

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
ESCOLA DE NEGÓCIOS**

MAIKEL LUÍS ROJAS DA SILVA

**PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE
COM BASE EM VALOR: O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO**

**CURITIBA
2020**

MAIKEL LUÍS ROJAS DA SILVA

**PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE
COM BASE EM VALOR: O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO
MÉDICO**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios da Universidade Católica do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer
Coorientador: Prof. Dr. Eduardo Damião da Silva.

**CURITIBA
2020**

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9/1636

S586p
2020
Silva, Maikel Luís Rojas da
Programa de atendimento domiciliar como estratégia de saúde com base em valor: o caso de uma cooperativa de trabalho médico / Maikel Luís Rojas da Silva ; orientador, Alex Sandro Quadros Weymer; coorientador, Eduardo Damião da Silva. – 2020
77 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2020.
Bibliografia: f. 72-77

1. Cooperativas - Administração. 2. Operadoras de planos de saúde. 3. Saúde suplementar. 4. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. 5. Unimed.
I. Weymer, Alex Sandro Quadros. II. Silva, Eduardo Damião da.
III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós- Graduação em Cooperativas. IV. Título.

CDD. 20. ed. – 658.047

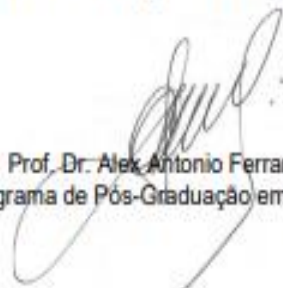
TERMO DE APROVAÇÃO

PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE SAÚDE COM BASE EM VALOR: O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO


Por

Maikel Luis Rojas

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas, área de concentração em Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas



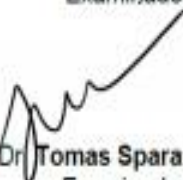
Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer
Orientador



Prof. Dr. Eduardo Damiano da Silva
Examinador



Prof. Dr. June Alisson Westarb
Examinador



Prof. Dr. Tomas Sparano Martins
Examinador

DEDICATÓRIA

Em memória à minha avó, Olívia, meu maior exemplo de ser humano.

À minha mãe, Oneida, a quem devo tudo aquilo que sou.

Aos meus irmãos, todos os familiares e amigos, pelo apoio, e compreensão sobre
minhas ausências durante essa jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir a realização de um sonho, dando-me discernimento e resiliência durante essa jornada.

A Pontifícia Universidade Católica do Paraná e ao programa PGCOOP, aos funcionários, e colegas com quem convivi nesses dois anos pela oportunidade, aprendizado e crescimento pessoal e profissional. E a todos que de forma direta ou indireta contribuíram com a minha formação.

Em especial quero agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Alex Sandro Weymer, pela empatia desde meu ingresso no programa, pela paciência, apoio e orientação para elaboração desta dissertação. Será sempre lembrado com carinho, pela amizade e a sabedoria que compartilhou; serei eternamente grato.

Ao Prof. Dr. Eduardo Damião, por ser responsável por apresentar e compartilhar comigo grande parte do conteúdo que norteou minha pesquisa, bem como sua colaboração como meu coorientador, por toda paciência e conhecimento compartilhados. Será sempre lembrado com carinho, pela amizade e sabedoria que compartilhou.

À Unimed de Paranaíba - Cooperativa de trabalho médico, pela confiança e oportunidade em participar do programa e também desenvolver a pesquisa nessa cooperativa, em especial pela confiabilidade em meu trabalho.

Ao SESCOOP/PR, pela oportunidade e pela iniciativa em investir na educação para o sistema cooperativista.

A todos que não foram citados, mas contribuíram, colaboraram e me incentivou de alguma forma.

RESUMO

Objetivo: O objetivo geral deste estudo foi avaliar o programa de atenção domiciliar de uma cooperativa de trabalho médico sob a perspectiva da saúde baseada em valor.

Breve contexto: O atual cenário de saúde no Brasil está marcado por mudanças diversas globais, a exemplos da transição epidemiológica, da transição demográfica e da transição tecnológica, além de outros fatores inerentes à cultura e à sociedade brasileira. Uma das áreas que enfrenta desafios de difícil superação é, reconhecidamente, a da saúde. É quase unânime a convicção de que o sistema de saúde vigente na grande maioria dos países está longe de atender as demandas da sociedade. Afinal, mesmo os mais elevados gastos com assistência na área nem sempre resultam em melhores indicadores de saúde para as populações, realidade essa que cooperativas de saúde enfrentam hoje.

Método: O estudo de caso é um método de pesquisa de natureza qualitativa e frequentemente usado em estudos organizacionais. O estudo de caso descritivo e explicativo foca em uma abordagem que compreende em descrever o objeto de pesquisa no seu contexto real, definindo suas características face ao problema de pesquisa e como explicar as relações identificadas ao longo da descrição. Para a pesquisa, foi construído, com as principais características da teoria de saúde com base em valor, um instrumento que resume elementos básicos presentes na teoria referente à transformação do cuidado em saúde. A partir das constatações da base teórico-empírica fundamentada pela literatura especializada sobre os conceitos de saúde com base em valor, e movimentos contemporâneos da gestão em saúde, que incentivam a cooperativa a praticar o programa, segue a metodologia desenvolvida neste trabalho, notadamente a partir de dois elementos principais: (i) justificativa do cenário de saúde atual, que pede por novos modelos de gestão e inovação em saúde e (ii) verificar se o programa praticado pela cooperativa atende o modelo assistencial da teoria, que traz características assistenciais fortes considerados como transformadores no cuidado em saúde.

Fundamentação Teórica: Porter propõe um modelo assistencial baseado em criar valor para os pacientes, no qual o objetivo principal dos cuidados de saúde consiste no valor visto para os pacientes, como foco em coordenação do cuidado, equipe multidisciplinar está envolvida no cuidado de reabilitação e prevenção de saúde.

Resultados: Conclui-se que a implantação do programa de atenção domiciliar de forma vertical pela cooperativa de trabalho médico, para atender a RN 277, para acreditação e qualificação das OPS, o programa pode ser considerado uma ferramenta de gestão estratégica em saúde, com características similares aos presentes na teoria de saúde com base no valor e foco no cliente, principal objetivo dessa pesquisa.

Implicações Gerenciais O programa é consolidado na cooperativa, visto como estratégia de gestão e custo em saúde, visto os resultados que a cooperativa possui desde sua implantação. Saúde com foco no cliente, saúde com base no valor são tendências no atual cenário internacional de saúde. Validar que o programa de atenção domiciliar bem implantando possui características similares a de teorias tão disseminadas na atualidade fortalece sem dúvida essa prática entre operadoras de saúde e cooperativas de trabalho médico.

Palavras-chave: Cooperativa de trabalho médico, Operadora de plano de saúde, Atenção domiciliar.

ABSTRACT

Objective: The general objective of this study was to evaluate the home care program of a medical work cooperative from the perspective of value-based health. **Brief context:** The current health scenario in Brazil is marked by several global changes, such as the epidemiological transition, the demographic transition and the technological transition, in addition to other factors inherent to Brazilian culture and society. One of the areas that faces challenges that are difficult to overcome is, admittedly, health. It is almost unanimous the conviction that the health system in force in the vast majority of countries is far from meeting the demands of society. After all, even the highest spending on assistance in the area does not always result in better health indicators for the populations, a reality that health cooperatives face today. **Method:** The case study is a research method of a qualitative nature and frequently used in organizational studies. The descriptive and explanatory case study focuses on an approach that comprises describing the research object in its real context, defining its characteristics in relation to the research problem and how to explain the relationships identified throughout the description. with the main characteristics of health theory based on value, an instrument that summarizes basic elements present in the theory regarding the transformation of health care. Based on the findings of the theoretical-empirical basis based on the specialized literature on health concepts based on value, and contemporary movements in health management, which encourage the cooperative to practice the program, the methodology developed in this work follows, notably from two main elements: (i) justification of the current health scenario, which calls for new models of health management and innovation and (ii) verifying whether the program practiced by the cooperative meets the theory's care model, which brings strong care characteristics considered as transformers in health care. **Theoretical Background:** Porter proposes a care model based on creating value for patients, in which the main objective of health care is the value seen for patients, as a focus on care coordination, a multidisciplinary team is involved in rehabilitation and prevention care of health. **Results:** It is concluded that the implementation of the home care program in a vertical way by the medical work cooperative, to meet RN 277, for accreditation and qualification of the PAHO, the program can be considered a strategic health management tool, with characteristics similar to those present in health theory based on value and customer focus, the main objective of this research. **Managerial Implications** The program is consolidated in the cooperative, seen as a health management and cost strategy, given the results that the cooperative has had since its implementation. Customer-focused health, value-based health are trends in the current international health scenario. Validating that the well-implemented home care program has characteristics similar to the theories so widespread today undoubtedly strengthens this practice among health operators and medical work cooperatives.

Keywords: Medical work cooperative. Health plan operator. Home care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Paradoxo dos cuidados em saúde.....	27
Figura 2	O ciclo dos cuidados em saúde.....	28
Figura 3	Definição de valor.....	35
Figura 4	Modelo de atenção Unimed Paranavaí	60
Figura 5	Indicadores clínicos do atendimento domiciliar, referente ao período de 10/2017 a 10/2018.....	63
Figura 6	Impacto na sinistralidade. Fonte Unimed Paranavaí (2018).....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões da RN 277.....	24
Quadro 2	Características da Plataforma de TI.....	44
Quadro 3	Checklist - saúde com base em valor.....	50
Quadro 4	Etapas da coleta e tratamento de dados.....	54
Quadro 5	Instrumento de análise para a teoria de saúde com base em valor	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indicador financeiro AD. Fonte Unimed Paranaíba- 2018.....	66
Tabela 2	Pesquisa de satisfação aos beneficiários.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AIS	Atenção Integral à Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
Coop	Cooperativa
HU	Hospital Unimed de Paranavaí
ID	Internação Domiciliar
MAT/MED	Material e Medicamento
OP	Operadora
OPS	Operadora de Plano de Saúde Suplementar
PAD	Plano Terapêutico de Atenção Domiciliar
PGC	Programa de Gerenciamento de Clínicos
PGC SAD	Programa de Gerenciamento de Casos da Atenção Domiciliar
PGDC	Programa de Gerenciamento de Crônicos
PGSFR	Programa de Gerenciamento de Saúde e Fator de Risco
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ESTRUTURA DO TRABALHO	15
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1	COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO, OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE E ATENÇÃO DOMICILIAR.....	16
3.1.1	Cooperativas de trabalho médico – Unimed	16
3.1.2	Operadora de planos de saúde	17
3.1.3	Atenção domiciliar	19
3.1.3.1	<i>Modalidades de atendimentos prestados pelo atendimento domiciliar da cooperativa estudada</i>	20
3.2	CENÁRIO E ASPETOS RELEVANTES PARA GESTÃO EM SAÚDE..	20
3.2.1	Cenário de saúde para operadoras de planos de saúde	20
3.2.2	Resolução normativa RN 277	22
3.3	SAÚDE COM BASE EM VALOR.....	26
3.3.1	O paradoxo do cuidado em saúde	26
3.3.2	Movimentos de saúde com base em valor	29
3.3.3	A voz do paciente na saúde com base no valor	30
3.3.4	Envolvimento significativo do paciente no processo de desenvolvimento do modelo de valor	31
3.3.4.1	<i>Envolvimento do paciente</i>	32
3.3.4.2	<i>Domínios de um modelo de valor centrado no paciente</i>	32
3.3.4.3	<i>Definindo valor</i>	34
3.3.5	O valor da saúde e o poder da prevenção	35
3.3.6	A necessidade de soluções integradas	37
3.3.7	Construindo uma organização com saúde em base em valor	38
3.3.8	Definindo o objetivo em valor	39
3.3.9	Caracterizando serviços com base em valor	40
3.3.10	Coordenações de cuidados, especialmente para pacientes caros	41
3.4	REGISTROS MÉDICOS ELETRÔNICOS.....	41
3.5	ENTREGA DE CUIDADOS DE SAÚDE COM BASE EM VALORES: MENSURAÇÃO DE RESULTADOS.....	42

3.6	CRIANDO UM SISTEMA DE ENTREGA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA BASEADA EM VALOR.....	43
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
4.1	ESPECIFICAÇÕES DO PROBLEMA.....	44
4.2	PERGUNTAS DE PESQUISA.....	44
4.3	DELINEAMENTOS DE PESQUISA.....	45
4.4	MÉTODO DE PESQUISA.....	45
4.5	DIMENSÕES TEMPORAIS DA PESQUISA.....	48
4.6	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	48
4.7	FACILIDADES E DIFICULDADES NA COLETA DE DADOS.....	49
4.8	COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	50
4.9	ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	51
4.10	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	54
5	BREVE CONTEXTO DE ANÁLISE	55
5.1	O ATENDIMENTO DOMICILIAR NA UNIMED DE PARANAÍ.....	55
5.2	CRIANDO UMA ESTRUTURA DE GARANTIA DE ACESSO AO USUÁRIO E OPERADORA.....	56
5.2.1	Alertas de internação.....	56
5.2.2	Auditoria de enfermagem operadora e hospital Unimed.....	56
5.2.3	Setor de intercâmbio e auditoria médica.....	58
5.2.4	Rede prestadora e cooperados.....	58
5.2.5	Serviço de atendimento ao cliente.....	58
5.2.6	Entrevista qualificada.....	59
5.2.7	Autoindicação.....	59
5.2.8	Criando cuidados a curto, médio e longo prazo.....	59
5.3	ENGAJAMENTOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM ATENÇÃO DOMICILIAR.....	60
6	RESULTADOS.....	62
6.1	INDICADORES CLÍNICOS DO PROGRAMA.....	62
6.2	INDICADORES FINANCEIROS DO PROGRAMA.....	62
6.2.1	Passo a passo da metodologia de custo da cooperativa.....	63
6.3	PERCEPÇÃO DO CLIENTE.....	66
7	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS.....	68

8	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72

1 INTRODUÇÃO

O atual cenário da saúde no Brasil vem sendo marcado por mudanças diversas mudanças globais, a exemplo da transição epidemiológica, da transição demográfica e da transição tecnológica, além de outros fatores inerentes à cultura e à sociedade brasileira (BRASIL, 2017).

Uma das áreas que enfrenta desafios de difícil superação é, reconhecidamente, a da saúde. É quase unânime a convicção de que o sistema de saúde vigente na grande maioria dos países está longe de atender as demandas da sociedade. Afinal, mesmo os mais elevados gastos com assistência na área nem sempre resultam em melhores indicadores de saúde para as populações. Atualmente, a inserção no contexto econômico mundial, bem como a pressão da concorrência regional, vem impondo pressões às organizações do setor de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com os estudos de Severo *et al.* (2010), as estratégias para superar a crise tendem a modificar o sistema de saúde no sentido de dar-lhe maior flexibilidade de gestão e maior estabilidade financeira. A visão econômica do setor concentra-se em uma empresa produtora de serviços, uma entidade transformadora de recursos, que utiliza os recursos tecnológicos, físicos e humanos de que dispõe para produzir serviços de saúde que, por sua vez, são entregues à população, seja gratuitamente por meio de pagamento.

Na visão de Damásio (2013), os gestores de serviços de saúde, sejam eles profissionais dessa área ou não, precisam praticar a gestão estratégica, compreendendo e assimilando as condições de mercado sob as quais operam, obtendo informações sobre o que acontece ao seu redor, em termos de demanda, concorrência e regulação. Devemos, então, combinar tudo isso com a complexidade da sua organização, para garantir a sua sobrevivência no mercado, com retornos acima da média.

Porter (201) propõe um modelo assistencial baseado em criar valor para os pacientes, no qual o objetivo principal dos cuidados de saúde é valor para pacientes e coordenação do cuidado, em que a equipe multidisciplinar está envolvida no cuidado de reabilitação e prevenção. Ainda, segundo esse autor, o pensamento baseado em valor revolucionará o atendimento, o pagamento, e estratégia para os sistemas de saúde; desse modo a medição padronizada de resultados é a mais simples e eficaz (PORTER, 2017).

