar a evolução dos resultados.

Figura 17. Exemplo de fluxo de dados sem a arquitetura de *Data Lake*



Fonte: Autora

4.1.2 Criação de uma arquitetura de dados robusta

Para melhorar esse fluxo de trabalho, a solução proposta foi a criação de um *Data Lake*. O *Data Lake* é um repositório que permite armazenar todos os dados num único lugar, estruturados ou não, com vários níveis de detalhe. Com essa arquitetura, os dados são processados diariamente e armazenados de modo a evitar o reprocessamento desnecessário dos dados anteriores. Essa arquitetura permite diminuir a demanda para o banco de dados. O *Data Lake* foi estruturado por dois cientistas de dados da área de tecnologia da empresa, e foi construído na linguagem de programação R.

O esquema simplificado da Figura 18 mostra que as várias fontes de dados serão cruzadas e permitirão a criação de tabelas resumidas com diversos níveis de detalhe conforme necessário. Na sua condição de analista de dados, a autora teve a tarefa de criar

a lista das tabelas a serem incluídas no *Data Lake*. Essa lista informa quais são as fontes de dados necessárias à realização de relatórios, e como as informações devem ser estruturadas.

Sendo assim, sempre que surgir a necessidade da criação de um novo relatório, não será mais preciso o cruzamento das fontes para calcular indicadores de uso. Os cálculos são automaticamente produzidos nas tabelas resumidas do *Data Lake* que estarão no formato .csv, facilitando para os analistas de dados responsáveis por realizar os relatórios na ferramenta de visualização em uso. Essa otimização é um ganho de tempo importante para a realização e atualização de relatórios e prepara a empresa para um cenário de *Big Data*.

Figura 18. Exemplo de fluxo de dados com a arquitetura de *Data Lake*



Fonte: Autora

O próximo passo consiste em escolher uma ferramenta de visualização de dados uniformizada que permita o compartilhamento das informações relevantes com toda a empresa.

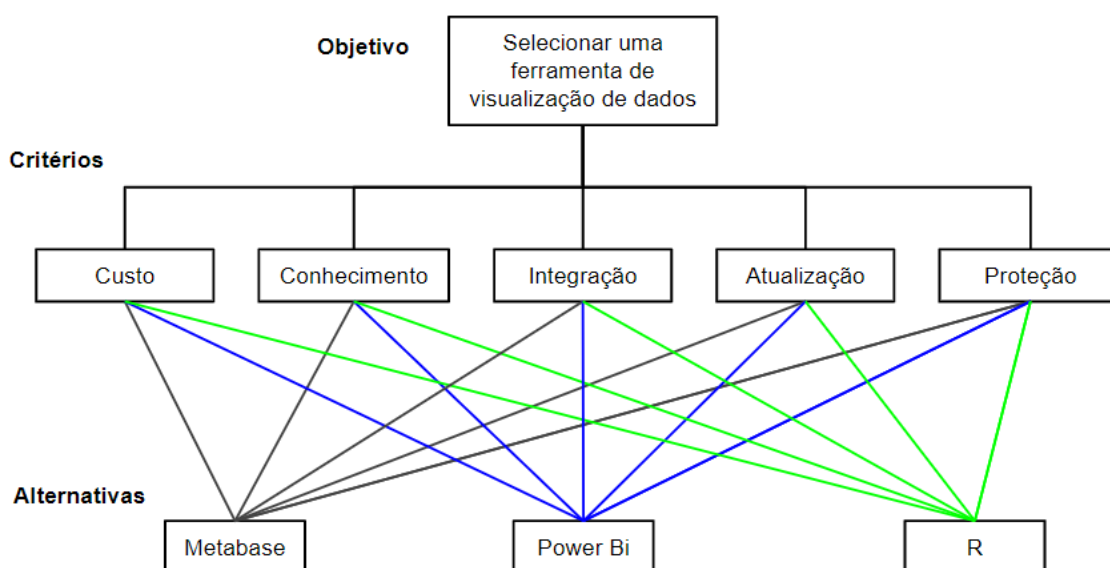
4.1.3 Escolha de uma ferramenta com o método AHP

Para monitorar os seus indicadores, a empresa teve que escolher uma ferramenta de visualização de dados. Essa escolha foi feita pelo método de *Analytics Hierarchic Process* (AHP - Análise Hierárquica). Esse método ajuda na tomada de decisões de maneira racional usando diversos critérios. Para realizar essa análise, foi decidido usar o software Super Decisions para Windows, versão 3.2. As 3 ferramentas que foram selecionadas para comparação são: Metabase, Power Bi e a linguagem de programação R. Para a análise foram selecionados 5 critérios principais:

- O custo, por se tratar de uma *startup HealthTech*, torna os recursos limitados.
- Curva de aprendizagem reduzida, pois se trata de um time pequeno (2 pessoas), sendo assim, o domínio rápido da ferramenta permite uma produção mais eficiente dos relatórios.
- Integração, pois como vimos precedentemente, a empresa possui diferentes fontes de dados, por conseguinte, enquanto o *Data Lake* não está operando, as fontes devem ser implementadas manualmente na ferramenta.
- Atualização dos relatórios, deve ser programável para poder permitir o ganho de tempo.
- Proteção do acesso, pois os relatórios vão conter informações confidenciais e se torna importante limitar o acesso às pessoas autorizadas.

A Figura 19 ilustra o modelo que foi apresentado no *software* Super Decisions na versão 3.2

Figura 19. Seleção de uma ferramenta com o método AHP



Fonte: Autora

Com esses cinco critérios, podemos realizar uma matriz de julgamento de prioridade. Essa matriz que podemos ver na Figura 20 consiste em comparar cada critério com os outros a fim de estabelecer o grau de importância entre eles, e, dessa forma, classificar os critérios escolhidos por ordem de prioridade.

Figura 20. Matriz de julgamento dos critérios

	Custo	Conhecimento	Integração	Atualização	Proteção
Custo	1	1/4	3	3	4
Conhecime		1	3	4	4
Integração			1	3	3
Atualização				1	1/2
Proteção					1

Fonte: Autora

A leitura dessa matriz se faz da seguinte maneira: na primeira linha, o 1/4 na interseção de custo, pode-se entender que, o conhecimento pelo time de dados é quatro vezes mais importante que o custo, tendo em vista que as diretorias são favoráveis a implementar o uso da ferramenta de visualização o quanto antes, portanto o ideal é evitar uma longa curva de aprendizagem. O 3 na interseção de custo com integração quer dizer

que o critério de custo é três vezes mais importante que o critério de integração, e assim por diante.

Uma vez a matriz completa, o software Super Decisions indica o nível de inconsistência calculado. Para o estudo em questão, o valor é 0,09389, inferior a 0,1, sendo assim, possibilitando a continuidade do estudo.

Depois, é necessário comparar cada alternativa de software em relação ao critério escolhido. Foi realizado um quadro comparativo que pode ser encontrado no Apêndice. O mesmo permitiu uma avaliação quantitativa que resultou na realização de 5 matrizes de julgamento que podem ser conferidas na Figura 21.

Figura 21. Matrizes de julgamento por critério para cada alternativa

Custo	Metabase	Power Bi	R
Metabase	1	4	1/2
Power Bi		1	1/4
R			1

Atualização	Metabase	Power Bi	R
Metabase	1	4	4
Power Bi		1	1/3
R			1

Conhecimento	Metabase	Power Bi	R
Metabase	1	1/5	1
Power Bi		1	5
R			1

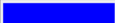


Proteção	Metabase	Power Bi	R
Metabase	1	4	2
Power Bi		1	1/3
R			1

Integração	Metabase	Power Bi	R
Metabase	1	1/5	1/5
Power Bi		1	2
R			1

Fonte: Autora

Enfim, o *software* calcula o nível de prioridade de cada ferramenta. O quadro 4 nos mostra que nesse estudo o *software* mais adequado é o Power Bi, logo, esse foi escolhido para a realização dos relatórios da Empresa A.

Quadro 4. Resultado de cálculo pelo método AHP

Here are the overall synthesized priorities for the alternatives. You synthesized from the network Main Network: SelecaoFerramenta.sdmod: ratings				
Name	Graphic	Ideals	Normals	Raw
Metabase		0.550984	0.250750	0.125375
Power Bi		1.000000	0.455094	0.227547
R		0.646365	0.294157	0.147078

Fonte: *Output* do *software* Super Decisions versão 3.2

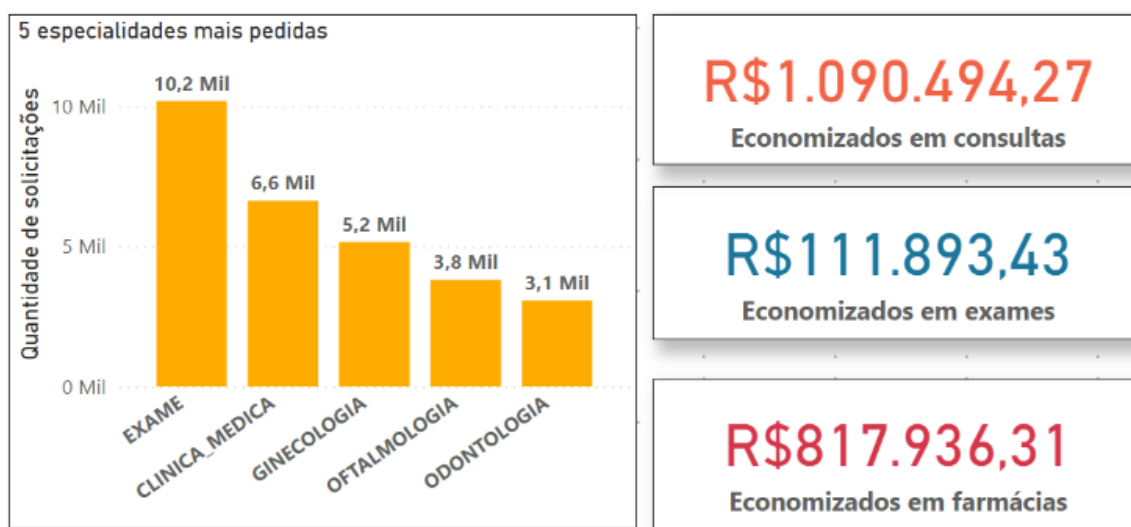
4.1.4 Fatores críticos de sucesso e indicadores

Os fatores críticos de sucesso (FCS) são fatores importantes para a empresa, pois eles permitem o seu desempenho. A identificação dos FCS ajuda no planejamento da estratégia da empresa, e a evolução deles pode ser monitorada com indicadores. Para a empresa sob estudo, foram identificados 3 FCS principais:

- Monitoramento do uso dos produtos

A escolha de uma ferramenta visual única para a empresa permite concentrar em um lugar só as diferentes informações de uso de produtos. Dessa maneira, tanto a diretoria quanto as diversas áreas possuem acesso a informações de uso e podem ver a evolução das demandas e dos perfis de usuários. Esse monitoramento com indicadores de uso permite seguir o estado de saúde da empresa de maneira interativa, com a possibilidade de filtrar os gráficos por cidade e período. Na Figura 22 se pode ver um exemplo de gráficos monitorados com frequência: as solicitações por especialidades para saber quais são as necessidades dos usuários, e a economia realizada com os produtos, para ver o quanto esse impacta a vida dos seus usuários.