A ideia de relacionar resultados de assistência à saúde aos custos — definidos como valor — foi popularizada em 2006 por Michael Porter e Elizabeth Teisberg em seu livro “Repensando a saúde”. Ao se determinar o valor para os pacientes, é importante acompanhar o lado dos custos da equação ao longo do tempo para comparar custos com resultados.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do incentivo à promoção da saúde, através de seu programa PROMOPREVE e RN277, impulsiona as operadoras de planos de saúde a percorrem esse caminho.

Este trabalho teve como objetivo avaliar o programa de atenção domiciliar de uma cooperativa de trabalho médico sob a perspectiva da saúde baseada em valor, sendo esse um movimento transformador no cenário de saúde.

A fim de alcançar esse objetivo, traçaram-se como objetivos específicos que foram: identificar as principais características da prática de assistência em saúde da teoria de saúde com base em valor; analisar as características da assistência em saúde praticadas pelo programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada. E avaliar se o programa possui características similares ao proposto pela teoria podendo ser considerado um programa transformador de gestão em saúde, sob a ótica da teoria apresentada.

2 ESTRUTURA DO TRABALHO

A dissertação está estruturada em quatro seções. Na primeira seção foi apresentada a introdução, com uma breve contextualização sobre a temática proposta, que é saúde com base no valor. Na sequência, foram apresentados o problema de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos, as justificativas teóricas e prática, bem como a estrutura do trabalho.

Na segunda seção são apresentados os elementos conceituais da pesquisa, que sustentam a demarcação teórica do trabalho. Inicialmente são apresentados os conceitos de cooperativa de trabalho médico, operadora de plano de saúde e atenção domiciliar. Um breve contexto sobre os movimentos contemporâneos, que justificam a cooperativa de trabalho médico a praticar o programa, descritos no item de cenário para Operadora de Plano de Saúde. Dentre os movimentos, o cenário de saúde atual, os incentivos da agência nacional de saúde, e requisitos de qualidade assistencial para acreditação da operadora, e finalizando a fundamentação teórica os aspectos relevantes da teoria de saúde com base em valor de Porter, que direcionaram grande parte da pesquisa.

A terceira seção destaca os procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa são apresentadas as questões de pesquisa, a delimitação do campo de pesquisa, as variáveis, as definições constitutivas e operacionais. São apresentados também o delineamento da pesquisa, a definição da população em estudo, bem como as fontes e o tratamento dos dados coletados.

Já a quarta sessão apresenta aspectos e características assistenciais do programa praticado pela cooperativa, indicadores clínicos e financeiros e, por fim, as implicações gerenciais do estudo para a cooperativa e após a conclusão do presente trabalho.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica necessária para este trabalho está da seguinte forma: a primeira seção está dividida em três seções.

A primeira trata de conceitos e definições sobre assuntos relevantes para entendimento do trabalho: cooperativas de trabalho médico, operadora de plano de saúde e atenção domiciliar. A segunda seção trata dos aspectos contemporâneos que justificam a cooperativa a praticar o programa, em busca de novos modelos de gestão assistencial frente ao atual cenário em saúde, resolução normativa 277 e ANS. A terceira seção trata dos aspectos, das definições e dos conceitos de saúde com base em valor que nortearam essa pesquisa.

3.1 COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICO, OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE E ATENÇÃO DOMICILIAR

Aqui são apresentados os aspectos e as definições sobre cooperativa de trabalho médico, operadora de plano de saúde e atenção domiciliar.

3.1.1 Cooperativas de trabalho médico - Unimed

Embora tradicionalmente não seja comum tratar de contexto em fundamentação teórica, nessa seção tratamos de assuntos relevantes para contextualização e entendimento inicial, para compreender a proposta desse estudo, nesse contexto específico de referência, que compreende o cooperativismo de trabalho médico e Unimed.

Com base nos relatos de Duarte (2001), as cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por, no mínimo, 20 participantes, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. As cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciados. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa

para o sistema de livre escolha com reembolso. A Cooperativa de Trabalho Médico - UNIMED corresponde praticamente à totalidade deste segmento.

A fundação da primeira cooperativa UNIMED partiu da mobilização de dirigentes do sindicato da classe, em Santos, São Paulo, como uma reação ao surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo, criadas por advogados, empresários ou grupos de médicos não vinculados ao movimento da categoria. A criação dessa primeira cooperativa foi baseada na idealização da ética e respeito aos usuários, bem como no princípio de que os médicos cooperados, sendo os proprietários, receberiam a justa remuneração por seu trabalho em troca de um alto padrão de atendimento aos usuários (DUARTE, 2001).

Duarte (2001) explicita que como cooperativa, a UNIMED negocia, em nome dos profissionais, contratos de prestação de serviços, tendo como clientes pessoas jurídicas ou físicas. Os médicos filiam-se às cooperativas de primeiro grau, as quais se vinculam às federações; estas, por sua vez, estão ligadas à confederação. A função expressa das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados. Não existe, formal ou informalmente, sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus, sendo as singulares autônomas e independentes, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo.

Desde sua criação até os dias atuais, a UNIMED forma um conglomerado de 347 cooperativas de trabalho médico em todo Brasil, conta com 113 mil médicos cooperados, 114 hospitais próprios (perdem apenas para as Santas Casas), 2.611 hospitais credenciados somam juntas 18 milhões de clientes. Além disso, possuem 38% de participação no mercado nacional de plano de saúde, empregam 96 mil pessoas diretamente, e 24 anos seguidos recebeu o prêmio "*Top of Mind*" e por 16 vezes consecutivas foi o plano de saúde que os brasileiros mais confiam. Tais números indicam a UNIMED como a organização mais expressiva no Brasil enquanto operadora de plano de saúde, bem como a maior cooperativa de trabalho médico do mundo (UNIMED, 2017).

Atualmente, a UNIMED como um sistema, intitulado Sistema UNIMED, que ultrapassa a atuação apenas das singulares e suas federações.

3.1.2 Operadora de planos de saúde

Paim *et al.* (2011) afirmam que o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre

si, gerando uma combinação público privada financiada, sobretudo, por recursos privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social (DIAS, 2014).

Dias (2014) ainda discorre que as Santas Casas de Misericórdia, vinculadas à Igreja Católica, deram origem aos planos de saúde com a prática de ações filantrópicas e caritativas, uma vez que, no início, internavam pessoas com diversos tipos de doenças, à exceção das infectocontagiosas. Começaram as Santas Casas a exercer o papel de principais prestadoras de serviços hospitalares no Brasil, a contar do período colonial, traspassando pelo Império, República Velha e Estado Novo, durante a primeira metade do século XX.

Já na década de 30, surgiram oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde, no país, cujo crescimento aconteceu na década de 50, durante o processo de industrialização da nação, sobretudo com a instalação das fábricas na região do ABC paulista. Foi exatamente neste momento em que os hospitais particulares se consagraram como os principais prestadores de serviço à classe média emergente (DIAS, 2014).

Surge, então, o modelo de saúde suplementar orquestrado por operadoras de planos de saúde. A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nascido a partir da Constituição Federal de 1988. A saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo *status* de bem público (DIAS, 2014).

3.1.3 Atenção domiciliar

A RDC nº11 de 26 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006), define: (a) Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. (b) Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. (c) Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio. (d) Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. (e) Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta. (f) Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

No sentido geral do termo, a atenção domiciliar é a forma mais ampla de cuidados domiciliários, abrangendo todo tipo de ação neste campo, são ações de "caráter ambulatorial". Internação domiciliar - definida como os cuidados mais intensivos e a visita domiciliar atenção domiciliar na saúde suplementar se insere no contexto em que as operadoras introduzem novas tecnologias de cuidado à saúde, para fazer frente aos seus altos custos operacionais, decorrentes do modelo assistencial predominante (FRANCO; MERHY, 2008).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em novembro de 2011, expediu a Resolução Normativa número 277, a qual instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde, que deixa facultativas as operadoras gerenciar casos complexos e possuir serviço de atendimento domiciliar, com intuito de impactar na sustentabilidade (com viés econômico, social e ambiental) das operadoras de planos de saúde suplementar.

O objetivo é identificar no serviço as práticas assistenciais do programa e relacionar o atendimento prestado a teoria de saúde com base em valor proposta.

3.1.3.1 *Modalidades de atendimentos prestados pelo atendimento domiciliar da cooperativa estudada*

Internação domiciliar: paciente com graves complexos, em uso de ventilação mecânica, enfermagem domiciliar para cuidado intensivo de enfermagem. Acompanhamento completo e intenso de toda equipe multidisciplinar para evitar e minimizar maiores agravos e novas internações hospitalares.

Assistência domiciliar: tratamento por antibioticoterapia/analgesias/ reposições eletrolíticas em domicílio, curativos/coleta de exames, acompanhamento de toda equipe multidisciplinar para evitar e minimizar maiores agravos e novas internações hospitalares.

3.2 CENÁRIO E ASPETOS RELEVANTES PARA GESTÃO EM SAÚDE

Essa sessão trata dos aspectos contemporâneos que justificam a cooperativa estudada a praticar o programa de atenção domiciliar, em busca de novos modelos de gestão assistencial frente ao atual cenário em saúde e à resolução normativa 277 pela ANS.

3.2.1 **Cenário de saúde para operadoras de planos de saúde**

No campo da gestão, seja teórica ou prática, já é bastante difundida a noção de que os sistemas e serviços de saúde encontram-se entre as organizações mais complexas que existe. Essa noção de complexidade aborda pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo, como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, no intento do alcance de produtos e resultados globais em níveis de eficiência e eficácia (BARBOSA, 1998)

Segundo Cappetin, Chow e Mcnamee (1998), o aumento dos custos está relacionado aos avanços da medicina e da tecnologia colocada à disposição dos médicos que passam a gerar custo mais elevado para o mesmo tipo de serviço. Para os planos, os exames mais sofisticados impactam significativamente nos custos da operadora.

O crescente aumento das despesas assistenciais conforme o relatório da ANS, a alta sinistralidade das operadoras e o acirramento da concorrência entre elas mostram a importância da gestão de operações de serviços na saúde suplementar para que operadoras, prestadores e clientes tenham uma relação comercial harmônica e lucrativa (SILVA, 2003).

Processo sistematizado que envolve planejamento, coleta, análise, comunicação e gerenciamento de informações, e resulta em ferramenta para a tomada de decisão. Consiste, assim, no trabalho ético de identificação de informações úteis do ambiente de negócios, objetivando antecipar movimentos do mercado, concorrência, consumidores, fornecedores, reguladores e dos demais atores que podem interferir na organização e proporcionar vantagem competitiva (PRESTES, 2013).

Gonçalves, Oliveira e Leitão (2006) aludem ainda que a gestão de operações em serviços de saúde desempenha papel estratégico pela necessidade de se gerir recursos limitados e de alto custo. Tradicionalmente as organizações de saúde representam seu desempenho através de indicadores como número de consultas, cirurgias, internações etc. que não demonstram a realidade deste setor.

Nesse contexto, a diminuição do custo do desperdício aumenta a produtividade e a rentabilidade dos serviços médico-hospitalares. Um dos dilemas da saúde é como fazer mais com os recursos disponíveis. A dinâmica das relações entre os participantes do setor afeta a eficiência do sistema como um todo (ARAÚJO, 2005).

É importante a implantação de instrumentos de medição que forneçam resultados capazes de projetar cenários futuros, que demonstrem lucro ou prejuízo, crescimento ou estagnação, sucesso ou fracasso do empreendimento. Além de sinalizar desvios de rota nos planos traçados, eles podem ter caráter preventivo contribuindo para reduzir gastos, equalizando investimentos e demandas (RESENDE, 2004).

Diante desse cenário, o Manual de Atenção Integral à Saúde (BRASIL, 2017) traz a atenção integral à saúde como uma oportunidade de ressurgimento de uma relação das pessoas com os serviços de saúde baseada na percepção de um novo valor agregado, qual seja, o de que um sistema é tão melhor quanto melhor forem os resultados em saúde e qualidade de vida dos beneficiários que dele dependem para se manter saudáveis.

A gestão dos planos de saúde, que têm como vertente de recursos o princípio do mutualismo, necessita se adequar ao novo cenário a partir de um novo modelo de atenção à saúde. Há que se preparar urgentemente a rede de serviços e de fornecedores, bem como capacitar seus profissionais para a adoção de um modelo que permita a manutenção da qualidade assistencial até aqui conquistada, diminuindo a fragmentação e a desarticulação do cuidado, a fim de se evitar o desperdício de recursos (BRASIL, 2017).

3.2.2 Resolução normativa RN 277

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em novembro de 2011, expediu a Resolução Normativa nº 277, a qual instituiu o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde. Essa resolução tem implantação facultativa, porém com intuito de impactar na sustentabilidade (com viés econômico, social e ambiental) das operadoras de planos de saúde suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011a).

A normativa conta com sete dimensões distintas, que remetem questões de implantação de processos de: 1 - Programa de Melhoria da Qualidade – PMQ; 2 - Dinâmica da Qualidade e Desempenho da Rede Prestadora; 3 - Sistemáticas de Gerenciamento das Ações dos Serviços de Saúde; 4 - Satisfação dos Beneficiários; 5 - Programas de Gerenciamento de Doenças e Promoção da Saúde; 6 – Estrutura de Operações e; 7 – Gestão.

Ao dizer da preservação de sustentabilidade, cada dimensão perfaz situações para que as operadoras tenham condição também de aprimorá-la, com requisitos específicos de satisfação do beneficiário e análises de indicadores de performance, porém a que mais especificamente tem intenção de prover os clientes de uma série de benefícios, e de auxiliar no controle de custo assistencial da operadora de plano de saúde. Nesse sentido é a Dimensão 5 que estipula mecanismos para gerenciamento de crônicos, clínicos e complexos, promoção da saúde e atenção domiciliar.

O gerenciamento de pacientes em estado crônico e complexo em atendimento domiciliar tende a ser complicado e para isso o atendimento domiciliar, uma vez que associado, faz com que pacientes alterem e se desprendam de métodos tradicionais, em modelo de utilização sem regramento e livre, denominado (*free for service*). O

gerenciamento com o programa de atenção domiciliar tende a coordenar o cuidado em atenção à saúde, associando a serviços multiprofissionais e passando a elaborar e verificar o cumprimento de planos terapêuticos de tratamento dos beneficiários.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011a), por meio da resolução normativa nº 277, institui o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde, programa até então era inédito no Brasil, e foi inspirado em modelos internacionais. O objetivo é aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade. Quanto mais eficiente for a operadora, tanto em aspectos de gestão quanto no atendimento e na satisfação dos consumidores, melhor poderá ser percebida a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, além de incentivar a busca pela eficiência, a norma busca oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde, sendo esta adesão voluntária e facultativa.

O principal objetivo é estimular a adoção das melhores práticas por parte das operadoras, desenvolvendo no mercado condições para o estabelecimento de uma competição qualitativa, incentivando a mudança do modelo técnico-assistencial existente. Segundo o diretor adjunto de Normas e Habilitação das Operadoras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c) a acreditação diminui algumas das imperfeições do mercado e permite que as operadoras conheçam melhor seu próprio negócio, identificando as soluções para os problemas com mais segurança e agilidade, além de possibilitar que os consumidores tenham uma melhor percepção das diferenças nos níveis de qualidade entre as operadoras.

No programa de acreditação, a qualidade dos serviços colocados à disposição por uma determinada operadora será confrontada com padrões de qualidade pré-estabelecidos. Dessa feita, a operadora será visitada pelo comitê de uma entidade acreditadora homologada pela ANS que fará a análise e a avaliação de indicadores, emitindo um parecer sobre o grau de conformidade encontrado (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011c).

A palavra acreditação veio do inglês "*accreditation*." Esta palavra, tanto no inglês quanto nas línguas latinas, é oriunda do latim "*credere*," cujo significado é o mesmo em todas elas: "Crer". Entretanto, segundo Oliveira I. C (2009), no português não há registro do uso da forma "acreditação" até o momento, exceto com referência

à prática de certificação de qualidade de empresas e serviços. A palavra “acreditação” ainda não foi dicionarizada, mas encontram-se os adjetivos “acreditado”, “acreditável” e o verbo “acreditar”.

O Quadro 1 ilustra as dimensões e suas respectivas áreas, associada ao número de requisitos que serão auditados, peso e pontuação mínima aceitável em cada dimensão.

Quadro 1 - Dimensões da RN 277

Dimensão	Nome	Itens	Peso	Nota Mínima
1	Programa de melhoria da Qualidade (PMQ)	11	1	70
2	Dinâmica da qualidade e desempenho da rede prestadora	12	2	70
3	Sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde	25	2	70
4	Satisfação dos beneficiários	9	2	70
5	Programas de gerenciamento de doenças e promoção da saúde	51	1	70
6	Estrutura e operação	15	2	70
7	Gestão	24	1	70

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011a).

Cada uma das dimensões abordadas no Quadro 1 são mais claramente expostas abaixo.

Dimensão 1 - Programa de Melhoria da Qualidade (PMQ)

O objetivo, entre outros itens, é verificar se a operadora tem grupo responsável pelo PMQ, e se esse grupo avalia os processos operacionais relacionados à melhoria de qualidade em todas as suas atividades.

Dimensão 2 - Dinâmica da qualidade e desempenho da rede prestadora

O objetivo é pontuar a operadora que disponha de procedimento documentado e adequado e que priorize o acompanhamento e a qualificação acadêmico profissional nas etapas de avaliação e seleção de médicos e demais prestadores para sua rede. Também, se a operadora viabiliza a participação em programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde.

Dimensão 3 - Sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde

Nesta dimensão, o foco é a avaliação de distribuição quantitativa e geográfica da rede prestadora, a identificação de obstáculos ao acesso à rede prestadora e como é feito o arquivamento e controle de documentação das autorizações prévias contendo respostas às solicitações de autorização para realização de exames, procedimentos e internações, incluindo as justificativas técnicas administrativas.

Dimensão 4- Satisfação dos beneficiários

A avaliação desta dimensão consiste em verificar se a operadora possui procedimento devidamente documentado para identificar a população alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da IX avaliação de satisfação e qual a periodicidade deste registro de avaliação das reclamações e solicitações dos beneficiários.

Dimensão 5 – Programas de gerenciamento de doenças e promoção da saúde

Esta dimensão verifica se nos programas de gerenciamento de casos complexos e de doenças crônicas a operadora utiliza relatórios de altas hospitalares; de medicamentos solicitados, se oferece benefício farmácia e se consta nos programas de promoção da saúde material explicativo e treinamento dos programas.

Dimensão 6 - Estrutura e operação

Esta dimensão trata de itens como a qualidade da estrutura físico funcional, que, entre outros, avalia se a operadora dispõe de ambiente adequado, que respeite a privacidade do beneficiário para o atendimento pessoal, inclusive de gestantes, idosos, crianças e portadores de necessidades especiais.

Dimensão 7 – Gestão

Avalia se a operadora tem canais permanentes de comunicação com seus colaboradores, disponibilizando espaços para compartilhamento de conhecimento e integração; ou, ainda, se há políticas e programas de qualidade de vida no trabalho (segurança, saúde, higiene, medicina ocupacional, assistência social) acompanhados regularmente e reconhecidos como satisfatórios por mais de 50% dos colaboradores; se os cadastros dos beneficiários e dos prestadores da rede são padronizados e acessíveis por sistemas informatizados, e se para cada beneficiário ou prestador da rede existe um cadastro completo, sem dados incompletos.

No presente estudo é relatado o caso de uma operadora de plano de saúde que implantou o programa de gerenciamento de casos clínicos em atendimento domiciliar, para atender os requisitos da RN 277 nos itens 5.1.3 a 5.1.6.3, em qualidade.

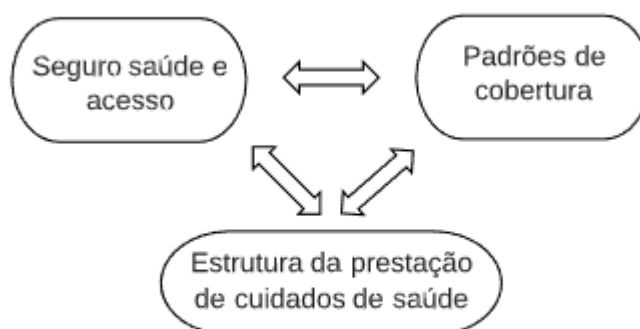
3.3 SAÚDE COM BASE EM VALOR

Esta sessão trata dos aspectos relevantes sobre a teoria de saúde com base em valor que nortearam essa pesquisa.

3.3.1 O paradoxo do cuidado em saúde

Porter (2005) e outros autores afirmam que os custos em saúde tendem apenas a aumentar se os serviços não forem reinventados, com base em modelos de gestão de saúde que são praticados pelos pagadores de serviços (seja ele SUS ou de iniciativas privadas caso das operadoras de saúde).

O autor acredita que hoje os serviços são restritos e estão muito aquém de cuidados recomendados em saúde. Padrões de atendimento, muitas vezes deixam de seguir padrões de qualidade em saúde aceita ou ideal, erros de diagnósticos e tratamentos são cada vez mais comuns, não existe modelos de pagamentos de rede e prestadores e programas como foco em qualidade. Nesse sentido a inovação na gestão em saúde se faz inevitável. O desafio da operadora consiste em garantir o acesso e seguir as normativas de cobertura e redesenhar a estrutura dos cuidados de saúde, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 - Paradoxo dos cuidados em saúde

Fonte: Porter (2005).

O autor acredita que o foco deve ser em ações que resultem e gerem valor para pacientes, e não ações voltadas apenas para a redução de custos. Deve haver uma competição irrestrita baseada em resultados que importam a todos, especialmente a rede prestadora de serviços e programas. As ações precisam ser sobre as condições clínicas, sobre o ciclo de cuidados que o paciente se encontra; o custo e a qualidade assistencial devem melhorar simultaneamente (PORTER, 2005).

O valor deve ser impulsionado para respeitar as diferentes condições de saúde dos pacientes, bem como a ampla concorrência na prestação de serviços. No novo modelo de saúde com base no valor, como estratégia de inovação de serviços que atendam nos padrões de saúde com base em valor, devem ser melhor bonificados por dar apoio aos doentes em todo o ciclo completo de cuidados, mesmo aos mais saudáveis. Para tal, é proposta a mudança na contratação de prestadores e nos contratos de usuários, bem como apoio no registro do paciente durante a jornada de saúde, permitindo a gestão do paciente pela OPS (PORTER, 2005).

É necessário redefinir o negócio em torno de condições médicas de saúde, para tal é necessário que os prestadores e serviços sejam organizados conforme os tipos de serviços prestados, organizar em torno de áreas e prática médica integradas, criar estratégias diferenciadas em cada área de atuação, a medida por resultados, experiência, métodos e atributos do paciente, mercado de serviços baseados na excelência, singularidade e resultados, integrar infraestrutura de tecnologias para permitir tráficos de informações e indicadores.

Uma organização sem fins lucrativos, dedicada para melhorar a saúde na Inglaterra, patrocinou uma reunião de mesa redonda com os principais especialistas em políticas e funcionários do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) durante o programa anual Integrado, contribuíram com vários relatos e considerações sobre a teoria de saúde com base em valor; as recomendações da mesa redonda com múltiplos interessados do NHC são capturadas na Rubrica do NHC, para avaliar e *value frameworks* e modelar a centralização no paciente e seu engajamento. A Rubrica é uma ferramenta que será melhorada no decorrer do tempo, baseando-se nos comentários dos pacientes, grupos de pacientes, desenvolvedores de estrutura e outras experiências de uso dos interessados (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Dentre as dúvidas e questões que o evento buscou responder, temos questões sobre: o mundo está enfrentando enormes desafios pelo envelhecimento da população, pelo ônus de doenças transmissíveis e pelo aumento das doenças não transmissíveis (DCNTs). O evento trouxe uma série de perguntas como. 1. Com os custos de saúde subindo e governos, ao redor do mundo, lutando para garantir o acesso equitativo dos serviços de saúde de qualidade, como podemos trabalhar juntos para chegar a novas abordagens para resolver estes críticos problemas? 2. Como os pagadores de serviços de saúde podem começar a implementar saúde com base em valor? 3. Como criar modelos e monitorar seus resultados para sistemas de saúde em todo o mundo?

Para tratar eficazmente estas condições e superar esses problemas de saúde pública ameaçada, são necessárias parcerias entre e partes interessadas, que têm interesse investido em valor para o cliente. E compreender que cuidados de saúde será uma parte importante da solução. Para dinamizar com sucesso, no entanto, as partes interessadas precisam entender a experiência que outros podem oferecer para fazer qualidade em cuidados de saúde sustentáveis e acessíveis.

No evento relatado pelos especialistas, foram apresentadas contribuições importantes, e propuseram que criar um modelo eficaz de assistência à saúde depende muito do engajamento e da colaboração dos médicos, sistemas hospitalares, prestadores e outros; é necessário que todos trabalhem juntos (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Silva (2003) comenta que as operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços precisam estar alinhadas estrategicamente, para juntos vencer os desafios da gestão racional dos recursos, buscando modelos assistenciais mais sustentáveis

e gerenciáveis, após envolver a Agência Nacional de Saúde Suplementar para uma agenda de grandes desafios no cenário estratégico no mercado.

Acredita-se que governos e operadoras de planos de saúde devem monitorar e medir continuamente resultados, minimizar a variância nos caminhos de cuidado, compartilhar dados e expandir acesso, para apoiar o bem-estar de inúmeros sistemas de saúde no mundo todo. Contribuir para que novas soluções de gestão em saúde emergjam, só será possível trabalhando de forma integrada, o cuidado é construído sobre a fundação de responsabilidade compartilhada para melhorar resultados.

Por estas razões, é fundamental uma abordagem de aproximação entre fontes pagadores e prestadores de serviços, a fim de colaborar para localizar estratégias perfeitas que serão fundamentais para esta transição (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Com foco nos cuidados à saúde, melhorar o acesso e os resultados para que importam para o paciente, ambos, pagadores e prestadores de serviços de saúde precisam trabalhar. Desse modo ganham maior compreensão nos cuidados de saúde em sistemas, melhorando o acesso ao mercado e fortalecendo sua reputação corporativa através do trabalho em conjunto (PORTER, 2015, 2016).

De forma geral, no momento em que os provedores focarem mais em medicina básica de prevenção, eles eventualmente gastarão menos com doenças crônicas. A sociedade se torna mais saudável, reduzem-se os gastos globais com a saúde. A mudança de modelos baseados em serviço para valor é um passo importante em direção à assistência médica de melhor qualidade à saúde (PORTER; TEISBERG, 2006).

Buscar formas de relacionamento que garantam o foco na saúde e não na doença, a qualidade da assistência ditada pela prática da boa medicina com base em evidências, os custos compatíveis, a satisfação e a fidelização dos usuários e a lucratividade necessária ao desenvolvimento e crescimento do setor será o enfrentamento dos grandes desafios (SILVA, 2003).

3.3.2 Movimentos de saúde com base em valor

Em 1º de fevereiro de 2016, a NHC realizou uma mesa redonda com várias partes interessadas com o objetivo de criar um valor, elaborando então uma rubrica para capturar as características de um modelo de valor centrado no paciente. Durante

a mesa redonda, participantes discutiram experiências recentes de defesa do paciente com modelos de valor, revisaram outras rubricas de engajamento, e consideradas as principais características da centralização do paciente nas avaliações de valor, trazendo à teoria relatos e propostas importantes.

3.3.3 A voz do paciente na saúde com base no valor

A rubrica da *National Health Council* (2016) relata que a comunidade de pacientes, como outras partes interessadas, está ansiosa para participar da discussão sobre valor. No entanto, é não aparente que pacientes individuais ou organizações de pacientes foram envolvidos durante a criação dessas estruturas ou contribuíram para o seu desenvolvimento desde a concepção.

Segundo o relato, as perspectivas dos pacientes sobre o valor podem diferir significativamente das dos médicos e pagadores, integrar considerações além dos resultados e custos clínicos, como a capacidade do tratamento de ajudar os pacientes a atingirem objetivos pessoais. Para ter uma utilidade real, os modelos de valor devem incorporar esses outros fatores que influenciam, e a única maneira de conseguir isso é ter processos robustos para incorporar a voz do paciente. Essa ação é particularmente importante se os médicos e os contribuintes quiserem valorizar modelos para informar decisões que possam afetar as opções de tratamento disponíveis para um paciente (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Na rubrica, “comunidade de pacientes” engloba amplamente pacientes individuais, cuidadores familiares e organizações que os representam. Para os propósitos da rubrica, pacientes individuais são aqueles que têm ou estão em risco de ter uma condição médica, estejam ou não recebendo medicamentos ou vacinas para prevenir ou tratar uma doença. Um cuidador familiar é definido como um indivíduo que fornece não remunerado cuidar de um familiar ou amigo que precise de assistência nas atividades cotidianas. A defesa do paciente nas organizações é formada por indivíduos, leigos e profissionais, e sua missão é combater uma doença, incapacidade ou grupo específico de doenças e incapacidades, ou para melhorar e proteger a saúde de um grupo particular de pessoas (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

A comunidade de pacientes é heterogênea e traz o valor da discussão em diferentes perspectivas que foram informadas por suas experiências, trajetória ou estágio de doença, nível de especialização e muitos outros fatores. É importante notar

a distinção entre pacientes e consumidores nesse contexto. Certamente, pacientes e consumidores compartilham muitas preocupações, mas suas perspectivas sobre questões de saúde podem ser diferentes.

Uma pessoa com uma doença crônica e/ou deficiência depende do sistema de cuidados de saúde para permitir vida mais saudável e mais robusta. Um consumidor é um indivíduo geralmente saudável que entra e sai do sistema de saúde como suas necessidades mudam com o tempo. Essa diferença pode levar a perspectivas sobre o valor de novos tratamentos que variam de maneiras importantes. Cuidados de saúde centrados no paciente são aqueles que respeitam e respondem aos pacientes individuais preferências, necessidades e valores no contexto de seus próprios mundos sociais. A centralização do paciente é criada por envolver, informar e ouvir ativamente pessoas com condições crônicas em todos os pontos de contato. (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2012, 2015, 2017; NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016; LEOPPKE, 2008a, 2008b).

A Rubrica do Modelo de Valor destina-se a ser um documento ou ferramenta viva a ser refinada no tempo com base no feedback dos pacientes, grupos de pacientes, desenvolvedores de modelos e outras partes interessadas em experiências. Os participantes da mesa-redonda enfatizaram que é muito cedo para declarar a rubrica como final e reconheceu que eles não têm informações suficientes para desenvolver um sistema de pontuação ou classificação de modelos.

Pensar estrategicamente nesse momento é assegurar um sistema de saúde que por sua capacidade possa oferecer soluções aos clientes e que possa ser um grande atrativo para novos entrantes ao mesmo tempo definir uma forma diferente do modelo atual de gestão em saúde, produzindo um novo formato de custos e resultados assistenciais mensurados (SILVA, 2003).

3.3.4 Envolvimento significativo do paciente no processo de desenvolvimento do modelo de valor

Esta seção fornece características de engajamento significativo que ilustram os esforços para incorporação da voz do paciente. Embora um entendimento claro de “significativo” possa ser evasivo, para este documento “Engajamento significativo” refere-se a relacionamentos diretos e parcerias que são bidirecionais, recíproca e

contínua. As comunicações são abertas, honestas e claras. Metas de engajamento, os participantes, os métodos, os impactos desejados e os impactos reais são claramente delineados e transparentes (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

3.3.4.1 *Envolvimento do paciente*

Os modelos de valor podem ajudar a promover o diálogo nacional sobre valor em saúde, mas somente as estruturas incorporam a voz do paciente. Os modelos de valor devem fornecer informações suficientes para pacientes e outras partes interessadas possam avaliar a centralização no paciente do modelo, a fim de determinar se o modelo deve ser fatorado na tomada de decisão em saúde. A Avaliação do Modelo de Valor do Conselho Nacional de Saúde pode ajudar todas as partes interessadas, especialmente o paciente e a comunidade, na avaliação do nível de centralização e engajamento do paciente em um determinado modelo de valor.