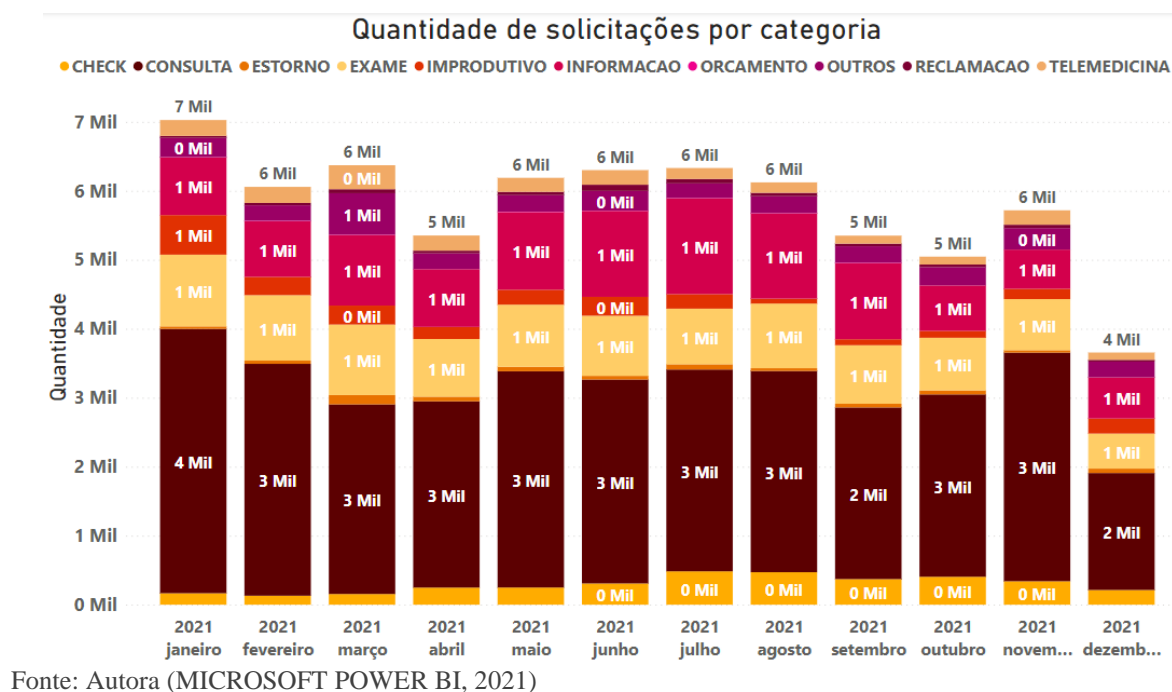
Figura 22. Exemplo de monitoramento de uso dos produtos da Empresa A



Fonte: Autora (MICROSOFT POWER BI, 2021)

Além disso, podemos estudar também em detalhe as razões pelas quais os usuários abrem um ticket com o canal de atendimento da empresa. Vemos na figura 23 que a maioria dos contatos são para realizar consultas, exames ou solicitar informações. Os dois primeiros permitem mostrar a necessidade de desenvolver uma estratégia na qual o atendimento presencial é agilizado, e o terceiro ponto mostra a importância de comunicar bem sobre o produto para que o mesmo seja conhecido e entendido pelo cliente. A quantidade elevada de pedidos de informação resulta do fato que alguns usuários contrataram o produto como um serviço suplementar de um outro produto e desconhecem a funcionalidade e o uso. Com o monitoramento das solicitações, a empresa pode decidir priorizar a realização de campanhas de marketing para apresentar o seu produto, e ver assim diminuir a quantidade de pedidos de informação da sua base de usuários.

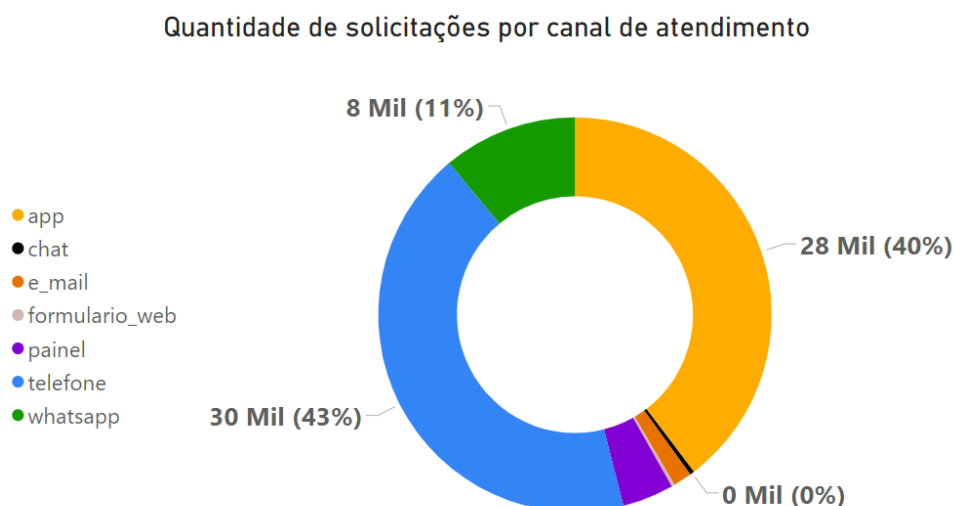
Figura 23. Repartição das solicitações por categoria de Janeiro 2021 até Dezembro 2021



- Multiplicidade de canais de contato

Por ser uma empresa que atende um público com grande diversidade, a Empresa A deve possuir diversos canais de comunicação para que cada usuário possa customizar o contato a próprio gosto. Assim os atendimentos com a empresa podem ser feitos pelo aplicativo, por e-mail, chat, formulário web, Instagram, painel, telefone ou WhatsApp. A Figura 24 a seguir mostra que os contatos são em maioria feitos por telefone ou pelo aplicativo. Assim a empresa pode seguir mensalmente a evolução dos contatos por canal para determinar a relevância em investir ou melhorar o atendimento em um canal específico, caso haja aumento das demandas, por exemplo.

Figura 24. Quantidade de solicitações por canal de atendimento



Fonte: Autora (MICROSOFT POWER BI, 2021)

- Comunicação de qualidade com os clientes B2B e B2B2C

Os clientes empresariais da Empresa A disponibilizarão os serviços de saúde para seus usuários. Com o intuito de manter as parcerias comerciais, a empresa investe em reuniões mensais ou semanais de status com cada cliente para informar sobre vendas de cartões realizados, a evolução dos pedidos de atendimento e as solicitações de informações feitas. Com a implantação do *Data Lake* e a escolha de Power Bi para a representação das informações de uso, foi decidido automatizar o compartilhamento dos relatórios para diminuir a quantidade de reuniões. Em efeito, com o compartilhamento de relatórios de maneira protegida com um link, o parceiro consegue acessar as informações de uso dos seus usuários a qualquer momento. Esse novo processo fornece mais autonomia para os parceiros e a empresa consegue aumentar seu portfólio de clientes. A migração dos relatórios por reunião para os relatórios automatizados está atualmente em processo de realização, assim no momento do estudo 2 de 40 parceiros usam efetivamente relatórios feitos no Power Bi.

4.1.5 Objectives and Key Results (OKRs)

Os *Objectives and Key Results* (OKRs - Objetivos e Resultados Chaves,) permitem alinhar as ações da empresa e priorizar as tarefas a serem realizadas. A escolha

da Empresa A foi de realizar OKRs trimestrais para cada área. Para a área de dados que foi construída, teve dois OKRs: o primeiro referente à estrutura de dados e o segundo relativo à segurança, como pode ser conferido na figura a seguir. Cada semana o gerente do time apresenta o avanço dos seus OKRs.

Figura 25. Primeiros OKRs do time de dados

Objetivo 1	Dados confiáveis			
		Semana 1	Semana 2	Semana 3
KR 1	Definir 100% da arquitetura de dados da	100%	100%	100%
KR 2	Construção de MVP para validar parte da	15%	30%	80%
KR 3	Entregar 100% do dashboard do funil completo de solicitação	75%	75%	75%
Objetivo 2	Proteção de dados			
		Semana 1	Semana 2	Semana 3
KR 1	Criação de 100% das políticas e diretrizes da empresa que tangem Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (incidentes, privacidade)	45%	50%	60%
KR 2	Garantir que todos os bancos das novas aplicações estejam criptografados na base geral	100%	100%	100%
KR 3	Criação do Relatório de Impacto à Proteção de Dados (RIPD)	10%	10%	10%
KR 4	Garantir cumprimento SLA de "aceitar reclamações....." em até 10 dias e reportar vazamento em até 48hrs	100%	100%	100%

Fonte: Time de estratégia e time de dados (2021)

4.2 Valorização e melhoria das comunicações entre áreas

Para agilizar o trabalho em conjunto, foi implementado um SharePoint por áreas. O SharePoint é uma ferramenta da Microsoft que permite que várias pessoas trabalhem em conjunto no mesmo documento. Essa mudança permitiu agilizar os processos de troca de informação, pois ao invés de compartilhar arquivos por e-mail, os funcionários centralizam tudo numa pasta comum, o SharePoint, que será depois dividida em pastas conforme a necessidade. A vantagem dessa ferramenta é a redução da quantidade de e-mail enviados, e a centralização dos documentos importantes.