Isto é também projetado para apoiar os desenvolvedores de modelos na conceituação de planos para envolver os pacientes de forma significativa. Esta avaliação do modelo de valor é o primeiro passo na estruturação de modelos de valor verdadeiramente centrados no paciente e suas famílias podem confiar (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2012, 2015, 2017; LOEPPKE, 2008a, 2008b; NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Ruthes, Feldman e Cunha (2010) relatam que programas de qualidade, educação continuada juntamente com seus gestores têm a responsabilidade de acolher o cliente diferenciando-o como usuário em potencial, único, superar suas expectativas, promovendo seu encantamento e sua fidelização.

3.3.4.2 *Domínios de um modelo de valor centrado no paciente*

Os participantes da mesa redonda no relato *National Health Council* (2016) concordaram que os modelos de valor devem integrar a voz do paciente para ter utilidade prática, porque as percepções de valor para os pacientes provavelmente diferem significativamente de percepções de valor para pagadores, provedores e consumidores. Os participantes também concordaram que qualquer modelo de valor deve ser construído com domínios principais em mente:

1. **Parceria do paciente** - os pacientes devem estar envolvidos em todas as etapas do desenvolvimento do modelo de valor e processo de divulgação.
2. **Transparência para os pacientes** - as suposições e entradas no próprio modelo de valor - e cada passo em processo - deve ser divulgado aos pacientes de maneira compreensível e em tempo hábil.
3. **Inclusão de pacientes** - o modelo de valor deve refletir as perspectivas extraídas de uma ampla gama de partes interessadas, incluindo a comunidade de pacientes.
4. **Diversidade de pacientes/populações** - o modelo de valor deve explicar as diferenças entre as pacientes subpopulações, trajetória da doença e estágio da vida do paciente.
5. **Resultados pacientes cuidados sobre** - os resultados integrados no modelo de valor devem incluir aqueles que os pacientes identificaram como importantes e consistentes com seus objetivos, aspirações e experiências.
6. **Fontes de dados centradas no paciente** - o modelo de valor deve contar com uma variedade de fontes de dados confiáveis que permitem a incorporação oportuna de novas informações e explicam a diversidade de pacientes populações e os resultados centrados no paciente, especialmente aqueles de contextos reais e por pacientes diretamente. As fontes de dados incluídas devem refletir os resultados mais importantes para pacientes e capturar suas experiências na medida do possível (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2012, 2015, 2017; NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Todas essas mudanças levaram as organizações a crerem que precisam ir mais a fundo para perceberem o que o cliente de fato quer. É necessário estar muito atento, penetrar fundo nas expectativas e aspirações dos clientes, identificar precisamente o que os clientes necessitam, precisam, percebem, para satisfazerem ou superar suas expectativas, garantindo o encantamento, algo que não é fácil, observado que muitas vezes aquilo que é bom para a organização muitas vezes não é o melhor para o cliente. Por esse motivo é preciso um trabalho inovador que possa adaptar-se às mudanças do atual cenário de saúde, em que o enfoque passa ser o cliente, a semelhante busca da qualidade, com satisfação e excelência no

atendimento e na assistência às suas necessidades (RUTHES; FELDMAN; CUNHA, 2010).

3.3.4.3 Definindo valor

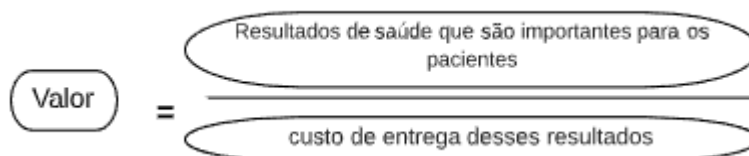
Valor significa coisas diferentes para pessoas diferentes. Para Porter (2016) , o valor de um tratamento é comumente visto pelos pagadores de serviços de saúde (ou seja, públicos e privados e seguradoras) em termos de sua eficácia e custo.

Para os pacientes, o valor é individualizado e dependente, e pode evoluir com a trajetória da doença ou estágio da vida do paciente. Por exemplo, um recente estudo de pacientes com câncer de mama metastático mostrou que mais pacientes enfatizam o valor em termos de seu benefício pessoal (como poder manter relações ricas com os membros da família) do que em termos econômicos (NATIONAL HEALTH COUNCIL, 2016).

Para Leoppke (2008b) a proposta de valor mais ampla de saúde está relacionada à ação integrada entre pagadores e prestadores. Esse aprimoramento deve impulsionar essa estratégia, alavancando o valor da saúde e o poder da prevenção para saúde pessoal, saúde pública, produtividade dos funcionários envolvidos no cuidado, doenças crônicas, outras doenças e lesões.

Porter (2016) defende valor sendo a diferença entre o custo de conjuntos de resultados que importam para a condição do cliente e o custo total da entrega durante o ciclo de cuidado para a operadora, ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Definição de valor



Fonte: Porter (2016).

3.3.5 O valor da saúde e o poder da prevenção

De acordo com Loeppke (2008a), a saúde está intrinsecamente ligada à produtividade e, portanto, à viabilidade econômica de indivíduos, populações e nações. Uma estratégia global de melhoria da saúde produziria multidão de benefícios para a humanidade. A causa raiz da crescente crise de custos de assistência médica é impulsionada por uma crise de saúde de uma crescente carga de riscos para a saúde que estão levando a uma carga crescente de doença crônica que gera um ônus econômico insustentável. Reduzir carga de doença, melhorar a produtividade é reduzir os custos totais relacionados com a saúde. Os componentes dominantes da solução são um compromisso substancial com a prevenção e uma cultura da saúde, e não apenas mais tratamento e cura. Além disso, é necessário concentrar-se na qualidade e eficácia dos cuidados em vez de apenas a quantidade e eficiência do atendimento (LOEPKKE, 2008a).

O enigma do custo dos cuidados de saúde pode ser afetado pela redução da carga de doença crônica e risco para a saúde nas populações, melhorando assim a saúde e a produtividade da força de trabalho, a saúde da linha de fundo para os empregadores engajados e, finalmente, a saúde de uma nação de economia (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2012, 2015, 2017; LEOKKE, 2008a).

O atual sistema de cuidados médicos no início do século XXI permanece focada no tratamento e reparação, com muito pouco foco na prevenção e promoção da saúde das pessoas. No entanto, as tendências convergentes no mercado global, a valor de negócio emergente da saúde e o elo de definição entre saúde e produtividade estão começando a mudar os fundamentos financeiros dos cuidados de saúde sistemas em todo o mundo (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2012, 2015, 2017; LOEPKKE, 2008a).

Loeppke (2008a) afirma que o cenário em saúde está mudando e que iremos testemunhar a transformação dos sistemas de distribuição para além de serem sistemas de cuidados médicos reativos / orientados para a doença, tornando-se sistemas de cuidados de saúde proativos / orientados para o bem-estar.

Acredita-se hoje não poder controlar os impactos da má gestão em saúde, mas podemos ajustar nossas velas e usar a mudança para nossa vantagem. As tendências convergentes são claras e presentes e definitivamente, há mudanças no ecossistema de saúde se reunindo no horizonte. De fato, há uma nova proposta de valor no

mercado global de saúde que está surgindo. Essa nova proposta de valor é o valor comercial da saúde (LOEPPKE; HYMEL, 2008; LOEPPKE; HYMEL, 2006).

Investindo na melhoria integrada da saúde e produtividade da população estratégica, as OPS estão procurando diminuir seus custos totais relacionados à saúde (custos médicos/farmácias, bem como os custos de produtividade relacionados à saúde absenteísmo) (LOEPPKE, 2008a, 2008b; LOEPPKE *et al.*, 2007; BERGER *et al.*, 2003; STEWART *et al.*, 2003; BURTON *et al.*, 1999; COLLINS *et al.*, 2005).

Os pacientes com maiores riscos de saúde e condições médicas crônicas tendem a ter maiores gastos médicos. No entanto, os mais importantes, abrangentes e integrados programas de melhoria da saúde da população têm demonstrado reduzir os riscos para a saúde, melhorar a produtividade e reduzir os custos totais relacionados à saúde, o investimento em saúde e aumento de produtividade transcende as medidas tradicionais de custos médicos nas métricas de produtividade melhoria. Melhorar a saúde não só controla as despesas, mas também protege, apoia e melhora o capital humano. Cada vez mais, os líderes empresariais estão percebendo que a saúde da força de trabalho está diretamente relacionada à saúde do resultado final (LOEPKEE, 2008a).

A crescente carga de doenças e riscos à saúde está levando a uma crise de saúde que domina a crise de custos nos cuidados de saúde. A única maneira sustentável de aliviar as pressões econômicas do aumento dos custos de saúde é drenar parte da saúde gerenciável carga de risco e doença para a população (LOEPKEE, 2008a).

Nosso ecossistema de saúde seria bem servido se investíssemos em uma estratégia de prevenção e melhoria da saúde. Prevenção primária (saúde e prevenção promoção), prevenção secundária (detecção precoce / diagnóstico) e prevenção terciária (tratamento / intervenção precoces) são bons para indivíduos, populações, empresas e indústrias, governos e nações.

As estratégias que foram testadas e demonstraram melhorar a saúde e manter as pessoas trabalhando pode ser aplicado em vários níveis em diferentes domínios.

O cuidado passa a ter foco em promoção da saúde, educação em saúde, gestão do estilo de vida, segurança, emprego ergonomia e desenho organizacional, nutrição, cuidados pré-natais, imunizações e outros serviços de bem-estar são todas estratégias primárias de prevenção porque ajudam as pessoas a manterem-se saudáveis e produtivos (LOEPKEE, 2008a).

3.3.6 A necessidade de soluções integradas

O atual modelo de gestão de saúde possui problemas globais que exigem soluções integradas e abrangentes. Aqueles em risco têm mais a ganhar. O risco tem historicamente dois lados da definição - clínica risco e risco financeiro. O risco financeiro implicava em quem estava "administrando" o custo dos cuidados (por exemplo, planos de saúde, governos). No entanto, mais recentemente está se tornando reconhecido que as partes que estão em risco financeiro os clientes e os prestadores de serviços, em razão da insustentabilidade do modelo atual de saúde.

Por muito tempo, os pagadores de saúde não administravam verdadeiramente a saúde das pessoas; eles muitas vezes se concentraram em apenas tentando gerenciar custos através da restrição de acesso, utilização e preço. Uma das razões pelas quais vemos tanta ênfase no design de benefícios baseado em valor é focar sobre o que realmente agregará valor mais amplo e melhores resultados de saúde e menores custos totais numa perspectiva global integrada de melhoria da saúde e produtividade da população (LYNCH *et al.*, 2004).

Os pagadores em saúde (SUS, OPS) estão percebendo que precisam de uma estratégia que lhes permita comprar o valor de uma saúde melhor para pessoas em vez de apenas pagar pelo volume de mais serviços de saúde (LOEPPKE, 2008a).

Ao longo dos últimos 20 anos, enquanto esforços superficiais de prevenção de custos com a saúde reinou supremo, um furacão de doença estava se formando no horizonte por causa de estilos de vida malfadados e riscos para a saúde na população. Essa tempestade de risco para a saúde está agora desencadeando sua fúria em sistemas de saúde nos EUA, bem como internacionalmente e estamos à beira de testemunhar os diques inadequados de antigas estratégias de contenção de custos rompendo com uma enxurrada de doenças crônicas que poderia levar a uma profunda mudança no cenário econômico para os negócios e a indústria e, em última instância, para os governos. Dito isto, estão surgindo a saúde da população inovadora e integrada e o aumento da produtividade soluções.

Essas tecnologias ativadas, orientadas por dados, vão fortalecer a relação entre consumidor e provedor e drenar as águas da inundação de doenças crônicas por meio de melhor qualidade no manejo do cuidado, bem como na redução de riscos a montante pela prevenção primária, secundária e terciária. Estas são questões

globais que levam à conclusão de que a saúde das nações impactar a riqueza das nações. De fato, boa saúde é um bom negócio (LOEPPKE, 2008a).

3.3.7 Construindo uma organização com saúde em base em valor

Para as operadoras é hora de uma estratégia fundamentalmente nova, em seu núcleo está maximizando o valor para os pacientes: isto é, alcançar os melhores resultados ao menor custo, com uma boa percepção do cliente. É hora de se afastar da visão de um cuidado de saúde orientado em torno apenas do cuidado médico, e ir em direção a um sistema centrado no paciente organizado em torno do que os pacientes precisam. Devemos mudar o foco do volume e da rentabilidade dos serviços prestados - consultas médicas, hospitalizações, procedimentos e testes - para os resultados alcançados pelo paciente. Não há mais dúvidas sobre precisar aumentar o valor do cuidado. A questão é qual organização liderará o caminho e com que rapidez seguirá? O desafio de se tornar uma empresa baseada em valor organização não deve ser subestimada, dado os interesses e práticas arraigados de muitos. Essa transformação deve vir das operadoras de planos de saúde, e demais pagadores de saúde (PORTER; LEE, 2013; PORTER; TEISBERG, 2006).

Somente organizações provedoras e pagadoras de saúde podem melhorar o conjunto de etapas interdependentes necessárias para agregar o valor importante para o paciente, porque em última análise o valor é determinado com as ações cuja assistência prestada é praticada. Ainda todos os outros intervenientes no sistema de cuidados de saúde têm um papel na transformação do modelo de saúde. Pacientes, planos de saúde, empregadores podem acelerar a transformação - e todos irão se beneficiar. É muito importante fazê-lo (PORTER; LEE, 2013).

Valor é o único objetivo que pode unir os interesses de todo o sistema com participantes, melhorar o valor é a única solução real para a reforma dos cuidados de saúde versus custo de mudança para pacientes, restringindo serviços, ou reduzindo a compensação da rede prestadora e equipe a fim de criar uma organização de entrega de alto valor.

O foco central nos cuidados de saúde é o valor entregue para o cliente. O valor é resultado de saúde, entregue para o cliente, diminuído do custo real gasto para essa entrega. A melhoria significativa no valor exigirá fundamental reestruturação da prestação de cuidados de saúde.

As abordagens de entrega de hoje refletem um legado de ciência, estruturas organizacionais, práticas de gestão, e modelos de pagamento que são obsoletos. Vias de cuidado, melhorias de processo, segurança iniciativa, coordenadores de cuidados, doença em gestão e outras sobreposições à corrente estrutura pode ser benéfica, mas não suficiente. O valor é medido para o cuidado do médico de uma paciente, condição durante todo o ciclo de cuidados.

Os resultados são o conjunto completo de resultados de saúde para uma paciente, condição ao longo do ciclo de cuidado. Custos são os custos totais de cuidados para a condição de um paciente ao longo do ciclo de cuidado. O valor é definido pelos resultados de saúde importantes para os pacientes sobre os custos de entregar os resultados (PORTER, 2005, 2015, 2017).

3.3.8 Definindo o objetivo em valor

O primeiro passo para resolver qualquer problema é definir objetivo adequado. Esforços para reformar a saúde têm sido prejudicados pela falta de clareza sobre o objetivo, ou mesmo a busca do objetivo errado. Metas estreitas como melhorar o acesso a cuidados, contendo custos, e aumentar os lucros têm sido uma distração. Acesso ao cuidado deficiente não é o objetivo, nem está reduzindo o custo em detrimento da qualidade. Aumentar os lucros é hoje desalinhado com os interesses dos pacientes, porque lucros dependem do aumento do volume de serviços, não entregando bons resultados. Nos cuidados de saúde, o objetivo global de fornecer aos proprietários, bem como para todas as outras partes interessadas, devem ser melhorar o valor para os pacientes, em que o valor é multado como os resultados de saúde alcançados que importa aos pacientes em relação ao custo de alcançar aqueles resultados. Melhorar o valor requer melhorias um ou mais resultados sem aumentar os custos ou redução de custos sem comprometer os resultados, ou ambos (PORTER; LEE, 2013; PORTER; TEISBERG, 2006).

Abraçando a meta de valor na alta gerência níveis de conselho e diretoria é essencial, porque o valor agendado exige afastamento fundamental do passado. Enquanto as organizações de cuidados de saúde não têm sido contra a melhoria dos resultados, a seu custo tem estado em volumes crescentes e mantendo margens. Apesar das declarações de missão nobre, o real trabalho de melhorar o valor é deixado por fazer. As estruturas de pagamento, que permaneceram praticamente

inalteradas durante décadas, reforçaram o problema e produziram um sistema com qualidade errática e custos insustentáveis (PORTER; LEE, 2013).