Além disso, para alinhar a estratégia com todos os funcionários, o CDO implementou uma reunião semanal entre todas as áreas sob a sua direção. Esse comitê semanal tem como objetivo incentivar as conversas e trocas de informações entre áreas, e ver o avanço dos diversos projetos. Essa reunião acontece todas as segundas-feiras das 15h às 16h. O suporte desse comitê são slides padronizados que as áreas encontram no SharePoint onde todos possuem acesso para editar o arquivo, e preenchem de maneira autônoma.

Cada área tem dois slides: um slide de projetos em andamento, e um slide OKR, como apresentado na Figura 26. O slide de projeto em andamento permite informar a empresa sobre o avanço dos projetos e as eventuais dificuldades encontradas na realização deles. O slide de OKRs permite apresentar ao time inteiro o progresso na realização dos objetivos. Assim, em caso de problemas para um time, pessoas das outras áreas podem reagir e trazer sugestões se já encontraram problemas similares. Essa reunião serve também para acolher os novos funcionários, pois dessa forma, é possível obter melhores análises sobre o funcionamento da empresa e a relação entre todas as áreas.

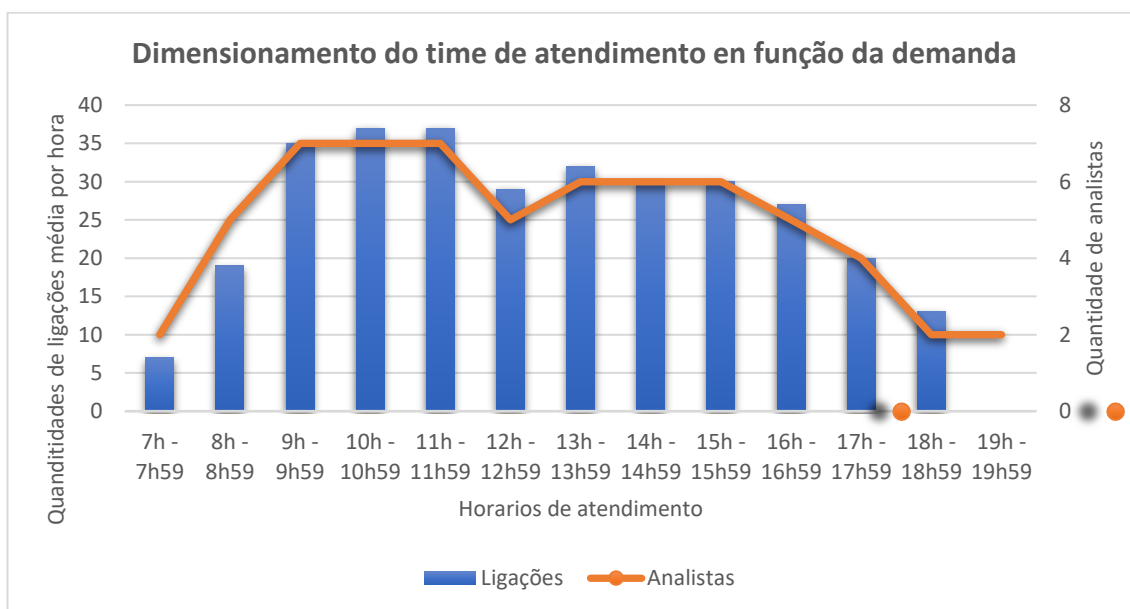
Figura 26. Exemplo de slides apresentados para a reunião semanal



4.3 Dimensionamento do time de atendimento

Depois de ter estabelecido um *Data Lake* para facilitar a realização de relatórios, a empresa deve garantir um nível de serviço elevado para manter a sua base de clientes e incentivar ao uso dos seus produtos. Por essa razão, o time de atendimento realizou um estudo para dimensionar seu time de maneira a ser adaptado à demanda. Foi calculada a quantidade média de ligações recebidas por hora, e, a partir disso, decidiram a quantidade de analistas de atendimento necessários para responder à demanda, como podemos ver na Figura 27 a seguir.

Figura 27. Dimensionamento do time de atendimento



Fonte: Time de operações

Com esse dimensionamento a empresa consegue estudar o nível de serviço oferecido e mantém a sua fonte de dados de utilização. Se olharmos para a Tabela 4 a seguir, vemos que na primeira semana de abril 2022, três meses depois da implementação do dimensionamento visto na Figura 27, o nível de serviço ficou acima dos 80%. Uma nova meta será fixada a 95%, por isso, será realizada uma segunda operação de dimensionamento pelo time de operações com objetivo de ajustar a quantidade de analistas.

Tabela 4. Estudo do nível de serviço de atendimento telefônico em uma semana

Total de Ligações	04/abr	05/abr	06/abr	07/abr	08/abr
Recebidas	279	261	286	290	269
Atendidas	265	249	277	283	259
Não Atendidas	14	12	9	7	10
% de Atendidas	95%	95%	96%	97%	96%
% Nível de Serviço	83%	89%	89%	83%	84%
TMA	7'01	6'42	6'14	6'31	6'47

TMA: Tempo Médio de Atendimento

Fonte: Time de operações

5 ESTRATÉGIA DE NEGÓCIO: EXPANSÃO

Para a sua expansão no Brasil, a empresa realizou várias ações para acrescentar a sua base de clientes e fazer conhecer a sua marca. Orientou a estratégia para acrescentar a sua rede credenciada, e trabalhou no desenvolvimento de um produto para o segmento B2C.

5.1 Aumento da rede credenciada

5.1.1 Com estudo das utilizações

Com os estudos dos tickets de atendimento, foi feito também um estudo da rede utilizada para realização das consultas ou dos exames. Na prática, quando um usuário faz um pedido de atendimento, a empresa procura prioritariamente clínicas que já possuem um contrato assinado com a companhia. Porém, devido a uma extensão de atendimento com raio de atuação nacional, ocasionalmente pode haver pedidos realizados em lugares onde a empresa não possui contratos com clínicas.

Nesse caso, para garantir o atendimento aos usuários e o nível de serviço de qualidade, a empresa pode entrar em contato com as clínicas em questão e pedir para elas atenderem os usuários. Quando as clínicas aceitam, o atendimento é categorizado como pontual. O objetivo da empresa é diminuir a quantidade de atendimentos pontuais, pois eles são mais caros, e acabam demandando mais recursos humanos por conta das etapas de pesquisa, contato, apresentação da empresa e do modelo de negócio.

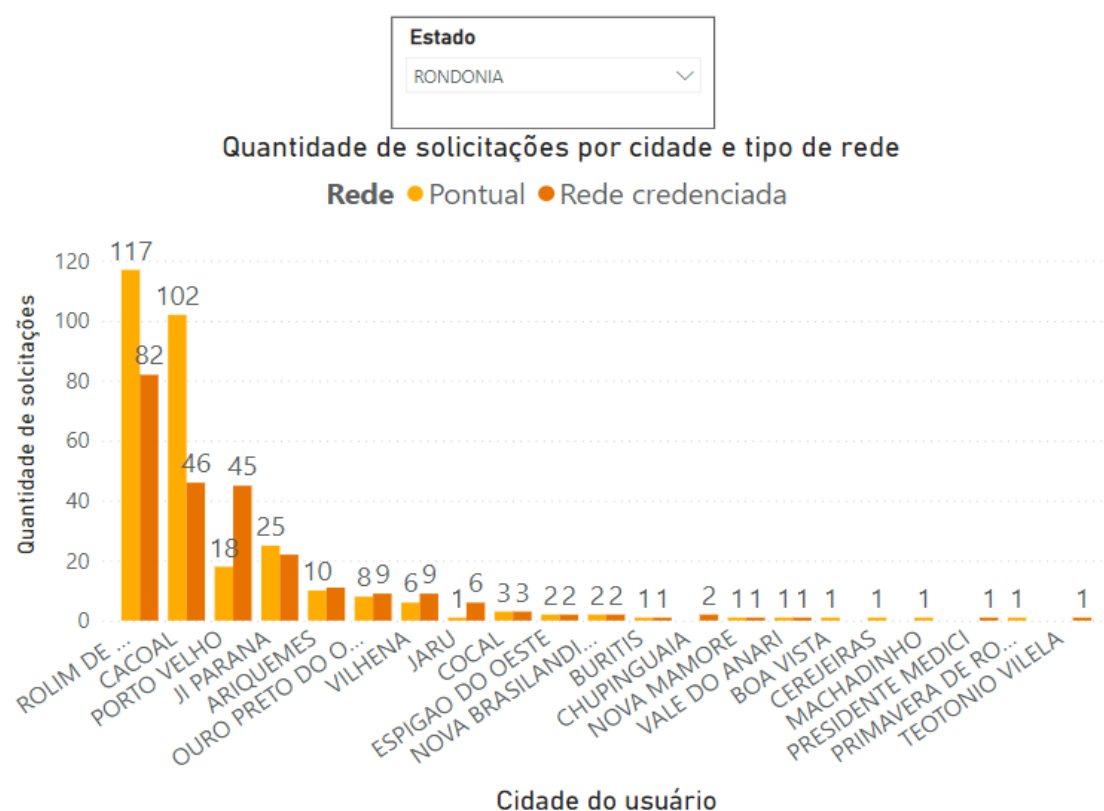
Assim, o time de rede criou um formulário para os analistas preencherem ao pesquisarem clínicas para atendimentos pontuais. Esse formulário possui três vantagens:

- Permite ter um registro das clínicas que foram usadas ou com quais a empresa entrou em contato para atendimentos pontuais, e assim evita pesquisas repetidas para atendimentos futuros
- Permite quantificar o custo dos atendimentos pontuais, pois esse formulário garante que a empresa saiba quanto gastou para esses atendimentos específicos em comparação com os atendimentos em rede credenciada

- Com o conhecimento da quantidade de atendimentos pontuais por especialidade e cidade, a empresa consegue ver quais são os lugares onde seria mais interessante ter clínicas diante da demanda recorrente.

Para esse último ponto, o time de dados criou para o time de rede um relatório que quantifica os atendimentos pontuais por especialidade e cidade. O uso de Power Bi faz com que a visualização seja interativa, de maneira que os gestores de rede e da empresa conseguem filtrar os dados dos gráficos de acordo com as necessidades. Assim, no exemplo da Figura 28, se o gestor de rede filtrar o relatório para ver somente as solicitações em Rondônia em 2021, ele pode ver em quais cidades teve mais atendimentos com clínicas referenciadas do que com clínicas credenciadas.

Figura 28. Quantidade de solicitações de atendimento em Rondônia



Fonte: Autora (MICROSOFT POWER BI, 2021)

Assim, com essa informação o gestor de rede pode estudar as possibilidades de estender a rede credenciada em cidades específicas.

5.1.2 Com fusão de empresas

Dado que a maior parte das receitas são decorrentes de atendimentos (consultas e exames), a Empresa A decidiu se juntar com a Empresa X, uma rede de clínicas médicas. Essa fusão beneficiou tanto a Empresa A quanto a Empresa X, pois permitiu unir a tecnologia e a experiência da Empresa A com a capilaridade da Empresa X que possui 60 franquias localizadas em diferentes estados brasileiros. É uma aliança estratégica que traz uma vantagem competitiva frente à concorrência.

A fusão foi aprovada em fevereiro de 2022 e permitiu acrescentar a rede credenciada da Empresa A. Com mais clínicas na sua base, ela tem mais possibilidades de atendimento para os seus usuários, gerando a redução do tempo de agendamento. Em efeito, essas novas clínicas credenciadas já entram na base de dados da empresa e facilitam as tarefas do time de atendimento, que possuem menos pesquisas de clínicas para fazer. Além disso, a Empresa X investiu cerca de R\$40 milhões em infraestrutura tecnológica, o que permitiu desenvolver ainda mais a TI dentro da Empresa A.

5.1.3 Com abertura de franquias

Para aumentar a penetração da marca no mercado, uma outra estratégia é a abertura de franquias. Através desse sistema, a Empresa A acrescenta de novo a sua base de clínicas credenciada, e consegue também divulgar sua marca na frente das clínicas. As primeiras vendas de franquias foram feitas com municípios que responderam às ações de venda.

A vantagem de possuir clínicas próprias é uma maior agilidade nos processos de agendamento. Assim, com essas clínicas próprias a empresa passa a ter lojas próprias e consegue se fazer conhecer pelo público. A etapa seguinte será de implementar clínicas em cidades estratégicas, como cidades com taxa de utilização elevada ou com grande quantidade de cartões ativos. Esses indicadores mostram que seriam lugares onde há fortes probabilidades de ter consumo dos produtos se clínicas fossem implantadas.

5.2 Desenvolvimento de um produto B2C

5.2.1 Motivações

Em dezembro de 2021, a ANS divulgou que 24,6% dos brasileiros tinham um plano de saúde, o que deixa mais de 7 de cada 10 brasileiros dependendo exclusivamente do SUS para acessar serviços médicos e odontológicos, como vimos no estudo bibliográfico. A saúde privada não tem um custo acessível para todos, assim a Empresa A pensou em desenvolver um produto que permite ter acesso a serviços de saúde privada por custos menores e diretamente para os usuários.

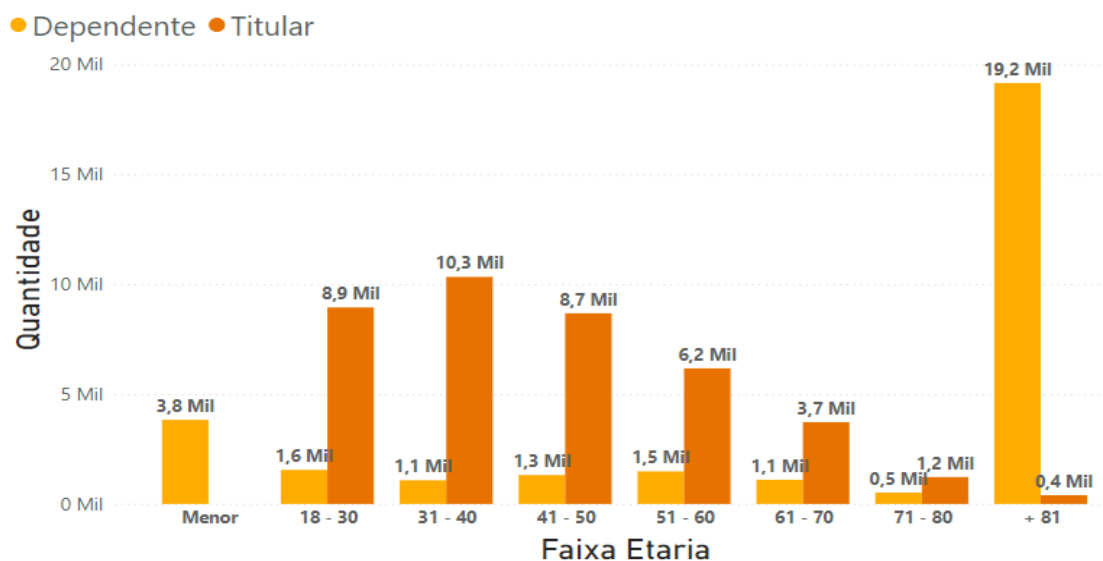
A atuação nos mercados B2B e B2B2C mostrou a existência de uma demanda, então a vantagem de entrar agora no mercado B2C é que a empresa pode oferecer um serviço mais direto aos usuários, sem passar por uma empresa intermediária. Além disso, as vendas nos segmentos B2B e B2B2C permitiram a criação de uma base de dados que possibilitou estudar o comportamento e as características dos usuários, e assim poder propor um serviço mais personalizado.

Essa necessidade de crescimento vem também do fato de que a empresa precisa inovar para não perder clientes frente à concorrência. Por exemplo, a Dr.Consulta uma rede de clínicas popular realizou um movimento de mercado ao investir na startup de planos de saúde cuidar.me. Essa parceria entre as duas empresas tem como objetivo ampliar a oferta de saúde a um preço acessível, atuando assim no mesmo segmento de mercado que a Empresa A.

5.2.2 Persona

Quando uma empresa quer lançar um produto, é fundamental realizar uma estratégia de marketing direcionada para a definição de uma persona, um personagem fictício que vai representar um usuário alvo típico. No estudo de dados realizado para a empresa, se viu que de janeiro 2021 até dezembro 2021 a faixa etária que contratava o produto B2B/B2B2C e era titular do cartão usado para realizar o atendimento era em maioria a faixa dos 31-40 anos de idade (Figura 29).

Figura 29. Repartição dos usuários por faixa etária e tipo de paciente



Fonte: Autora (MICROSOFT POWER BI, 2021)

Associando essa informação com os dados de localização geográfica dos pedidos e o estudo dos segmentos de usuários, os times de dados, produtos e marketing se uniram para criar a persona seguinte:

Marcos é um motorista de Uber de 32 anos que vive em Campinas (SP). Ele conheceu sua esposa bem jovem e logo tiveram filhos. Trabalha desde cedo, mas agora tem que administrar seu dinheiro para além de seus gastos pessoais, o que levou suas reservas e economias ao limite. Ele gosta de conhecer pessoas novas, coloca sua família sempre como prioridade (muitas vezes se deixando em segundo plano), e é muito religioso. Ele gosta de promoções, mas se tivesse dinheiro iria gastar com um bom carro. Marcos tinha um plano de saúde no seu antigo emprego, mas acabou ficando desempregado e o Uber foi uma opção de renda enquanto estava à procura de outro emprego; gostava do plano pois conseguia estender para a sua mãe que é diabética. Marcos quer se estabelecer na sua carreira, não gosta muito do que faz agora, porém precisa do dinheiro para sustentar sua família. Além disso, ajuda sua mãe com algumas despesas da saúde, portanto gostaria de conseguir garantir uma velhice confortável para ela. Ele tem medo de desapontar a sua família e não conseguir tudo que ele quer dar.

Marcos representa uma parte da população brasileira que depende do SUS para cuidar tanto da sua saúde quanto da saúde da sua família. Assim, o produto que será

lançado tem como objetivo suprir as necessidades desta parcela da população. Por isso deve ser pensado de maneira a realmente identificar dores existentes e trazer soluções viáveis para os usuários.

5.2.3 Estudo da concorrência

Na parte de diagnóstico da empresa, vimos uma breve apresentação de alguns concorrentes do setor de Marketplace em saúde suplementar. Para o lançamento do novo produto, foi realizado um estudo mais detalhado dos concorrentes a fim de trazer um melhor entendimento sobre os produtos existentes. Esse estudo se pode encontrar em ANEXO deste trabalho e permitiu comparar várias empresas em relação à jornada do cliente proporcionada, produtos oferecidos e serviços complementares. Foi visto que a maioria dos concorrentes da categoria de MarketPlace optou por dois ou três tipos de planos, e todos dão acesso à rede de clínicas credenciadas, menos as clínicas populares que possuem as próprias clínicas. Em relação aos serviços adicionais, os mais comuns são serviços de seguro de viagem, seguro de vida, ou de doenças graves por exemplo.

Esse quadro comparativo permite destacar uma predominância dos modelos de adesão com cobrança mensal, com uma maioria das empresas já trabalhando com um aplicativo para digitalizar a experiência dos consumidores.

5.2.4 Mix de marketing: os 4 Os

A metodologia dos 4 P's em marketing consiste em atuar em variáveis específicas para garantir que a empresa atinja o seu público-alvo e se desenvolva. Essas variáveis são: Produto, Preço, Praça e Promoção, e podemos ver como cada uma impacta a saída do produto no mercado B2C.