Porter e Lee (2013) afirma que tudo isso está mudando agora. Enfrentando severa pressão para conter os custos, os pagadores estão reduzindo reembolsos e reavaliando prestadores de serviços, para serviços de pagamentos baseado em desempenho. Nesse ambiente, os pagadores (governos, planos de saúde e seguros) precisam de uma estratégia que transcende a tradicional redução de custos e evolui para novos modelos de pagamento e performances (PORTER; LEE, 2013).

A agenda estratégica para avançar para um valor sistema de prestação de cuidados de saúde compreende componentes interdependentes: organizando em torno da condição médica dos pacientes do que a especialidade médica dos médicos, custos e resultados para cada paciente, desenvolvimento de preços em pacote para o atendimento completo do ciclo, integrando cuidados em diferentes instalações, expandindo o alcance geográfico e construção de uma plataforma de TI capacitada; e coordenar facilmente para minimizar o desperdício de tempo e recursos. Membros dessa equipe de coordenação do cuidado se encontram frequentemente, formalmente e informalmente, e revisam os dados por conta própria. Armados com esses dados, eles trabalham para melhorar os cuidados - estabelecendo novos protocolos e planejando formas melhores ou mais eficientes de engajar pacientes, incluindo visitas em grupo e interações virtuais (PORTER; LEE, 2013).

3.3.9 Caracterizando serviços com base em valor

A equipe/serviço é organizada em torno de uma condição médica ou um conjunto de condições relacionadas (ou em torno do paciente definido com segmento para níveis de cuidado). O cuidado é entregue por equipe multidisciplinar, e equipe de médicos clínicos que dedicam uma significativa parte do seu tempo para a condição clínica do cliente. Os provedores envolvidos nos cuidados se veem como parte de uma segunda unidade organizacional.

A equipe atua em pleno ciclo de atendimento para a condição, abrangendo cuidados: ambulatorial, hospitalar e cuidados de reabilitação, e serviços de apoio (como nutrição, trabalho social, e saúde comportamental). A educação do paciente está integrada no cuidado.

A unidade tem um único setor administrativo e estrutura de agendamentos. Em grande medida, o cuidado é localizado em instalações. Uma equipe médica líder ou um atendimento clínico gerente (ou ambos) acompanha os processos e cuidados de cada paciente. A equipe mede resultados, custos e processos para cada paciente usando plataformas de tecnologias integradas ou únicas. Os envolvidos se reúnem formalmente e informalmente periodicamente para discutir os pacientes, processos e resultados. A responsabilidade conjunta é aceita para resultados e custos.

Modelos de entrega de rotina primária cuidado em configurações de baixo custo (como clínicas) têm papel importante, mas pouco farão abordar a maior parte dos custos com saúde, dos quais são gerados pelo cuidado por mais doenças complexas. Além disso, clínicas de varejo e outros adjuntos às práticas de atenção primária não estão equipados para fornecer serviços holísticos e cuidados continuados para pacientes saudáveis ou cuidados agudos e preventivos para pacientes com condições complexas, crônicas ou agudas sem que ocorra ações integradas (PORTER; LEE, 2013; PORTER; TEISBERG, 2006).

3.3.10 Coordenações de cuidados, especialmente para pacientes caros

Se os coordenadores de cuidados forem simplesmente topo de um fragmentado e disfuncional sistema de entrega, as economias são modestas (4% para 7% na melhor das hipóteses). Quando a coordenação leva a lugar de forma integrada, a economia pode chegar a 30% ou mais (PORTER, 2013). Integrar os cuidados de clientes complexos em uma rede de cuidados se faz essencial.

3.4 REGISTROS MÉDICOS ELETRÔNICOS

Porter e Lee (2013) diz que a tecnologia da informação é uma poderosa ferramenta para permitir atendimento baseado em valor. Sistemas de TI devem fazer medição de custos e resultados praticamente impossíveis, impedindo grandemente o valor para esforços de melhoria, o mesmo deve ir além da contenção de custos e promoção da saúde medidas de pagamento e de saúde no local e instalações de bem-estar, e tornar-se uma força maior recompensando provedores de alto valor com mais pacientes. À medida que os modelos de pagamento agregados proliferam a forma

como os cuidados são prestados será transformada (POTER; LEE, 2013; CONRAD, 2016).

Uma plataforma de TI deve contemplar cinco características, as quais estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Características da Plataforma de TI

Característica	Descrição
1	Estar centrada nos pacientes em todos os serviços, sites e tempo para o ciclo de cuidados, incluindo hospitalização, ambulatório visitas, exames, fisioterapia e outras intervenções. Os dados são agregados em torno dos pacientes, não das unidades ou locais de atendimento.
2	O prontuário usa definições de dados comuns nos campos de dados e dados relacionados a diagnósticos, valores laboratoriais, tratamentos e outros aspectos do cuidado são para que todos estejam falando a mesma língua, permitindo que os dados sejam compreendidos, trocados e consultados em todo o sistema.
3	O prontuário engloba todos os tipos de dados do paciente nas anotações do médico, imagens, pedidos de quimioterapia, laboratório testes e outros dados são armazenados em um único local que todos os que participam dos cuidados de um paciente têm visão compreensiva (PORTER; LEE, 2013).
4	O prontuário médico é acessível a todos os laços envolvidos no cuidado - os próprios médicos, pacientes e toda equipe envolvida no cuidado deve acessar e compartilhar informações, essa ação precisa se tornar rotina, de modo a facilitar o levantamento de dados dos clientes sobre certos tipos de informações relevantes para seus cuidados, como seu status funcional e seus níveis de dor (PORTER; LEE, 2013; PORTER; TEISBERG, 2006).
5	A arquitetura do sistema torna mais fácil extrair informações - os dados necessários para medir os resultados, acompanhar custos centrados no paciente e controle do risco do paciente são fatores que podem ser prontamente extraídos usando processamento de calibração. Tais sistemas também dão aos pacientes a capacidade de relatar resultados sobre seus cuidados, não apenas depois de terminado o cuidado, mas também durante os cuidados, para permitir melhores decisões clínicas. Mesmo hoje, sistemas mais avançados, a capacidade crítica de criar e extrair esses dados continuam a ser insuficientes. Como consequência, o custo de medir os resultados e os custos são desnecessariamente aumentados (PORTER; LEE, 2013; PORTER; TEISBERG, 2006).

Fonte: Poter e Lee (2013).

3.5 ENTREGA DE CUIDADOS DE SAÚDE COM BASE EM VALORES: MENSURAÇÃO DE RESULTADOS

Porter (2012) diz que os resultados devem ser medidos por condição médica e seguimento de cuidado que o paciente se encontra. Os resultados são multidimensionais e devem incluir à saúde condições de saúde mais relevantes para os pacientes. Os resultados devem refletir o ciclo completo de atendimento.

Os resultados devem abranger pacientes a curto e longo prazo, cobrindo um período que reflete os resultados finais dos cuidados. A medição deve incluir condições iniciais / fatores de risco para permitir o ajuste de risco.

Porter (2012) afirma que os resultados devem ser verificados com base em vários indicadores de saúde: sobrevivência e grau de saúde, recuperação, tempo para recuperação e retorno às atividades normais, sustentabilidade da saúde, recuperação e natureza da recorrência, desvio do processo de cuidado ou tratamento (por exemplo, erros de diagnóstico e cuidado ineficaz, desconforto relacionado ao tratamento, complicações, ou efeitos adversos, erros de tratamento e suas consequências em termos de tratamento adicional) consequências a longo prazo da terapia (por exemplo, doenças induzidas), estado de saúde avançado ou retido no processo de recuperação da saúde, situação clínica e funcional dos pacientes (PORTER, 2012).

Os resultados para entrega do valor ao cliente devem ser mensurados em todas as fases e etapas do ciclo saúde/doença.

3.6 CRIANDO UM SISTEMA DE ENTREGA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA BASEADA EM VALOR

Porter (2014) apresenta as seguintes características para a criação de uma assistência à saúde com base em valor:

1. medir resultados e custos para os pacientes;
2. modificar modelos de pagamentos incluindo ciclos de cuidados à equipe envolvida e rede prestadora de serviços no atendimento;
3. expandir o alcance geográfico (linha de cuidados em diferentes esferas de necessidade: primária, secundária e terciária);
4. construir uma plataforma de tecnologia de informação de ativação e eficácia (PORTER, 2014, 2016, 2017);
5. foco no cliente.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A partir das constatações da base teórico-empírica fundamentada pela literatura especializada sobre os conceitos de saúde com base em valor, e movimentos contemporâneos da gestão em saúde, que incentivam a cooperativa a praticar o programa, segue a metodologia desenvolvida neste trabalho, notadamente a partir de dois elementos principais: (i) justificativa do cenário de saúde atual, que pede por novos modelos de gestão e inovação em saúde e (ii) verificar se o programa praticado pela cooperativa atende modelo assistencial da teoria de saúde com base em valor, que traz características assistenciais fortes consideradas como transformadores no cuidado em saúde. A especificação do problema de pesquisa apresenta as perguntas que direcionam o trabalho de campo e o delineamento pauta-se no detalhamento da estrutura de investigação desta dissertação.

4.1 ESPECIFICAÇÕES DO PROBLEMA

Segundo Porter (2016), a saúde baseada em valor é uma iniciativa de reestruturação dos sistemas de saúde em todo o mundo, cujo objetivo global é ampliar o valor para os pacientes, conter a escala de custos e oferecer mais conveniência e serviços aos clientes. A transformação do cuidado ocorre com base em elementos inter-relacionados: medir resultados e custos para cada paciente, mover os pagamentos para ciclos de cuidado, integrar os cuidados entre os serviços de saúde, ter acesso a uma plataforma de TI que atue como facilitadora no processo e por fim foco no cliente (PORTER; TEISBERG, 2006).

Assim, o estudo se orienta pela seguinte questão com base na proposta da convergência entre os conceitos precedentes nas referências teóricas, esse trabalho teve como objetivo investigar o seguinte problema : verificar se o programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada atende a cinco elementos relacionados à transformação do cuidado em saúde, sob a perspectiva da saúde baseada em valor.

4.2 PERGUNTAS DE PESQUISA

A pesquisa buscou respostas para as seguintes perguntas:

1. Quais as principais características da prática de assistência em saúde, da teoria de saúde com base em valor?
2. Quais as características da assistência em saúde, praticadas pelo programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada?
3. O programa possui características similares ao proposto pela teoria?

4.3 DELINEAMENTOS DE PESQUISA

O plano de estudo que caracteriza este projeto, enquanto proposta de estudo, propôs as seguintes seções para apresentar a estrutura de investigação que foi utilizada ao longo do desenvolvimento deste trabalho: o estudo de caso, a definição do público participante, a forma de coleta de dados, o instrumento e os procedimentos de pesquisa e análise dos dados.

Para atender a problemática de pesquisa e das categorias analíticas que compõem o problema de pesquisa, optou-se pelo caminho da abordagem qualitativa.

4.4 MÉTODO DE PESQUISA

O estudo de caso é um método de pesquisa de natureza qualitativa e frequentemente usado em estudos organizacionais. Segundo Yin (2010), este método é utilizado quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

O presente trabalho constitui-se em um estudo de caso pois os dados necessários para desenvolvê-los são peculiares ao contexto onde estão inseridos na cooperativa, podendo não ser comparável com outras pesquisas sobre o mesmo tema. A importância do estudo de caso único se dá pela sua singularidade (YIN, 2010). Yin (2010) defende que a singularidade é a oportunidade de fazer uma pesquisa em determina organização dada a sua especificidade.

No mesmo raciocínio, entre os principais benefícios na condução de estudo de caso, destacam-se: (a) o aumento da compreensão e do entendimento sobre os eventos reais contemporâneos, além de permitir uma descrição (EISENHARDT, 1989); (b) o teste de uma teoria existente (EISENHARDT, 1989; GUMMESSON, 2007; VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002); e (c) o desenvolvimento de uma nova teoria

(GUMMESSON, 2007. VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002). Voss, Tsikriktsis e Frohlich (2002) argumentam que no desenvolvimento da teoria é importante cruzar a teoria emergente com a literatura existente. Rever a teoria emergente envolve refletir sobre questões como: o que é semelhante nas teorias? O que é diferente? E por quê? (EISENHARDT, 1989). Dessa maneira, o pesquisador pode desenvolver a pesquisa com maior clareza, apresentando coerência lógica com os preceitos teóricos abordados ou buscando quebrar paradigmas conceituais com determinado fenômeno pesquisado, promovendo assim, o desenvolvimento da ciência.

Nesse trabalho o estudo de caso permitiu identificar as características assistenciais do modelo de saúde com base em valor, e verificar se as características do programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada apresentam ou não similaridade.

A pesquisa foi realizada em uma cooperativa de trabalho médico, tendo como unidade de análise o programa de atenção domiciliar, na área de gestão de atenção à saúde. Os resultados analisados serão atinentes, exclusivamente, ao caso estudado e no período 12 meses de programa, referente ao ano de 2018.

O estudo de caso descritivo e explicativo foca em uma abordagem que compreende em descrever o objeto de pesquisa no seu contexto real, definindo suas características face ao problema de pesquisa e bem como explicar as relações identificadas ao longo da descrição (MARTINS; THEÓPHILO, 2007). Para isto, iniciou o estudo de caso com a familiarização do tema base, sendo esse a teoria de saúde com base em valor, fundamentação teórica tendo como base a literatura especializada do autor Porte (2016), e criação de um instrumento de pesquisa. Em seguida, ocorreu a pesquisa de campo.

Assim, o aspecto descritivo-explicativo busca compreender e conhecer as características assistenciais do programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada, tal como acontece ou é compreendido na organização que serviu de base para o estudo de caso e da compreensão das relações que há evento em estudo. O relato do evento estudado foi realizado com base nos dados da pesquisa, advindos de observação, análise de documentos e análises de indicadores da cooperativa estudada, comparadas à teoria proposta.

Diante do exposto, a presente pesquisa é considerada como qualitativa, pois aborda um estudo de caso, onde foi estudado e observado o fenômeno de saúde com base em valor, e observar a similaridade com o programa de atenção domiciliar da

Unimed de Paranavaí. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar.

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), uma pesquisa de natureza aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Nesse contexto, a presente pesquisa também é considerada de natureza aplicada, pois tem como objetivo prover soluções para uma organização, discutindo a integração do programa de atenção domiciliar, com a teoria de saúde com base em valor.

Para a pesquisa, foi construído um instrumento com as principais características da teoria de saúde com base em valor, um instrumento que resume elementos básicos presentes na teoria referente à transformação do cuidado em saúde. Esse instrumento foi direcionador na avaliação do programa segundo a teoria proposta. A análise dos dados se deu conforme descrição de cada um desses elementos, e relacionar a prática com a teoria proposta, ilustrado no Quadro 3.

Quadro 3 - Checklist - saúde com base em valor

Checklist - instrumento de análise para a teoria de saúde com base em valor		
Elementos relacionados à transformação do cuidado da teoria de saúde com base em valor		
Características	Descrição na teoria de saúde com base no valor	Aplicabilidade
1. Medir resultados e custos para os pacientes.	Medir resultados e custos na assistência com os pacientes.	Verificar a prática do programa e relacionar a teoria proposta.
2. Modelos de pagamentos para ciclos de cuidado.	Modificar modelos de pagamentos incluídos ciclos de cuidados a equipe envolvida e rede prestadora de serviços no atendimento.	Verificar a prática do programa e relacionar a teoria proposta.
3. Expandir o acesso a serviços de excelência.	Expandir o alcance geográfico (linha de cuidados em diferentes esferas de necessidade: primária, secundária e terciária).	Verificar a prática do programa e relacionar a teoria proposta.
4. Plataforma de TI.	Construir uma plataforma de tecnologia de informação de ativação e eficaz, que permita comunicação entre serviços.	Verificar a prática do programa e relacionar a teoria proposta.
5. Foco no cliente	Considerar a experiência do cliente.	Verificar a prática do programa e relacionar a teoria proposta.

Fonte: O autor (2018).