- Produto

Para criar um produto dedicado ao mercado B2C, a empresa analisou o uso do seu produto B2B/B2B2C e os produtos oferecidos pela concorrência (ANEXO I). Para os fornecedores de um serviço de saúde privada, viu que a maioria oferece acesso a uma rede médica, assim esse serviço será uma parte do produto B2C. Outros serviços que serão adicionados por ter uma utilização alta são a possibilidade de realizar exames e o acesso a serviços de odontologia. O produto é sem carência e não possui limite de idade. Um diferencial desse produto é que não há limite de utilização para fazer uso do cartão.

A empresa fez também a escolha de oferecer um serviço de telemedicina. O diferencial desse serviço frente à concorrência é que para uma consulta com um clínico geral, o usuário não precisa pagar, é uma consulta gratuita.

- Preço

Quando uma empresa estabelece um preço de venda, esse preço possui várias funções. Ele pode ser responsável por cobrir custos de produção, gerar lucros, orientar o consumidor, sinalizar o mercado, vender a imagem de uma marca ou até trazer um status para produtos de luxo, por exemplo. O preço será estabelecido considerando três fatores: o valor percebido pelo cliente, o custo do produto e os preços do mercado atual com a concorrência.

O produto da Empresa A foi pensado para atingir usuários de classe C e D, e quer oferecer uma solução de saúde “que cabe no bolso”. Por essa razão, a estratégia de precificação escolhida pode ser um preço de penetração. Dessa forma, a empresa se enquadra como um produtor de baixo custo e oferece um produto mais barato que a concorrência. Ela pensou em realizar um produto único, sem diferença entre plano individual e plano familiar como foi feito por alguns concorrentes. O produto da Empresa A é sempre familiar e permite automaticamente a adição de dependentes. Assim, se olharmos os diferentes preços de plano familiar oferecidos pela concorrência, o preço médio mensal é de R\$35,25. A empresa irá realizar o estudo financeiro dos seus custos para tentar oferecer um produto cujo valor mensal será inferior ao preço usualmente praticado no mercado.

- Praça

A praça de venda se refere aos canais de distribuição e pontos de venda dos produtos. Para o início das vendas, a startup optou por vender através do seu call center. O site da empresa está sendo renovado para incluir essa nova segmentação B2C e assim também permitir as vendas diretamente no site. Com a abertura de franquias, se pôde criar um ponto de venda físico para vender o cartão da empresa e, conseqüentemente, atingir e atrair públicos menos acostumados ao uso de ferramentas digitais.

Uma vez em posse do cartão físico ou virtual da empresa, o usuário pode colocar dinheiro no cartão e usar esse nas clínicas credenciadas da empresa, nas clínicas de atendimento pontual e nas farmácias parceiras. Um diferencial da empresa frente aos seus concorrentes é a sua capilaridade. Sendo o objetivo oferecer serviços no Brasil inteiro, todos os usuários podem ter acesso à serviços de saúde próximos deles por valores mais baratos.

- Promoção

A promoção do produto tem como objetivo promover a marca para o público-alvo. Foi estabelecida uma primeira lista de canais de comunicação para divulgar o produto B2C, e os primeiros itens dessa lista são os seguintes:

- O aplicativo da empresa, já disponível para os usuários de segmento B2B e B2B2C,
- Site web da empresa, em fase de reestruturação, que incluirá um *chatbot*
- Redes Sociais, atualmente a promoção é realizada com mais frequência através do LinkedIn para os segmentos B2B e B2B2C, e para a venda de franquias. Para o segmento B2C, a empresa está configurando seus perfis no Youtube, Instagram e Facebook e criando sua identidade visual, além de desenvolver mensagens dinâmicas adaptadas para os diferentes perfis de usuários identificados,
- Na Central de Atendimento, onde os usuários podem ligar para tirar dúvidas sobre o produto, a empresa tem a possibilidade de aproveitar da conversa e oferecer novos serviços,
- WhatsApp, com mensagens personalizadas.

A estratégia de promoção conta também com a presença de dois investidores que são apresentadores do programa Shark Tank Brasil. A visibilidade dessas personalidades faz

com que a empresa possa realizar campanhas de publicidade com a imagem deles e assim alcançar um público maior tanto para os usuários do cartão quanto para os franqueados.

5.3 Monitoramento do crescimento

Após o investimento da empresa na melhoria da sua arquitetura de dados, tornou-se mais simples organizar e acompanhar o andamento da estratégia. Assim, o time de dados já criou relatórios para permitir a visualização das quantidades de franquias abertas e de vendas de cartões por mês, por região, estado e por franquias. O objetivo da empresa sendo atingir 450 franquias nos três próximos anos, monitorar o andamento das vendas desde o início permite estudar o potencial de alcance do objetivo e eventualmente alterá-lo se for preciso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Resultados atingidos

Este trabalho de formatura objetivou avaliar a estratégia de crescimento de uma startup, com enfoque na gestão dos processos internos. Na parte de introdução deste trabalho, os problemas apresentados foram: a ausência de gerenciamento visual no local de trabalho, e o baixo nível de autonomia dos funcionários.

Para resolver os problemas relacionados à falta de autonomia, foi implantado um SharePoint para que as pessoas de um mesmo time consigam compartilhar arquivos e informações de maneira simples e eficiente. Essa estrutura compartilhada permite evitar uma situação de dependência e assim deixa a realização das tarefas de cada um mais eficiente.

Em relação ao problema de gerenciamento visual, ele estava em realidade traduzindo um problema mais profundo: a falta de uma estrutura de dados robusta. O diagnóstico da infraestrutura de TI da Empresa A mostrou que a TI possui um papel central na produção e traz muito valor para o usuário final. Consequentemente, foi realizado um trabalho de estruturação da base de dados da empresa que permitiu padronizar as informações presentes e reunir as várias fontes de dados em um único lugar, permitindo assim agilizar os fluxos de dados. A implantação de um *Data Lake* se mostrou uma estratégia eficiente pois permitiu a realização de relatórios com uma velocidade de atualização maior, e facilita o tratamento futuro de uma grande base de dados, preparando assim a Empresa para um cenário de *Big Data*. Alguns relatórios foram destinados a clientes empresariais e permitiram deixar mais autonomia a esses no monitoramento do uso dos produtos.

A outra parte dos relatórios serviram de base de estudo para o desenvolvimento da estratégia de crescimento da empresa. Em efeito, com o conhecimento da quantidade de pedidos por especialidade, cidade ou estado, por exemplo, a empresa pode realizar prospecção de novas clínicas usando o argumento da demanda existente para apoiar a sua proposta de parceria e assim acrescentar a sua rede credenciada de maneira eficiente.

Tendo em vista a demanda para serviços de saúde de baixo custo, a empresa está desenvolvendo um produto para o mercado B2C. De novo, o conhecimento das taxas de

utilização por produto e categoria de usuários traz uma vantagem competitiva pois a empresa pode realizar ações personalizadas ao adaptar seu produto às necessidades dos usuários. Como essa parte ainda está em fase de implantação para a empresa, não há resultados por enquanto.

6.2 Próximos passos

A fim de trazer mais informações relevantes para o negócio, a autora começou a se formar na linguagem de programação R, pois essa ferramenta gratuita permite o tratamento de grandes volumes de dados. Dessa maneira, será possível explorar a estrutura do Data Lake para programar um algoritmo de cálculo de novos KPI: o *churn* (taxa de cancelamento) e a taxa de utilização. Com essas informações suplementares, a *startup* poderá ter um entendimento maior sobre os seus usuários e conseguir identificar se as soluções propostas atendem as expectativas do seu público-alvo. Em efeito, a taxa de utilização por serviço permitirá entender se a escolha que foi realizada atende às demandas dos usuários, e se não, serão realizados estudos para analisar quais serviços fazem mais sentido adicionar ou excluir. Em relação à taxa de cancelamento, ela traz uma visão melhor sobre as necessidades dos usuários por categorias como faixa etária, localização ou gênero.

Agora que a empresa começou o seu trabalho de estruturação de dados, ela tem uma melhor visão sobre os seus resultados e pode organizar os seus projetos por ordem de prioridade. Assim, os futuros passos da empresa implicaram uma continuidade na exploração dos dados para entender como seus diversos produtos podem ser melhorados para tornar a experiência dos usuários cada vez melhor, e assim crescer no mercado da saúde suplementar.

6.3 Aprendizagem adquirida

Esse estudo nos permitiu entender melhor o posicionamento da saúde suplementar no Brasil e a importância de proporcionar soluções de atendimento para públicos de classes C e D como substituto ao atendimento pelo SUS quando for preciso. O produto proposto pela Empresa A não resolve todos os problemas que foram levantados, entre

quais a escassez de médicos em alguns lugares, ou a qualidade das infraestruturas, por exemplo. Porém ele mostra que se pode facilitar o acesso aos serviços para uma parte da população brasileira com as soluções de telemedicina para os lugares longe de clínicas, ou com atendimentos a custos reduzidos.

Trabalhar para uma *HealthTech* em crescimento mostrou a importância de ter uma estratégia bem definida e monitorada frequentemente. O monitoramento de indicadores possui um impacto tanto para os funcionários que conseguem visualizar o resultado do trabalho deles, quanto para as diretorias que podem visualizar de maneira simples os resultados da empresa.

Por essa razão, vimos que é necessário investir em arquiteturas de TI robustas, pois em um mundo cada vez mais digital, o uso de ferramentas eficientes traz uma vantagem competitiva que permite ao negócio se destacar no mercado onde ele atua. Além disso, a exploração de dados permite à empresa conhecer os seus usuários e tomar decisões estratégicas para seu desenvolvimento.