4.5 DIMENSÕES TEMPORAIS DA PESQUISA

O presente estudo observou as características assistências do programa de atenção domiciliar no período de outubro de 2017 a outubro de 2018, a análise e os resultados apresentados são referentes esse período.

4.6 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo teve como objetivo explorar um dos programas da gestão da atenção à saúde de uma operadora de planos de saúde suplementar, denominado programa de atenção domiciliar, e avaliar se ele contempla características assistenciais defendidas pela teoria de saúde com base em valor.

Trata-se de um estudo de caso de um dos programas de gestão da atenção à saúde, no qual o observou-se o fenômeno, de saúde baseada em valor, que foi implementado em uma operadora de plano de saúde suplementar, denominado de programa de atendimento domiciliar da Unimed de Paranavaí Cooperativa de Trabalho Médico, e verificar a similaridade com a teoria de saúde com base em valor.

Por uma iniciativa de um grupo de 53 médicos, há mais de 28 anos (desde 11 de agosto 1988) foi fundada a Unimed de Paranavaí, com o firme propósito de retirar os pacientes das filas do sistema público de saúde para serem atendidos em consultórios particulares e com o direito de escolher livremente os médicos cooperados que quisessem.

A Unimed de Paranavaí conta hoje com mais de 168 médicos cooperados distribuídos em diversas especialidades, atendendo mais de 21.650 clientes em Paranavaí e mais 28 municípios da região (UNIMED DE PARANAVAÍ, 2019).

Os médicos da Unimed de Paranavaí são norteados pela filosofia cooperativista, isto é, trabalham conjuntamente direcionando seus esforços para o bem de todos os clientes, cooperados, colaboradores e da comunidade em geral. É uma cooperativa que, com base em relações igualitárias, está empenhada em satisfazer com excelência os objetivos comuns de trabalho e prestação de serviços (UNIMED DE PARANAVAÍ, 2019).

Para a Unimed de Paranavaí (2019), cooperar é trabalhar em colaboração, dirigindo esforços de modo coordenado para a realização de metas comuns: proporcionar a saúde e atendimento médico de qualidade a todos os clientes.

A atual missão organizacional da referida Unimed é: “Oferecer serviços de promoção à saúde e assistência com qualidade aos clientes da Unimed de Paranavaí, garantido a justa remuneração ao médico cooperado de forma sustentável”. Já a visão organizacional é “Ser uma Cooperativa reconhecida pela excelência dos seus serviços prestados no segmento de assistência à saúde suplementar, nos próximos 05 anos” (UNIMED DE PARANAVAÍ, 2019).

A população alvo para amostragem foi baseada nos pacientes em gerenciamento no programa, no período de 12 meses, sendo eles de outubro de 2017 a outubro de 2018.

4.7 FACILIDADES E DIFICULDADES NA COLETA DE DADOS

A facilidade na coleta dos dados se deu pela abertura da cooperativa médica em disponibilizar e facilitar os dados para uso da pesquisa. A cooperativa estudada disponibilizou dados relacionados aos processos e fluxos de funcionamento assistencial do programa, tais como: esboço de descrição dos programas, registro do programa na agência nacional de saúde, todos os indicadores clínicos aferidos pelo

programa com relação ao desempenho da equipe multidisciplinar, atas de reuniões de gerenciamento dos casos, acesso ao prontuário eletrônico de evolução multidisciplinar, método de análise financeira do programa, indicador financeiro apresentado pelo programa pela cooperativa, ata de reuniões de assembleia em que consta o demonstrativo de resultados aos cooperados, apresentação de prontuário eletrônico, disponibilizando vários relatórios automáticos, integração do prontuário com sistema de gestão para elaboração de relatório gerencial específica e pesquisa de satisfação dos usuários.

4.8 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Yin (2005) considera que a coleta de dados pode ser uma tarefa difícil e complexa, e se não for bem planejada e conduzida, todo trabalho de investigação poderá ser prejudicado. Zanelli (2002) e Mattar (2001) consideram que o planejamento da pesquisa “assegura a direção, rumo às informações que o problema requer e, ao mesmo tempo, preserva a ética” (ZANELLI, 2002, p. 82).

Para Mattar (2001), os dados de campo podem ser obtidos em tal nível de profundidade que permitem caracterizar e explicar detalhadamente os aspectos singulares do caso em estudo, bem como apontar semelhanças e diferenças quando comparados com outros casos estudados (FREITAS; JABBOUR, 2010).

Nesse sentido, esse trabalho foi estruturado da seguinte maneira:

1. Cenário de movimentos contemporâneos que justificaram a criação do programa de atenção domiciliar;
2. fundamentação teórica científica da teoria de saúde com base em valor, e suas principais características assistenciais;
3. estrutura do programa praticado na cooperativa de trabalho médico;
4. resultados e indicadores clínicos e financeiros do programa;
5. análise de resultados com base na triangulação dos dados: primários (referencial teórico referente à teoria de saúde com base em valor), secundários (estrutura do programa estudado em comparação à teoria) e terciários (resultados apresentados).

4.9 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

Diferentes autores defendem que a utilização de múltiplas fontes e a triangulação dos dados e evidências das diversas fontes é um critério que aumenta a credibilidade e a confiabilidade dos resultados (MARTINS, 2008; VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002; YIN, 2005).

A partir da coleta de dados de diferentes perspectivas e de diferentes fontes, existe a possibilidade de cruzamento de uma fonte com a outra, desse modo a validação pode ser considerada mais forte e melhor sustentada (EISENHARDT, 1989). Nesse sentido, Zanelli (2002, p. 86) destaca que é importante verificar se o conteúdo de uma verbalização tem correspondência com uma fonte documental. Após, a análise pode ser feita com o olhar em alternância para os dados, para os conceitos ou teorias que a literatura apresenta sobre aqueles assuntos, e para a articulação que o pesquisador percebe como lógica na construção discursiva em seu trabalho.

Ainda para Zanelli (2002, p. 83), o rigor na condução de estudos qualitativos pode ser dado pela clareza e sequência lógica das decisões de coleta, pela utilização de métodos e fontes variadas e pelo registro cuidadoso do processo de coleta, organização e interpretação ou seja, muitas questões dependem da habilidade do pesquisador perceber e captar todas as características do objeto de estudo, sistematizando com perfeição as evidências coletadas das múltiplas fontes (FREITAS; JABBOUR, 2010).

Desse modo, em primeiro momento a análise de dados se deu de modo secundário, com análise de documentos fornecidos pela cooperativa, documentos esses listados no quadro 4.

Fora criado pelo autor um Checklist com as principais características da teoria de saúde com base em valor, para instrumento de análise de similaridade entre o programa e a proposta da teoria, esse validado e ajustado após a banca de qualificação.

A entrevista para percepção do cliente de valor sobre o programa não foi realizada devido a cronograma do trabalho, para analisar o mesmo fora utilizado a pesquisa de satisfação da cooperativa estudada.

A análise foi feita por meio de triangulação de dados, dentre as características da teoria presentes no checklist, e as características identificadas no programa por meio

dos documentos listados, para atender os objetivos dessa pesquisa.

No Quadro 4, está ilustrado as etapas de coleta e tratamento dos dados deste projeto.

Quadro 4 - Etapas da coleta, análise e tratamento de dados

	Etapas	Objetivos	Materiais
1	Análise dos documentos	Foi analisado materiais disponibilizados pela Cooperativa, relacionado ao fenômeno de pesquisa.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro do programa na Agência Nacional de Saúde • Esboço descritivo dos modelos assistenciais do programa • Fluxo de acompanhamento do paciente • Atas de reuniões da equipe multidisciplinar • Indicadores clínicos dos pacientes acompanhados pelo programa • Indicadores de performance da equipe multidisciplinar • Metodologia de análise de indicadores financeiros do programa, aferidos pela cooperativa • Sites de comunicação da cooperativa • Pesquisa de satisfação do beneficiário
2	Formulação do checklist de verificação da aplicabilidade do modelo de saúde com base em valor	Foi criado o instrumento de análise de características transformadoras em saúde do modelo de saúde com base em valor.	Revisão teórica
3	Validação do checklist com a banca de qualificação do programa PPGCOOP	Como prova preliminar do roteiro, a fim de identificar falhas no entendimento, o mesmo foi apresentado a banca da qualificação do PPGCOOP.	Foi apresentado à banca examinadora do programa PPGCOOP
4	Correções do checklist	Correções e alterações no roteiro após banca de qualificação	Complementação teórica
5	Aplicação do checklist de características no programa	Verificou - se o programa de atenção domiciliar tem possuía características do modelo assistencial conforme a teoria de saúde com base em valor	<ul style="list-style-type: none"> • Comparação do referencial teórico proposto ao modelo assistencial praticado na cooperativa estudada • Uso dos sentidos e capacidade de assimilação de processos e rotinas • Conhecimento do autor nas rotinas
6	Análise de dados e resultados	Triangulação de informações a fim de responder aos questionamentos da pesquisa	Conhecimento gerado pelo autor

Fonte: O autor (2018).

4.10 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Freitas e Jabbour (2010) propõem que a realização de um estudo de caso não é uma tarefa fácil, exige tempo e dedicação do pesquisador e, frequentemente, os trabalhos podem estar à mercê de críticas em função de limitações metodológicas na escolha do(s) caso(s), análise dos dados e geração de conclusões suportadas pelas evidências (MIGUEL, 2007, p. 217). Yin (2005) salienta ainda que muitos pesquisadores demonstram certo descrédito em relação à estratégia de estudo de caso, devido (a) à falta de criticidade nas investigações; (b) fornecem pouca base para generalizações; (c) consomem muito tempo. No mesmo pensamento, Llewellyn e Northcott (2007, p. 196) destacam, ainda, as principais críticas que a academia impõe à estratégia de estudo de caso como, por exemplo, conclusões pontuais, infundadas ou subjetivas, além de não considerarem o estudo do caso como estratégia científica.

Com base no que na literatura sobre estudo de caso conceitua, a limitação desse trabalho se deu pelo fato desta dissertação não representar todas as cooperativas de trabalho médico, tampouco todos os programas de atendimento domiciliar podem ser equiparados ao estudado. Os resultados encontrados nesse trabalho são realidade apenas do contexto da cooperativa estuda.

5 BREVE CONTEXTO DE ANÁLISE

Nesta seção, é definido terminologias pertinentes à atenção domiciliar, e descrever as práticas assistenciais em saúde praticadas pelo programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada, e relacionadas à teoria de saúde com base em valor.

5.1 O ATENDIMENTO DOMICILIAR NA UNIMED DE PARANAÍ

O programa é desenvolvido por um conjunto de ações que compõem protocolos assistenciais de acompanhamento de indivíduos com doenças graves e casos complexos em atenção domiciliar. Tem como objetivo promover o controle e a recuperação de condições clínicas dos pacientes, a fim de proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento do autocuidado e regresso ao lar.

É composto por um comitê multiprofissional que se reúne semanalmente no intuito de discutir caso a caso, e buscar ações que promovam a saúde e impactem nos custos assistenciais. Dentre os profissionais integrantes da equipe estão: médico coordenador do PGC SAD; médico assistencial do programa; médico assistente do beneficiário; médico da unidade de atenção primária em saúde; médicos cooperados especialistas necessários na manutenção e recuperação do estado de saúde do beneficiário; enfermeiro coordenador, assistencial e analista de dados do programa; nutricionista; terapeuta ocupacional; fonoaudióloga; fisioterapeuta e psicóloga.

Embora cada cooperativa gerencie e pratica atenção domiciliar de distintas formas, com a equipe multidisciplinar que puder ter à disposição, nessa operadora o acompanhamento de multidisciplinaridade vai de encontro com o sugerido nas cartilhas da ANS para elaboração de programas, bem como o manual de atenção à saúde da Unimed do Brasil, como também o sugerido na teoria de saúde com base em valor (BRASIL, 2017).

Nota-se que tal acompanhamento é um dos fatores fundamentais do programa, pois impacta fortemente no gerenciamento e plano de cuidados do paciente com a soma do conhecimento de cada profissão, promovendo uma visão holística do paciente.

Essa equipe multidisciplinar coordena o cuidado do beneficiário participante, desde sua inserção no programa. Nesse ínterim, o beneficiário passa por avaliações

pelos profissionais, inclusive com a utilização de questionários específicos sugeridos nos manuais supracitados. Após a estratificação do risco do paciente, o caso é analisado pela equipe de profissionais e o plano de cuidados é, então, definido.

As ações do programa visam à desospitalização, educação, prevenção à saúde, acompanhamento de internações e passagens em pronto socorro, minimização das internações hospitalares e/ou maiores agravos à condição clínica do paciente, fidelização do cuidado médico, menor número de desperdício de solicitações de exames, cuidados paliativos e alta para o autocuidado.

5.2 CRIANDO UMA ESTRUTURA DE GARANTIA DE ACESSO AO USUÁRIO E OPERADORA

A cooperativa estudada conta com múltiplas formas de entrada ao programa, sendo elas:

5.2.1 Alertas de internação

Pelo prontuário de gestão em saúde Infomed, utilizado na cooperativa, é possível a criação de ALERTAS de internação seguindo as seguintes regras:

- prorrogações de internações autorizadas maior que cinco dias;
- qualquer prorrogação de internação em UTI;
- toda internação ou passagem em pronto atendimento de pacientes já em gerenciamento.

Os alertas são gerados a partir das senhas de autorizações, geradas pelos sistemas de gestões da cooperativa.

Esses pacientes são alocados dentro de grupo de pré-seleção, e após avaliação da enfermeira analista, os casos para gerenciamento são alocados dentro do sistema para criação dos questionários de elegibilidade.

5.2.2 Auditoria de enfermagem operadora e hospital Unimed

Ao aplicarem auditoria concorrente nos prestadores, os profissionais são treinados para identificarem pacientes legíveis ao PGC SAD, para desospitalização e

gerenciamento. O PGC SAD tem interesse também de receber informações de internações, maior que de sete dias. Pacientes com patologias graves, prognósticos de longas internações, internações recorrentes, internações de pacientes paliativos. Esses pacientes, indicados, via e-mail, serão alocados em grupo de pré-seleção dentro do sistema infomed, pela enfermeira analista do PGC, que aplicará questionários de elegibilidade, trâmites de possibilidades com médico assistente, caso seja necessário, contará com a intervenção do médico responsável pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), ou até mesmo pelo coordenador médico do gerenciamento de casos.

5.2.3 Setor de intercâmbio e auditoria médica

São encaminhadas, via e-mail, para a equipe do gerenciamento de casos autorizações como:

- autorizações de Internações de casos complexos em Hospitais não credenciados;
- autorizações de cirurgias plásticas, por acidentes ou traumas;
- todo caso de autorizações de pacientes com prognósticos complexos, em que o auditor julgue necessária a indicação ao PGC, para que este busque possibilidades de redução de custo assistencial.

5.2.4 Rede prestadora e cooperados

Todos os programas praticados pela operadora são divulgados para a rede e cooperados Unimed Paranaíba, para que ambos possam demandar pacientes. O beneficiário indicado pode procurar os serviços com a carta de indicação, para passar por processos de elegibilidade.

5.2.5 Serviço de atendimento ao cliente

Será enviada, pelo relacionamento com cliente, toda manifestação com relação a autorizações e solicitações de atendimentos domiciliares, ou de materiais e medicamentos solicitados para uso domiciliar. As equipes da atenção à saúde

verificam a elegibilidade para algum programa da atenção à saúde.

5.2.6 Entrevista qualificada

Serão recebidas informações relevantes de beneficiários, no ato do contrato com Unimed de Paranavaí pela enfermeira da declaração de saúde. A mesma em forma de relatório mensal enviará, via e-mail, à enfermeira responsável pelo programa pacientes que declararem qualquer tipo de doença crônica. E ou com fatores de risco para desencadeares problemáticas de saúde, assim como todo e qualquer paciente que julgar legível a algum problema de saúde. Serão informados, também, beneficiários com IMC maior que 35, e os pacientes que declararem doenças complexas serão indicados para o PGC. A enfermeira analista filtrará essas informações e verificará os elegíveis. Os que não forem inicialmente gerenciados, ficaram em uma turma de indicados, dentro do Programa MAS.