Esse trabalho mostrou também a importância de uma boa comunicação dentro de uma empresa, pois a estratégia deve ser alinhada entre todas as áreas. Com uma boa organização dos processos de trabalho cada funcionário pode realizar suas tarefas de maneira eficiente e ver a repercussão disso nos seus resultados.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, J. L. G. Saúde suplementar em xeque: reajustes abusivos e restrição de cobertura impõem mudanças na legislação. **Folha de S.Paulo**. São Paulo, p. 3-3. 31 maio 2022.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). **O perfil do médico brasileiro e a desigualdade no acesso à assistência**: Demografia Médica 2018: número de médicos aumenta e persistem desigualdades de distribuição e problemas na assistência. 2018. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2018/03/DEMOGRAFIA-M%C3%89DICA.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2022.

BENEFICIOSRH. **9 maiores operadoras de saúde para 2022**. 2021. Disponível em: <https://www.beneficiosrh.com.br/maiores-operadoras-planos-de-saude/>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. **Programa Mais Médicos**: Conheça o Programa. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. **Programa Mais Médicos**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-mais-medicos>. Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: A saúde do Brasil**. 3. ed. Brasília - DF: Editora MS, 2011. 37 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. SENADO FEDERAL. Senado Notícias. **CPMF**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>. Acesso em: 30 maio 2022.

CARVALHO, M. M.; LAURINDO, F. J. B. **Estratégia Competitiva**: dos conceitos à implementação. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010. 239 p.

CHARTERED MANAGEMENT INSTITUTE (CMI) (Reino Unido). **Developing Strategy**. 2020. Disponível em: <https://www.managers.org.uk/knowledge-and-insights/resource/developing-strategy/>. Acesso em: 30 maio 2022.

CREATIVE DECISIONS FOUNDATION. **SUPER DECISIONS**. Versão 3.2 Windows. Disponível em: https://www.superdecisions.com/downloads/index.php?section=win3_0_beta. Acesso em: 25 maio 2022.

DELOITTE INSIGHTS. **2021 global health care outlook**: Accelerating industry change. 2021. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/cn/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2021-global-healthcare-outlook.html>. Acesso em: 27 nov. 2021.

DISTRITO. **DISTRITO HEALTHTECH REPORT: BRASIL 2020**. 2020. Disponível em: <https://materiais.distrto.me/mr/healthtech-report>. Acesso em: 26 nov. 2021.

DISTRITO. **Healthtechs: como elas ajudam na transformação do mercado**. 2020. Disponível em: <https://distrto.me/healthtechs-o-que-sao-e-como-ajudam-na-transformacao-do-mercado/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

FLOR, K. Entenda o Mais Médicos e o buraco deixado pelos 8 mil cubanos que saem do país. **Brasil de Fato**, São Paulo, 27 nov. 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/11/27/entenda-o-mais-medicos-e-o-buraco-deixado-pelos-8-mil-cubanos-que-saem-do-pais>. Acesso em: 30 maio 2021.

LAURINDO, F. J. B. **Tecnologia da informação: Planejamento e Gestão de Estratégias**. São Paulo: Editora Atlas, 2008. 382 p.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde Na Argentina, Brasil e México: Diferentes Caminhos, Muitos Desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ Brasil, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>. Acesso em: 07 dez. 2021.

MADUREIRA, D. Plano de saúde passa a ser o terceiro bem mais importante para o brasileiro. **Amazonas Atual**. 30 out. 2021. Disponível em: <https://amazonasatual.com.br/plano-de-saude-passa-a-ser-o-terceiro-bem-mais-importante-para-o-brasileiro/>. Acesso em: 26 out. 2021.

MCFARLAN, W. E. Information technology changes the way you compete. **Harvard Business Review**, v. 62, no 3, p. 98-103, maio 1984.

MEDICI, A. C. A desregulação das obras sociais: mais um episódio da reforma da saúde na argentina... o que virá depois?. **Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB)**, Washington, EUA, v. 48, n. 3, p. 268-274, jul. 2002. Artigo de Revisão. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000300043>. Acesso em: 01 jun. 2022.

MEIO & MENSAGEM. **Healthtechs crescem 118% em dois anos**: Adoção de tecnologias como machine learning, VR e IA tem impulsionado a oferta de serviços pelas startups. 2021. Amanda Schnaider. Disponível em: <https://www.proxxima.com.br/home/proxxima/noticias/2021/03/16/healthtechs-crescem-118-em-dois-anos-e-ja-sao-mais-de-500-empresas.html>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MELLO, D. Planos de saúde têm 1 milhão de adesões durante a pandemia. **Agência Brasil**. São Paulo, 28 abr. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-04/planos-de-saude-tem-1-milhao-de-adesoes-durante-pandemia>. Acesso em: 12 nov. 2021.

METABASE. **Documentation**. Disponível em: <https://www.metabase.com/docs/latest/>. Acesso em: 20 set. 2021.

MICROSOFT POWER BI. **Power Bi Desktop**. Disponível em: <https://powerbi.microsoft.com/pt-br/desktop/>. Acesso em: 20 set. 2021.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health spending**. 2020. Disponível em: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>. Acesso em: 31 out. 2021.

PHOTIUS, C. **Age structure - 65 years and over 2020 Country Ranks, by Rank**. Disponível em: https://photius.com/rankings/2020/population/age_structure_65_years_and_over_2020_0.html. Acesso em: 31 out. 2021.

PORTAL DA INDÚSTRIA. **Saúde suplementar: o que é e como funciona**. Disponível em: <https://www.portaldaindustria.com.br/industria-de-a-z/saude-suplementar-o-que-e-e-como-funciona/>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PORTER, M. E. How Competitive forces shape strategy. **Harvard Business Review**, p.137-145, nov./dec. 1979.

PORTER, M. E. From competitive advantage to corporate strategy. **Harvard Business Review**, maio/jun 1987

PORTER, M. E.; MILLAR, V. E. How information gives you competitive advantage. **Harvard Business Review**, v. 63, no 4, p. 149-160, jul./ago. 1985.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the Corporation. **Harvard Business Review**, p. 79-91, maio/jun. 1990.

SAMI. **Pesquisa de avaliação de atributos:** panorama do sistema de saúde suplementar no Brasil. Panorama do sistema de saúde Suplementar no Brasil. Livia Lourenço e Lucas Robini. Disponível em: https://blog.samisaude.com.br/wp-content/uploads/2021/02/Sami_Pesquisa_Avaliacao_Tributos_02.2021-2.pdf Acesso em: 12 dez. 2021.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE). **Canvas: Como estruturar seu modelo de negócios.** Disponível em: <https://www.sebraepr.com.br/canvas-como-estruturar-seu-modelo-de-negocios/>. Acesso em: 11 dez. 2021.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>. Acesso em: 21 out. 2021.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. *et al.* Cobertura de Plano de Saúde No Brasil: Análise Dos Dados Da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019'. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 26, no Supl.1, p. 2529-2541, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SUNO. **CPMF: o que foi esse imposto? É possível que ele volte a existir?** 2018. Tiago Reis. Disponível em: <https://www.suno.com.br/artigos/cpmf/>. Acesso em: 30 maio 2022.

THE WORLD BANK. **Hospital beds (per 1,000 people).** 2019. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>. Acesso em: 30 out. 2021.

THE WORLD BANK. **Physicians (per 1,000 people).** 2019. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>. Acesso em: 30 out. 2021.

THE WORLD BANK. **Prevalence of current tobacco use (% of adults).** 2020. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.PRV.SMOK>. Acesso em: 30 out. 2021.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800008>. Acesso em: 31 maio 2022.





VENABLES, W. R.; SMITH, D. M. **An Introduction to R: notes on r: a programming environment for data analysis and graphics**. 2021. Versão 4.1.1. Disponível em: <https://cran.r-project.org/doc/manuals/r-release/R-intro.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

VILARINHO, P. F. O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p. 1-15, dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512004000300008>. Acesso em: 14 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2020: Monitoring health for the Sustainable Development Goals (SDGs)**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em: 20 nov. 2021.






ANEXO: ANÁLISE DE HEALTHTECH CONCORRENTES

(continua)

ITEMS	EMPRESA A				
Base da operacionalização	Cartão virtual pré pago de saúde - Transacional	Cartão de Desconto - Não Transacional	Cartão de Desconto - Não Transacional	Cartão pré pago de saúde - Não Transacional	Clinica Popular
Horário de Atendimento	07:00 as 19:00 de segunda a sexta, exceto finais de semana e feriados nacionais	08hs às 18hs de segunda a sexta-feira	9hs às 18h de segunda a sexta-feira, 9hs às 13h nos sábados (lojas físicas)	Informação não localizada	Informação não localizada
Sobre o Atendimento	Atendimento humanizado em toda jornada, garantindo que o cliente tenha uma experiência positiva na utilização (Central agenda com o prestador e intermedia com o usuário. Cliente não paga nada ao prestador, garantindo pagamento do valor acordado pela empresa junto ao prestador). Por se tratar de um cartão pré pago, a Empresa oferece a flexibilidade de pagamento via cartão de crédito e o parcelamento em até 12 meses (parcela mínima de R\$20,00)	Pagamento feito direto na clínica/consultório, sendo necessário seguir a regra daquele estabelecimento (pagamento na maioria dos casos à vista) e corre o risco do prestador não reconhecer as parcerias ou cobrar um valor diferente (mais alto) que o acordado.	Pagamento realizado na clínica/consultório (na maioria das vezes, pagamento à vista), seguindo o valor fixo das consultas de clínico geral (R\$ 24,00) e de demais especialidades (R\$ 32,00).	O cliente recarrega o cartão pré-pago, e paga uma taxa de acordo com o meio utilizado (7% do valor da recarga quando utilizado cartão de crédito). Agendamento dos serviços realizado na Central de Atendimento.	O cliente faz o pagamento nos centros médicos Dr.Consulta (dinheiro, cartões de crédito e débito e cartão Yalo) de acordo com o valor da consulta/exame. *Pagamento online apenas com cartão de crédito. Agendamento na Central de Atendimento, site ou App
Tem APP	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Rede	Credenciada e Referenciada	Credenciada	Credenciada	Credenciada	Própria
Capacidade	Rede Credenciada: 27 estados + Todas as capitais + de 400 cidades Rede Referenciada: em demais regiões (+87 mil unidades de atendimento) Diferencial: Atendimento Garantido em todo o Brasil. Um serviço exclusivo, que garante ao usuário atendimento mesmo onde não existe rede instalada, pagando o valor da tabela de economia da Empresa.	Cobertura Nacional em 26 estados e no Distrito Federal + de 20000 profissionais cadastrados Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	Cobertura Nacional, clínicas em todos os estados. + 12.000 estabelecimentos Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	Cobertura Nacional, em todos os estados e cidades com +1MM habitantes. Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	3 estados Centros médicos instalados SP Capital e Grande SP, Baixada Santista e RJ e Belo Horizonte (MG) Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)
Onde fica a matriz	São Paulo/SP	Rua Barão de Santo Ângelo, 479. Porto Alegre, RS	Rua Dom Pedro II 37. Ipatinga, MG	Av. Queiroz Filho, 1560. Torre Gaivota - Conj 104 - São Paulo, SP.	Av. JK, 1830 - 14º andar - Itaim Bibi - São Paulo, SP.
Venda Direta (B2C) - Canais	Call Center Ativo	Central de Vendas ativa e contratação pelo site.	Pessoa Física através de franquias parceiras	Central Ativa, e contratação pelo site.	Cadastro pelo site.
Atua no modelo B2B e B2B2C?	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Parceiros B2B e B2B2C	Casas Bahia/Mapfre, Banco Cetelem, Pagobank	Ifood, Avon, Banco Pan, NET Claro, Arezzo, Loggi, Cabify, Credicard [...]	Não possui	Uber, Banco Pan, Marisa, Riachuelo	Não possui
Estratégia de Comunicação	Aplicativo, Web, Redes Sociais, Central de Atendimento, Chatbot, Whatsapp	WebAPP, Central de Atendimento e Whatsapp	Web, Redes Sociais, Central de Atendimento e PDVs. Programa de TV (ex. SBT 10h)	Web, Central de Atendimento, Chatbot, Whatsapp	App, Redes Sociais, Chatbot, Central de Atendimento. Anúncio TV aberta
Beneficiários	Sempre Familiar (Titular, cônjuge, filhos até 21 anos (ou ascendentes), sem, limites de inclusão de dependentes	Individual ou Familiar (Cônjuge e filhos até 21 anos) - até 4 pessoas	Familiar - até 7 dependentes Cônjuge e filhos (até 21 anos)	Individual ou Familiar (Titular + 3 dependentes)	Individual
Serviços Disponíveis	Mais de 22.000	Mais de 20.000 profissionais cadastrados	4260 (260 clínicas e +4000 exames)	(+) 12000 clínicas e laboratórios	49 clínicas 61 especialidades e +2000 exames






ANEXO: ANÁLISE DE HEALTHTECH CONCORRENTES

(continuação)

ITENS					
Base da operacionalização	Clube de descontos em saúde e outros setores	Cartão de Desconto - Não Transacional	Clínica popular	Aplicativo de descontos em saúde particular	Clínica popular
Horário de Atendimento	Informação não localizada	Informação não localizada	Segunda à Sexta 07:30 às 19:00 Sábado 08:00 às 12:00	07:00 às 19:00, segunda a sexta	07:00 às 19:00, segunda à sexta 07:30 às 11:30 aos sábados
Sobre o Atendimento	O cliente pode buscar o serviço desejado, no site ou aplicativo e então realizar o agendamento, ou pode optar por entrar em contato com a Central de Atendimento, para eventuais esclarecimentos.	Pagamento realizado na clínica/consultório (na maioria das vezes, pagamento à vista). Sujeito à forma de pagamento disponível no local. Agendamento do serviço na Central de Atendimento.	O cliente agenda a consulta pela Central de Atendimento, Whatsapp ou site e realiza o pagamento na própria clínica popular da rede.	Usuário da conta realiza a compra de algum procedimento pelo aplicativo BemCare. Feito isso, ele entra em contato com a Central de Atendimento ou Whatsapp para realizar o agendamento do referido procedimento. Apresenta carteirinha digital para confirmar o atendimento.	O cliente agenda a consulta pela Central de Atendimento ou Whatsapp e realiza o pagamento na própria clínica popular da rede.
Tem APP	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Rede	Credenciada	Credenciada	Própria	Credenciada	Própria
Capilaridade	Apenas na Grande São Paulo	25 estados Todas as capitais Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	Belo Horizonte (MG) Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	São Paulo (rever informação) Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	Goiás (Goiânia) Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)
Onde fica a matriz	Rua Doutor Miguel Couto, 53 - São Paulo, SP	Av. das Nações Unidas, nº 10.939 - 2º Andar, Vila Olímpia - São Paulo/SP	Praça Hugo Werneck, 166, Belo Horizonte - MG	Av. das Nações Unidas, 12.399, Conjunto 16-B, São Paulo, SP	A. Araguaia, 376, Banana Shopping - Goiânia - GO
Venda Direta (B2C) - Canais	Cadastro pelo site ou pela Central de Atendimento	Central de vendas ativa ou Contratação no site	Cadastro pelo site ou pela Central de Atendimento	Cadastro da conta pessoal pelo aplicativo.	Cadastro pela Central de Atendimento
Atua no modelo B2B e B2B2C?	Não	Sim	Não	Sim (B2B)	Não
Parceiros B2B e B2B2C	Não possui	Pernambucanas (AXA) e PontoFrio*	Não Possui	Não consta	Não Possui
Parceiros estratégicos	Lavoisier, Sabin	A+, Fleury, Delboni, São Camilo, Clínica Fares	Hermes Pardini (laboratório)	Fleury, A+ Medicina diagnóstica, Hermes Pardini	Sem destaques
Estratégia de Comunicação	Web, Redes Sociais, Central de Atendimento, Chatbot	Web, Chatbot, Redes Sociais	Web	Web, Redes Sociais.	Web, Redes Sociais
Beneficiários	Individual ou Familiar (Cônjuge e filhos até 18 anos)	Individual ou Familiar Cônjuge e filhos	Individual	Individual	Individual
Serviços Disponíveis			1 unidade		21 especialidades

ANEXO: ANÁLISE DE HEALTHTECH CONCORRENTES






(continuação)

ITENS					
Base da operacionalização	Cartão pré-pago de saúde-Transacional	Histórico Médico Online	Cartão virtual pré-pago de saúde - Transacional	Plataforma de busca de saúde particular - Gratuita	Plataforma de busca de saúde particular - Gratuita
Horário de Atendimento	Informação não localizada	Informação não localizada	Segunda à sexta de 7h00 às 20h50. Aos sábados de 7h00 às 19h40.	9:00 às 18:00, de segunda a sexta	Informação não localizada
Sobre o Atendimento	O cliente recarrega o cartão pré-pago pelo site ou aplicativo (taxa de R\$ 3,00 para cada recarga), de acordo com o valor da consulta/exame e apresenta ao prestador e agenda no dia/hora. Agendamento dos serviços realizado no site ou aplicativo.	O serviço Saúde Controle, é uma plataforma digital de controle de saúde a partir do Histórico Médico Online. O cliente faz o cadastro e pode, pelo app, fazer o upload de exames, receitas, e outras informações referentes aos histórico médico.	Pagamento via recarga no cartão virtual, através do site Central, com cartão de crédito. O cliente agenda a consulta com o credenciado, informando ser usuário do cartão VAIBEM, ou pode agendar direto pela Central de Atendimento.	O usuário pode procurar por clínicas ou especialistas da rede particular. Ele pode realizar o agendamento pela plataforma (site ou aplicativo), de acordo com o serviço escolhido e realizar o pagamento direto com a clínica/médico em que a consulta foi agendada.	O usuário pode procurar por clínicas ou especialistas da rede credenciada. Ele pode realizar o agendamento pela plataforma (site ou aplicativo), de acordo com o serviço escolhido e realizar o pagamento à vista (em dinheiro), no ato da consulta.
Tem APP	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Rede	Credenciada	Não consta	Credenciada	Credenciada	Credenciada
Capilaridade	3 estados - São Paulo e Mato Grosso do Sul (Campo grande) e Santa Catarina Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)		Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, DF Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)	Cobertura Nacional, plataforma disponível em todos os estados	10 cidades - Nos estados de MT, RS, SC, PR e MS Rede de atendimento não localizada (credenciada) Não realiza atendimento pontual (rede referenciada)
Onde fica a matriz	Rua Ferreira de Araújo, 221. Conj 95 - Pinheiros, São Paulo, SP.		Rua Nunes Valente, 980 - Fortaleza - CE	Rua Visconde do Rio Branco, 1433 - 2º andar - Curitiba (PR)	Av. Domingos de Almeida, 1785 - Pelotas - RS
Venda Direta (B2C) - Canais	Contratação do cartão pelo site da empresa.	Cadastro na plataforma pelo site.		Cadastro na plataforma pelo site ou aplicativo.	Cadastro na plataforma pelo site ou aplicativo.
Atua no modelo B2B e B2B2C?	Sim (B2B)	Não	Não	Não	Não
Parceiros B2B e B2B2C	Não consta	Não Possui	Não possui	Não possui	Não possui
Parceiros estratégicos	Dasa, Fleury, Hermes Pardini	Sem destaques	Droga Raia, PagueMenos, Drogasil	Sem destaques	
Estratégia de Comunicação	Web, Redes Sociais, Central de Atendimento	Sem destaques	Web, Redes Sociais, Central de Atendimento, Chatbot	Web, Redes Sociais	Web, Redes Sociais, Chatbot
Beneficiários	Individual ou Familiar (até 4 pessoas)	Individual	Sempre familiar (até 5 dependentes)	Individual	Individual
Serviços Disponíveis	36 especialidades	Uploads de exames e receitas	(+) 2000 credenciados	(+)500.000 especialistas	35 especialidades

ANEXO: ANÁLISE DE HEALTHTECH CONCORRENTES (continuação)