5.2.7 Autoindicação

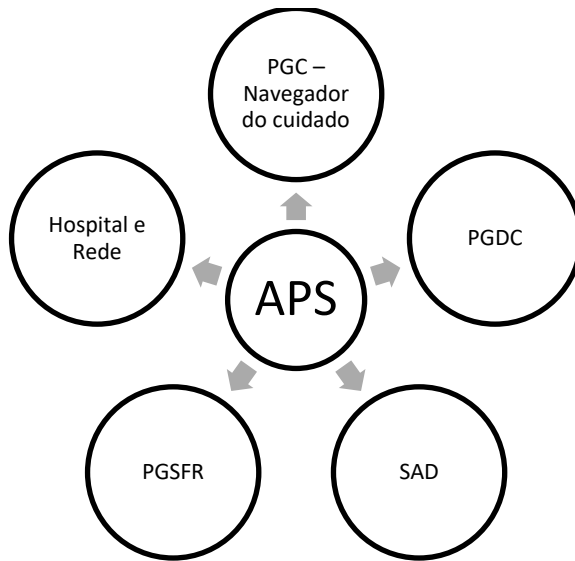
Todos os beneficiários Unimed de Paranavaí podem se indicar a qualquer programa, no próprio Espaço Viver Bem, ou via site.

5.2.8 Criando cuidados a curto, médio e longo prazo

A cooperativa estudada, foi além dos requisitos solicitados pela RN 277, e inovou ao integrar a atenção domiciliar como gerenciamento de cuidado em diferentes níveis de complexidade, incluindo alta complexidade e atenção primária em saúde, criando uma estrutura que garante o cuidado até mesmo após a alta do cliente no programa, e por onde seja que o cliente esteja caminhando, incluindo atenção primária com foco em promoção da saúde (Figura 4).

Desse modo, os pacientes em programação de alta, ou que têm alta do programa, seguem em outras linhas de cuidado de gerenciamento. A enfermeira analista do PGC, coordenadora de cuidado defendida pela ANS, aloca esse beneficiário a outras linhas de cuidados:

Figura 4 – Modelo de atenção Unimed Paranavaí



Fonte: O autor (2018).

O programa de gerenciamento de clínicos e complexos PGC é o maior responsável pela busca de pacientes críticos para egresso no programa. O Programa de Gerenciamento de Doente Crônico PGDC trabalha a linha de cuidado de promoção e prevenção da saúde de pacientes crônicos. A atenção domiciliar atua na reabilitação e intermédio entre atenção primária e terciária, sendo uma mediadora entre as duas. Dentro do programa de saúde e fator de risco, são trabalhadas as premissas de promoção e prevenção de saúde de pacientes reabilitados e saudáveis.

Para incentivar o interesse do usuário em continuar nas linhas de cuidado do gerenciamento, a cooperativa isenta a coparticipação sobre as consultas, e exames solicitados pelos médicos assistentes dessa rede de cuidados.

Como incentivo, ainda, a rede de atenção primária em saúde, a cooperativa estudada remunera de forma diferenciada os cooperados especialistas e a rede que participar do modelo de coordenação do cuidado em saúde.

O cooperado especialista que participa da rede de cuidados recebe o valor de (1,5) uma consulta e meia em sua produção para devolver o paciente em forma de referência e contrarreferência para os médicos coordenadores de cuidados. Para a rede credenciada a cooperativa utiliza deflator no pagamento, porém o mesmo ganha exclusividade no atendimento dessa carteira, considerando os processos na qualidade assistencial da prestação dos serviços.

Desse modo após egresso no programa o cliente entra em uma rede de cuidados que permite trafego em todos os estágios de saúde em que se encontra. Desde a estar crítico, até profilaxia e promoção da saúde.

5.3 ENGAJAMENTOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Segundo Araújo e Rocha (2006), uma das maiores dificuldades na implantação de coordenação do cuidado se deve à carência de profissionais para atender a esta nova realidade e modelo de gestão em saúde. Portanto, é necessário o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos no modelo de gestão com coordenação do cuidado e foco no cliente. O atendimento domiciliar está diretamente relacionado à atuação profissional em domicílio, assim as atividades vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos seus familiares no contexto de suas residências (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A multidisciplinaridade pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade onde estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Ao adentrar esse espaço, o profissional insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família. Assim, cabe ao profissional, em seu trabalho interdisciplinar, atentar para todas estas questões e atuar com vista à integralidade de suas ações (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Para estipular o PAD, a equipe se reuni quinzenalmente para discutir PAD de novos pacientes e rever os pacientes já em atendimento; na reunião a equipe multidisciplinar repassa suas avaliações e novas considerações do caso para aprovação de toda equipe, com todos os aspectos relevantes na coordenação do cuidado.

A comunicação entre os médicos (coordenador, assistencial, médico dos pacientes, e especialistas da rede) é essencial na estipulação do PAD.

Esse cuidado integral e pontos de vista de todos os profissionais envolvidos na coordenação do cuidado, é sem dúvida o maior diferencial da assistência domiciliar, e principal responsável pelo sucesso no cuidado e indicadores de performance do programa. O cuidado interdisciplinar em saúde contribui sem dúvidas para a melhor performance em saúde.

Várias foram as ações necessárias para tornar o programa possível: contratação de *capacity* adequado para atender os beneficiários, treinamentos e desenvolvimento de pessoas, contratação de consultorias de gestão de atenção à saúde e qualidade, sistemas de gestão, treinamento de indicadores e metas para colaboradores e médicos, atualizações em ferramentas de gestão inteligente em saúde, análises de dados, interpretação de indicadores, análises das causas raízes, planos de ações. Em geral, todas foram ações indispensáveis para que a mitigação do custo fosse substancial como o apresentado.

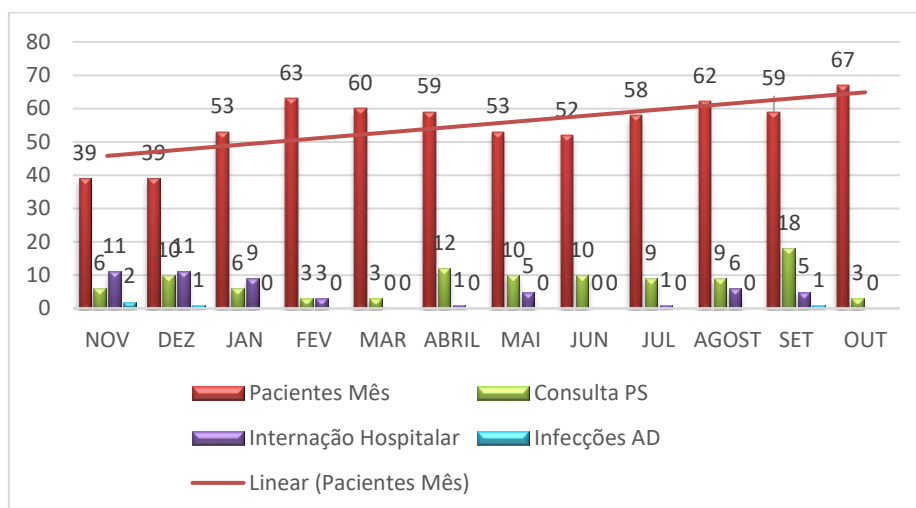
6 RESULTADOS

Nessa seção são apresentados os indicadores clínicos e financeiros do programa de atenção domiciliar da cooperativa estudada.

6.1 INDICADORES CLÍNICOS DO PROGRAMA

A Figura 5 apresenta os indicadores clínicos do programa de atendimento domiciliar referente a 10/2017 a 10/2018. Foram selecionados os indicadores que podem estar relacionados à mudança no comportamento de utilização e custo assistencial do grupo, sendo eles: incidência de internação hospitalar em AD, passagem em pronto atendimento em AD e infecções adquiridas em AD.

Figura 5 - Indicadores clínicos do atendimento domiciliar, referente ao período de 10/2017 a 10/2018



Fonte: Unimed Paranaíba (2018).

As internações hospitalares, passagens em pronto atendimento e até mesmo infecções adquiridas em AD que poderiam ser evitadas e/ou minimizadas de forma profilática com atendimento multidisciplinar em atenção domiciliar. Esses eventos desencadeiam custo assistencial de diárias de internamentos evitáveis, solicitação de exames diários desnecessários e até mesmo tratamento hospitalar de patologias que poderiam ser tratadas em domicílio. Por esse motivo, esses indicadores clínicos foram selecionados para pesquisa, o controle desses indicadores pela cooperativa pode ser responsável pelo sucesso nos indicadores de redução de custo assistencial do programa.

Como é possível observar na Figura 5, os indicadores do SAD da Unimed de Paranaíba se mantêm baixo quando relacionado ao número de pacientes ativos no mês. A equipe multidisciplinar possui metas a cumprir por indicador, que estão relacionadas à performance da equipe multidisciplinar. Nas reuniões de discussão semanais são apresentados os indicadores e os PADs são desenvolvidos a partir das avaliações multiprofissionais, estado clínico do cliente, e profilaxia para evitar dispersão dos indicadores clínicos do programa. O controle desses indicadores garante o sucesso do trabalho multiprofissional em AD, e a mudança no comportamento assistencial dos pacientes em atendimento.

6.2 INDICADORES FINANCEIROS DO PROGRAMA

Nos anos anteriores a cooperativa utilizava a metodologia antes e depois para análise de indicador financeiro do programa através do software de gestão QlikView, que comparava o custo assistencial antes e depois do gerenciamento por comparativo em meses.

Em 2018, a cooperativa que possui atenção domiciliar verticalizada e hospital próprio inovou uma metodologia de comparativo de custo em atenção domiciliar e em internamento em hospital próprio, criando um indicador de custo evitado com o programa, apresentado a seguir:

- data de análise do programa: 10/2017 a 10/2018
- grupo analisado: Programa de gerenciamento de clínicos do atendimento domiciliar.
 - média de pacientes mês: 50
 - média de pacientes elegíveis mês: 32.

6.2.1 Passo a passo da metodologia de custo da cooperativa

1º passo – calcular o valor da hora trabalhada para SAD - foram considerados os custos fixos da competência de 2018, para calcular o valor da hora trabalhada. O valor da hora SAD trabalhada no ano foi de 59,02 reais.

2º passo – total de horas trabalhadas por atendimento, para esse valor, foi definido o tempo médio por cada tipo de terapia do serviço, acrescida a quantidade de vezes realizadas em contas auditadas. Desse modo chegaram ao valor em tempo gastos por atendimentos.

3º passo – cálculo do valor de custo em cada atendimento com base nas horas trabalhadas.

4º passo – simulação de internação hospitalar no hospital Unimed da própria cooperativa estudada em valor de custo pago para operadora. Para tal, foram consideradas apenas as seguintes variáveis: taxa de diária em apartamento e enfermaria uma vez ao dia correspondente ao período de atendimento simulado, honorário médico, apartamento e enfermaria uma vez o dia correspondente ao período de atendimento simulado.

5º passo – estratificação de pacientes elegíveis para amostra pela cooperativa. Foram excluídos da amostra pacientes: em uso apenas de dieta, em uso apenas de fisioterapias, em uso apenas de material ou equipamento sem atendimento (concentrador).

O motivo justificado pela cooperativa é que na simulação, esses pacientes impactariam o indicador para um acréscimo irreal, visto que o período de simulação seria de 30 dias contínuos para pacientes crônicos.

6º passo – houve confronto dessas informações.

Premissa da análise de custo da Cooperativa: os pacientes excluídos também geram custo evitado, não sendo possível cálculo nessa metodologia. Para o hospital Unimed da cooperativa foram considerados os valores a preço de custo para operadora da cooperativa, entretanto os demais prestadores de serviços seriam pagos em valores de pagamento, o que leva o indicador para baixo.

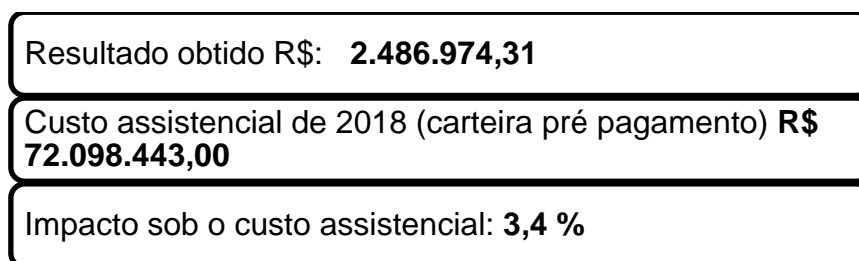
Outra premissa importante da metodologia adotada pela cooperativa é o fato de que não pode simular na íntegra uma internação, visto que a simulação é baseada apenas no que está sendo ofertado na atenção domiciliar, é sabido que em um hospital haveriam acréscimos de outros MAT/MED, exames e terapias diárias.

Na Tabela 1, seguem os resultados encontrados sobre o confronto da informação entre período em atenção domiciliar, simulado contra a internação hospitalar, deduzido o custo que a cooperativa tem para manter o serviço, temos então o custo evitado com o programa.

Tabela 1 – Indicador financeiro AD. Fonte Unimed Paranaíba no ano de 2018

Indicador	Valor (R\$)
Custo evitado (custo (SAD) vs custo (HU))	3.096.098,69
Investimento no programa	609.124,38
Resultado	2.486.974,31

Na Figura 6 são apresentados a cooperativa, o impacto total do programa no custo assistencial e qual seu impacto na sinistralidade da carteira da cooperativa estudada.

Figura 6 – Impacto na sinistralidade.

Fonte: Unimed Paranaíba (2018).

Vale ressaltar que o indicador é o comparativo de custo com custo possível pela verticalização dos dois serviços pela cooperativa estudada; se esse valor for comparado à rede, o valor é ainda maior, visto os dados praticados constantes nas tabelas na rede.

Outra questão está relacionada aos pacientes que não foram considerados na amostra, mas que também contribuem com a amostra. O fato de não ser possível simular uma internação hospitalar na íntegra também contribui para a redução do indicador. Porém, mesmo com as considerações, é possível que a cooperativa perceba retorno no investimento no programa, que impactou em 3,4% no custo assistencial da cooperativa no período analisado.

Os indicadores clínicos mostram controle sobre os comportamentos assistenciais que o programa de atenção domiciliar tenta controlar. Os gráficos dos indicadores financeiros mostram uma mudança nos indicadores de utilização do plano, em que após ingresso no programa, a tendência é de queda na utilização desnecessária do plano, passando a ser uma utilização consciente e coordenada em saúde.

6.3 PERCEPÇÃO DO CLIENTE

A cooperativa estudada realiza pesquisa de satisfação geral a seus clientes, e também estratificada por programas. No ano de 2018, o programa teve indicador de 100% de satisfação, conforme apresentando tabela 2.

Tabela 2 - Pesquisa de satisfação aos beneficiários

LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO OS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA DA UNIMED PARANAÍ, O SENHOR PODE MENCIONAR SE UTILIZA OS MESMOS, E, CASO POSITIVO, O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM AQUELE QUE VOCÊ UTILIZA

Medicina preventiva	Satisfação			
	Satisfeitos (5+4)	Nem satisfeito/Nem insatisfeito (3)	Não satisfeitos (2+1)	Não sabe avaliar
Gerenciamento de casos crônicos	75,0%	0,0%	0,0%	25,0%
Gerenciamento de casos clínicos	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Atendimento domiciliar	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Nota: Base de cálculo:400 entrevistados. Média calculada com base: (1) Muito satisfeito, (2) Insatisfeito, (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito, (4) Satisfeito, e, (5) Muito satisfeito.

Fonte: Unimed Paranaí (2018).

Desse modo, é possível verificar que os clientes da cooperativa estudada estão extremamente satisfeitos com o programa, tratando-se de operadora de plano de saúde, cooperativa de trabalho médico, relação de consumidor com viés de saúde. Um indicador de 100% de satisfação demonstra valor na modalidade de atendimento praticada pela operadora. Tal fato também pode ser atrelado ao fato de uma iniciativa que contempla ações de promoção e prevenção de saúde, proximidade com profissionais da cooperativa, coordenação do cuidado e atenção ao indivíduo em momentos de fragilidades auxilia nesse indicador e na percepção de um valor por parte da operadora.