Produto Principal	Rede Médica Rede Odontológica Exames Sem carência, sem limite de idade ou consulta de pré-existência. Diferencial: Não há limite de utilização para utilização do cartão	Rede Médica Rede Odontológica Exames Sem diferenciação de custo e limite por idade e sem carência.	Rede Médica Rede Odontológica Exames Sem carência.	Rede Médica Rede Odontológica Exames Sem carência e limite de idade	Rede Médica Rede Odontológica Exames Cirurgias
Oferece Telemedicina	Sim Diferencial: Sem custo na utilização, para clínico geral.	Sim	Sim	Sim (40 especialidades)	Sim
Valores Médios das Consultas	Consultas (vídeo) a partir de R\$ 55,00 Presencial a partir de R\$ 70,00 Exames a partir de R\$ 10,00	A partir de R\$ 59,90 (individual) e R\$ 19,50 (família)	Consultas (valor fixo) - R\$ 24,00 para Clínica Geral R\$ 32,00 de mais áreas médicas Exames a partir de R\$ 16,00 Valor dos Exames varia com a localidade e especialidade	Consultas R\$60,00 a \$90,00. Exames a partir de R\$ 16,00	Consultas (telemedicina) a partir de R\$ 40,00 Exames a partir de R\$ 18,00
Atendimento de urgência e	Não	Não	Não	Não	Não
Serviços Adicionais	Mais de 20 opções de serviços adicionais que podem ser agregados ao produto principal (vide planilha de serviços).	Seguro de vida, Auxílio Funeral, Invalidez Permanente e Diária de Internação Hospitalar	Desconto variado em lista de medicamentos definida Parceiros com desconto em lazer e educação	Serviços complementares Desconto variado em lista de medicamentos definida	Sem serviços adicionais destacados
PRODUTO B2C	PLANO	2 PLANOS	PLANO		
	Serviços Em construção	AVUS Individual Consultas Médicas Consultas Odontológicas Exames (laboratoriais e de imagem) Descontos em medicamentos Preço - R\$ 14,90 (mensal)	Serviços Consultas Médicas Consultas Odontológicas Exames (laboratoriais e de imagem) Descontos em medicamentos	Essencial Consultas Médicas Exames Descontos em medicamentos Preço - R\$29,90 (mensal) Ligue Saúde	Sem mensalidade
	Preço em construção	AVUS Família Premium Consultas Médicas Consultas Odontológicas Exames (laboratoriais e de imagem) Descontos em medicamentos Serviços adicionais* Até 4 dependentes (sem custo adicional) Preço - R\$ 59,90 (mensal)	Descontos de 9% no bitijão de gás Ultragaz pelo app Plano pré-pago de celular Preço - R\$ 25,00 (mensal)	Consultas médicas Exames Descontos em medicamentos Atendimento 24h e 7 dias por semana com médicos e enfermeiros para sanar dúvidas de saúde e telemedicina (até 3 dependentes neste caso) Preço - R\$34,90 (mensal)	
	Preço em construção				
Modelo	Adesão: cobrança individual via cartão de crédito	Adesão: cobrança individual via cartão de crédito ou boleto bancário (para planos anuais)	Adesão: cobrança individual via cartão de crédito ou desconto em conta de energia elétrica (Resolução ANEEL 581/2013)*sujeito a disponibilidade de unidade.	Adesão: cobrança individual via cartão de crédito	Cobrança apenas da consulta/exame, sem mensalidade
Reputação Reclame Aqui	Nota: 7.1 Qtde. reclamações: 19	Sem índice de reputação Qtde. Reclamações: 4	Nota 6.2 para 6 Qtde. Reclamações: 11788 para 16002	Não há índice definido	Nota: 7.2 Qtde. Reclamações: 1553
Nota do aplicativo (olhar na loja de app)	IOS 3.1 Android 2.8	Sem app específico.	IOS 2.7 Android 4.1	IOS 4,4 Android 3.1	IOS 3.7 Android 4.4

ANEXO: ANÁLISE DE HEALTHTECH CONCORRENTES (continuação)

ITENS					
Produto Principal	Rede Médica Rede Odontológica Exames Cirurgias (50 tipos)	Rede Médica Rede Odontológica Exames	Rede médica Exames	Rede Médica Exames e Vacinas	Rede médica e Exames
Oferece Telemedicina	Sim (Clínico Geral e especialidades)	Sim	Sim	Não	Não
Valores Médios das Consultas	Consultas (telemedicina) a partir de R\$ 35,00 Consultas a partir de R\$ 35,00	Consultas a partir de R\$ 70	Informação não disponível	Informação não disponível	Consultas com até 90% de desconto
Atendimento de urgência e emergência	Não	Não	Não	Não	Não
Serviços Adicionais	Programa nutricional (acompanhamento)	Serviços de saúde complementar, bem estar e qualidade de vida.	Sem serviços adicionais destacados	Sem serviços adicionais destacados	Sem serviços adicionais destacados
PRODUTO B2C	PLANOS	PLANOS			
	Individual Consultas por vídeo ou presenciais Exames com até 80% de desconto Descontos em medicamentos de até 60% Orientação médica por telefone 24h Descontos em loias e Preço - R\$ 39,90 Familiar Mesmos serviços, com inclusão de dependentes (Cônjuge e filhos de até 18 anos) Preço - R\$ 49,90	Individual Consultas por vídeo ou presenciais Descontos em Exames Descontos em medicamentos de até 80% Preço - R\$ 22,90 (mensal) Familiar Até 3 dependentes Consultas e Exames a partir de R\$ 50,00 Descontos em medicamentos de até 80% Preço - R\$ 25,90 (mensal) Obs: Em ambos os planos há auxílio funeral, seguro em acidentes pessoais e auxílio cesta básica			
			Sem mensalidade (assinatura)	Sem mensalidade (assinatura)	Sem mensalidade (assinatura)
Modelo	Adesão: cobrança individual via cartão de crédito ou boleto (adesão do plano 6 ou 12 meses)	Adesão: cobrança via cartão de crédito	Cobrança apenas da consulta/exame, sem mensalidade	Cobrança apenas da consulta/exame, sem mensalidade	Cobrança apenas da consulta/exame, sem mensalidade
Reputação Reclame Aqui	Não há índice definido	Não há índice definido	Não há índice definido	Não há índice definido	Não há índice definido
Nota do aplicativo	IOS 5.0 Android 4.4	IOS - Sem nota Android - 3.3	Não tem aplicativo	IOS 3.9 Android 3.5	Não tem aplicativo

ANEXO: ANÁLISE DE HEALTHTECH CONCORRENTES

(conclusão)

ITENS					
Produto Principal	Rede Médica Rede Odontológica Exames Sem carência e limite de idade ou de uso	Histórico Médico Online - Exames e receituários	Rede Médica Rede Odontológica Exames Sem carência e limite de idade ou de uso	Rede Médica Rede Odontológica Exames	Rede Médica (apenas consultas)
Oferece Telemedicina	Sim (especialidades diversas)	Não	Sim	Sim	Sim
Valores Médios das Consultas	Consultas (vídeo) a partir de R\$ 45 e Consultas presenciais a partir de R\$ 60,00	Não há consultas ou exames	Consultas e Exames com até 90% de desconto	Não há descontos em consultas/exames*	Informação não disponível
Atendimento de urgência e emergência	Não	Não	Não	Não	Não
Serviços Adicionais	Seguro de vida, assistência funeral, seguro de doenças graves,	Sem serviços adicionais destacados	Sem serviços adicionais destacados	Sem serviços adicionais destacados	
PRODUTO B2C	PLANOS		3 PLANOS		
	Individual	Não há mensalidade	Plano POP Descontos em consultas e exames (até 90%) Descontos em medicamentos Preço R\$ 22,90 (mensal) Plano Plus Descontos em consultas e exames (até 90%) Descontos em medicamentos Orientação de Saúde 24h por telefone		Sem mensalidade (assinatura)
	Consultas Médicas				
	Consultas Odontológicas				
	Descontos em medicamentos de até 85%				
	Exames com desconto de até 20%				
	Preço R\$ 9,99 (mensal)		Preço R\$ 27,90 (mensal)		
	Plano Plus		Plano Flex		
	Até 4 pessoas, com os mesmos benefícios do individual. Preço R\$ 35,96 (mensal)		Descontos em consultas e exames (até 90%) Descontos em medicamentos Orientação de Saúde 24h por telefone Consultas 24h por chamada de vídeo Preço R\$ 34,90 (mensal)		
Modelo	Adesão: cobrança via cartão de crédito + taxa de R\$ 3,00 para recarga do cartão	Não há mensalidade	Adesão: cobrança individual via cartão de crédito	Não há cobrança para utilização do serviço	Não há cobrança para utilização do serviço, apenas o valor da consulta
Reputação Reclame Aqui	Não há índice definido	Não há índice definido	Nota: 8.1 Qtd. Reclamações: 663		Não há índice definido
Nota do aplicativo (olhar na loja de app)	IOS 5.0 Android 4,8	Não tem aplicativo	Não tem aplicativo		IOS - Não disponível Android 4.8

APÊNDICE: COMPARATIVO DE FERRAMENTAS DE VISUALIZAÇÃO DE DADOS

	Metabase	Power Bi	R
Custo			
Existe versão open source?	Sim	Sim	Sim
Preço inicial para versão paga	\$85/mês	\$9,99/mês	Gratuito
Conhecimento			
Aprendizagem necessária?	Sim	Não	Sim
Time de suporte	Não	Chat, Email/Help Desk, FAQs/Forum	Fórum
Integração			
SQL	+150 serviços pagos	Gratuito Sim	Gratuito Sim
SharePoint	Sim, gratuito	Sim	Sim
Excel	Sim, pago	Sim	Sim
Google Analytics	Sim, usando site de conversão** Sim, gratuito	Sim	Sim
Permite cruzar dados de várias fontes?	Não	Sim	Sim
Pode escrever queries complexas	Não	Sim	Sim
Pode integrar os relatórios num site internet ou na nuvem	Sim	Sim	Sim
Atualização			
Frequência	Em tempo real	Programada	Programada
Proteção			
Dados	Sim	Sim	Sim
Relatórios	Pode publicar na web ou proteger o acesso	Pode publicar na web ou proteger o acesso na versão paga	Pode criar um site acessível com senha