Também pode estar associado, ao fato de familiar e cliente participarem do cuidado, estando sempre cientes dos planos terapêuticos, recebendo apoio de toda a equipe envolvida nesse cuidado.

Além de benefícios que o usuário possui ao participarem de forma voluntária, como isenção na coparticipação de consultas e exames eletivos, bem como a ação não ser contemplada no ROL da ANS, são aspectos relevantes na satisfação e

percepção de valor na entrega para o cliente. A cooperativa está de fato entregando ao usuário o que vende - a qualidade em saúde.

No Quadro 5, verificamos o checklist que nortearam essa pesquisa.

Quadro 5 - Instrumento de análise para a teoria de saúde com base em valor

Checklist - Instrumento de análise para a teoria de saúde com base em valor		
Elementos relacionados à transformação do cuidado da teoria de saúde com base em valor		
Características	Descrição na teoria de saúde com base no valor	Aplicabilidade
1. Medir resultados e custos para os pacientes.	Medir resultados e custos na assistência para com os pacientes.	A cooperativa possui metodologia de estudo de custo dos pacientes em gerenciamento.
2. Modelos de pagamentos para ciclos de cuidado.	Modificar modelos de pagamentos incluindo ciclos de cuidados à equipe envolvida e rede prestadora de serviços no atendimento.	A cooperativa trabalha de forma tímida com pagamento diferenciado para a rede e cooperados que participam do modelo de gerenciamento, bem como a rede.
3. Expandir o acesso a serviços de excelência.	Expandir o alcance geográfico (linha de cuidados em diferentes esferas de necessidade: primária, secundária e terciária).	A cooperativa criou rede mecanismos de integração entre serviços que permitem estar sempre atenta aos eventos de saúde de seus clientes.
4. Plataforma de TI.	Construir uma plataforma de tecnologia de informação de ativação e eficaz, que permita comunicação entre serviços.	A cooperativa possui ferramentas de tecnologia que conversam entre si, permitindo um acompanhamento do seu cliente.
5. Foco no cliente	Considerar a experiência do cliente.	A cooperativa possui pesquisa de satisfação que mostra 100% da satisfação do cliente que participa do programa.

Fonte: O autor (2020).

7 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

Por meio desse trabalho identificou-se que a cooperativa possui métrica própria para mensurar os custos da assistência prestada para gerar valor para o cliente através do programa de atenção domiciliar, bem como o benefício gerado pela prática do mesmo para a cooperativa, que nesse caso investindo em valor para o cliente, consegue-se ainda retorno financeiro significativo com a prática.

Também foi possível identificar que a cooperativa estudada vinculou o programa de atenção domiciliar em uma rede integradora de cuidados, permitindo que o cliente seja assistido em várias etapas de seu tratamento, seja ele complexo ou em promoção de saúde. As unidades assistenciais primárias, secundárias e terciárias também estão bem implantadas, vinculando o indivíduo até mesmo em unidades de atenção primária em saúde, sendo isso tendência do modelo transformador de saúde com base em valor.

A cooperativa também incentiva e remunera o médico cooperado especialista e rede de cuidados de gerenciando de maneira distinta da rede prestadora de serviços, com intuito de criação de cultura de um novo modelo de pagamentos e de gestão em saúde, incentivando que os participem desse movimento, ações necessárias para transformação da gestão do cuidado.

Embora a cooperativa não trabalhe com único sistema de gestão em saúde, possui bons mecanismos de captação e acompanhamento dos usuários em gerenciamento, sendo possível acompanhamento de seu estado de saúde em momento distinto de seu estado clínico.

O programa é consolidado na cooperativa, visto como estratégia de gestão e custo em saúde, visto os resultados que a cooperativa possui desde sua implantação. Saúde com foco no cliente, saúde com base no valor são tendências no atual cenário internacional de saúde.

Validar que o programa de atenção domiciliar bem implantando possui características similares a de teorias tão disseminadas na atualidade fortalece sem dúvida essa prática entre operadoras de saúde e cooperativas de trabalho médico.

O programa possui papel importantíssimo no que tange à questão de sustentabilidade das operadoras de planos de saúde, fechando e aparando arestas que irão subsidiar as mesmas com mecanismos e ferramentas de gestão em todas as áreas, trazendo resultados significativos para a operadora, comprovando que esse

programa está diretamente ligado à sustentabilidade da OPS, devendo ser levado em consideração a ampliação e desenvolvimento constante da área, que vem interferindo de maneira assertiva nos modelos assistenciais até então praticados pelas operadoras de planos de saúde, gerando maior vantagem competitiva em saúde para a cooperativa.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que a implantação do programa de atenção domiciliar de forma vertical pela cooperativa de trabalho médico estudada, a priori para atender a RN 277, para acreditação e qualificação das OPS. O programa pode ser considerada uma ferramenta de gestão estratégica em saúde, apresentando as 5 características similares aos presentes na teoria de saúde com base no valor e foco no cliente, que foi o principal objetivo dessa pesquisa. Trazendo para a cooperativa programas que podem servir de modelo da transformação do cuidado em saúde, principal objetivo dessa pesquisa.

Também foi possível identificar principais características da teoria de saúde com base em valor e identificar a assimetria do programa de atenção domiciliar praticado pela cooperativa, verificando que o programa tem similaridade com a teoria podendo ser considerado como um programa transformador do cenário em saúde com base na teoria de saúde com base em valor, respondendo às perguntas de pesquisa que nortearam esse trabalho.

As principais características elencadas pelo autor identificadas em teoria foram visualizadas também na prática do programa desenvolvido pela cooperativa estudada. Vale ressaltar que a modalidade de atendimento é extracontratual, não estando contemplada no ROL de obrigatoriedade de ANS. O programa para a cooperativa, veio junto ao processo de qualificação para atendimento da normativa 277.

Fica claro através dos indicadores apresentados que as ações de gerenciamento, a coordenação do cuidado, o acompanhamento multidisciplinar do atendimento domiciliar, com objetivo de orientações e educação em saúde, cuidado multiprofissional, ações de minimização e prevenção de maiores agravos em saúde, são de fato efetivos na melhor qualidade em saúde, trazendo um conceito de saúde baseado em valor para o cliente, defendido por Porter, que em seu modelo são efetivas as ações.

Os processos de gestão de pessoas e gestão da qualidade também foram indispensáveis no processo de implantação de tais ferramentas de gestão da atenção à saúde no atendimento domiciliar.

Assim, passível de afirmar a utilização de ferramentas de gestão estratégica aliadas aos conhecimentos da gestão da atenção à saúde com as características principais da teoria resultou em uma coordenação de cuidado eficaz, equipe

multidisciplinar engajada, motivada e treinada com os mesmos objetivos. Ao coordenar o cuidado do beneficiário, há a promoção da qualidade em saúde, impactando na redução do custo assistencial.

Considerando a complexidade das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade, novos modelos de gestão em qualidade tornaram-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços. A competitividade do mercado exige cada vez mais altos níveis de eficiência, eficácia e efetividade.

É claro que não há um modelo de gestão ideal, uma receita única para o sucesso de qualquer organização. As organizações de saúde devem levar em conta sua história, missão, visão e valores, assim como a cultura organizacional para definir o melhor modelo de gestão. Todos esses fatores tornam uma organização única, que demanda ações específicas de gestão.

Além de termos alcançado o objetivo do trabalho, identificamos também características que ainda precisam ser reforçadas como, por exemplo, a evolução nos modelos de pagamento à rede prestadora, e evolução de plataforma de TI com maior qualidade, que podem ainda evoluir grandemente para melhora do gerenciamento de saúde com base na teoria.

É possível explorar ainda mais o trabalho da equipe multidisciplinar e o sucesso de indicadores clínicos, bem como a dificuldade de mudança sobre a visão hospitalocêntrica para os profissionais de saúde e relacioná-los ao modelo de saúde proposto por Porter. Também é possível estudar uma relação maior sobre indicadores clínicos do programa e sua relação com os indicadores de redução de custo assistencial pela performance do trabalho em equipe na coordenação do cuidado.

Nesse trabalho utilizamos a atenção domiciliar como centro do cuidado, bem como os indicadores apresentados referem-se apenas a esse programa. Sugerimos que a cooperativa explore a atenção primária no centro do cuidado, e consiga calcular o custo de todo o percurso assistencial dentro de todo o modelo utilizado conforme sugere a teoria, bem como a evolução de produtos com esse molde de gestão de cuidado considerado como transformador em saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa** – RN nº 277. 2011a. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/anexo_rn277.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. **Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças**. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_promoprev_web.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. **Agência Reguladora dos Planos de Saúde no Brasil**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Daniele_Silveira__Aten%C3%A7%C3%A3o_Domiciliar.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. **Histórico**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. 2020. Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. **Operadoras e Serviços de Saúde**: ANS cria programa de Acreditação de Operadoras. 2011c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/1098-ans-cria-programa-de-acreditacao-de-operadoras>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ARAUJO, C. A. S. **Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos**: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ARAUJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p.455-464, 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

BARBOSA, P. R. **A gestão da saúde no brasil**: novas responsabilidades e novas praticas. Os médicos e a Saúde no Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 51-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 10 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de atenção integral à saúde**. Brasília, DF, 2017.

CAPPETIN, R.; CHOW, C. W.; McNAMEE, A. H. On the need and opportunities for improving costing and cost management in health care organization. **Managerial Finance**, Bradford, v. 24, n. 1, p. 46-59, Jan.1998.
Doi : 10.1108/03074359810765327.

DAMÁSIO, L. F. **Os desafios da gestão estratégica em serviços na saúde**. In: VI FDC Executive. 2013. Disponível em:
<http://acervo.ci.fdc.org.br/AcervoDigital/FDC%20Executive/2013/FDCexecutive1306.pdf>. Acesso em :10 fev. 2019.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 42- 53.

DIAS, R.; G. **A Judicialização da Saúde Suplementar no Estado do Rio de Janeiro**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

DUARTE, C. M. R. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 999-1008, 2001.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, Chicago, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n.5, p. 1511-1520, 2008.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. **Utilizando estudo de caso (s), como boas práticas e sugestões**. 2010. Disponível em:
<https://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/8.12a%20estudo%20de%20caso.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2009.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M.R. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família**. 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13>. Acesso em: 10 fev. 2019.

GONÇALVES, A. A.; OLIVEIRA, M. J. F.; LEITÃO, A. R. Gestão de operações em serviços de saúde. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 9., São Paulo. **Anais...** São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

GUMMESSON, E. Case study research and network theory: birds of a feather. *Qualitative Research in Organizations and Management*. **Benchmarking: an International Journal**, Boston, v. 2, n. 3, p. 226-248, 2007.

KENNETH, T. **Keynote Presentation at the American College of Preventive Medicine Prevention**. Austin, 2000.

LLEWELLYN, S.; NORTHCOTT, D. The singular view in management case studies qualitative research in organizations and management. **Qualitative Research in Organizations and Management**, Melbourne, v.2, n. 3, 2007, p. 194-207, Nov. 2007.

LOEPPKE, R. The impact of an integrated population health enhancement and disease management program on employee health risk, health conditions and productivity. *Disease Management*, forthcoming. 2008a. **Population Health Management**, New Rochelle, v.11, n. 6, p. 287-296, Dec. 2008a. Doi: 10.1089/pop.2008.0006.

LOEPPKE, R. **The value of health and the power of prevention**. Beverly: OEM Press, 2008b.

LOEPPKE, R. *et al.* Health and productivity as a business strategy. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v. 49, p. 712-721, 2007.

LOEPPKE, R.; HYMEL, P. Good health is good business. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. Baltimore, v. 48, n. 5, p. 533-553, 2006.

LOEPPKE, R.; HYMEL, P. Health and productivity enhancement. *In*: MOSER JÚNIOR, R (ed.). **Effective Management of Health and Safety Programs: a practical guide**. 3rd ed. Beverly: OEM Press, 2008. p. 225-243.

LYNCH, W. et al.. Factors affecting the frequency of value-focused health activities and policies by employers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v. 46, n.11, p. 1103-1114, 2004.

MANUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO SISTEMA UNIMED DO BRASIL. **Realinhamento das Ações de Promoção à Saúde e de Prevenção de Riscos e Doenças**. São Paulo: Unimed, 2013.

MANUAL MASPR. **Comitê de Atenção à Saúde do Estado do Paraná**. Programa de Gerenciamento de Crônicos. Curitiba, 2012.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 9-18, jan./abr. 2008.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDITRONIC. **Focus on value-based healthcare increases worldwide**. 2016.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na administração: estruturação e recomendações para sua condução. **Production**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 216-229, jan./abr. 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132007000100015>.

NATIONAL HEALTH COUNCIL. **The Patient Voice in Value: The National Health Council Patient-Centered Value Model Rubric**. Washington, DC, 2016. Disponível em: https://nationalhealthcouncil.org/wp-content/uploads/2019/12/NHC_on_PartB_Drug_Payment_Model.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

PAIM J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, v. 1, 2018. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

PRESTES, A. R. **Introdução ao conceito de inteligência competitiva em hospitais de Caxias do Sul**. 2013. Tese (Mestrado em Administração) – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2013.

PORTER, M. E. **Redefining health care: creating value-based competition on results**, 2005.

PORTER, M. E. **Saúde com base em valor: uma avaliação global**, Resumo executivo. The Economist Intelligence Unit Limited, 2016.

PORTER, M. E. **Value Based Health Care Delivery: Strategy For Health Care Leaders**. Harvard: Institute For Strategy & Competitiveness, 2017.

PORTER, M. E. **Value Based Health Care Delivery: welcome and introduction**, 2014. Disponível em: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/2011.06.20_FINAL_CJS_UK_Lecture%201_Introduction_b5ddd3f3-964a-4080-94c9-8fcc39975bd2.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

PORTER, M. E.; LEE, T. H. The strategy that will fix health care. **Harvard Business Review**, Boston, v. 91, n. 10, p. 50–70, Oct. 2013.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Redefining Health Care**. 2006. Disponível em: https://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

PORTER, M. E. **T Value-Based Health Care Delivery: outcomes measurement**, 2012.

PORTER, M. E. **The Strategy to Transform Health Care and The Role of Outcome**, 2015.

RESENDE, J. F. B. Modelos de indicadores de desempenho empresarial: utilidade, usos e usuários. **Revista da Faculdade de Direito Milton Campos**, Belo Horizonte, v. 11, p. 217-235, 2004.

RUTHES, R. M.; FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. O. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 2, mar./abr. 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200023. Acesso em: Acesso em 28 fev. 2020.

SEVERO, A. S. et al. Gestão de custos assistenciais: um estudo de caso no setor de saúde. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 6., Niterói, 2010. **Anais...** Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T10_0234_1011_0.pdf. Acesso em: Acesso em: 28 fev. 2020.

SILVA, A. A. da. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre: [Silo], 2003. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf. Acesso em: 28 fev. 2020.

TAMARA, R.; BARRETO, M.; CUNHA, I. **Modelos de gestão em saúde**: novas tendências, responsabilidades e desafios. São Paulo: Convibra, 2013.

THORPE, K. Factors accounting for the rise in health-care spending in the United States: the role of rising disease prevalence and treatment intensity. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 120, p. 1002-1007, 2006.

UNIMED DE PARANAÍ. **Somos a maior cooperativa de saúde do mundo**. Paranaíba, c. 2019. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/paranaiba/unimed>. Acesso em: 10 fev. 2019.

UNIMED DE PARANAÍ. **Pesquisa de satisfação 2018**. Paranaíba, c. 2018.

UNIMED DE PARANAÍ. **Impacto na sinistralidade**. Paranaíba, c. 2018.

UNIMED DE PARANAÍ. **Indicadores financeiros AD**. Paranaíba, c. 2018.

UNIMED DE PARANAÍ. **Modelo de Gestão de Atenção à saúde**. Paranaíba, c. 2018.

UNIMED DE PARANAÍ. **Indicadores Clínicos**. Paranaíba, c. 2018.

UNIMED. **Realinhamento das ações desenvolvidas pelas singulares nas áreas de promoção à saúde e de prevenção de riscos e doenças**. São Paulo, 2017.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, Bradford, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento de métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANELLI, J. C. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Estudos da Psicologia**, Campinas, SP, n. 7, p. 79-88, 2002.