



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO**

FRANCINI CAROLINI MARTINS VENDRUSCOLO

**OFERTA E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE:
elaboração da cadeia de valor para uma Cooperativa Médica de Chapecó-SC**

**CHAPECÓ
2019**

FRANCINI CAROLINI MARTINS VENDRUSCOLO

**OFERTA E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE:
elaboração da cadeia de valor para uma Cooperativa Médica de Chapecó-SC**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado como requisito para obtenção de grau
de Bacharel em Administração da Universidade
Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Dr Darlan Christiano Kroth

CHAPECÓ

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Vendruscolo, Francini Carolini Martins
OFERTA E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DA
SAÚDE: elaboração da cadeia de valor para uma
Cooperativa Médica de Chapecó-SC / Francini Carolini
Martins Vendruscolo. -- 2019.
97 f.:il.

Orientador: Doutor Darlan Christiano Kroth.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Administração, Chapecó, SC , 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cadeia de Valor. 3.
Enfoque na Diferenciação. 4. Saúde Privada. 5.
Cooperativa. I. Kroth, Darlan Christiano, orient. II.
Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

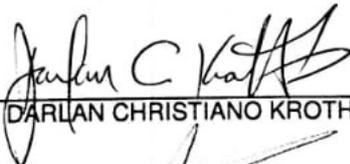
FRANCINI CAROLINI MARTINS VENDRUSCOLO

Oferta e gestão dos serviços de atenção primária da saúde: elaboração da cadeia de valor para uma Cooperativa Médica de Chapecó - SC

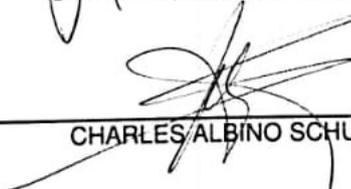
Trabalho de Conclusão do Curso de Administração apresentado como requisito para a obtenção de grau de Bacharelado em Administração da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS.

Orientador (a) Prof.(a) **DARLAN CHRISTIANO KROTH** – UFFS

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca na data de:
25 de Junho de 2019.



DARLAN CHRISTIANO KROTH – Doutor



CHARLES ALBINO SCHULTZ – Mestre



FABIANO GEREMIA – Doutor

AGRADECIMENTOS

Não tem como chegar neste final da graduação e não lembrar o quão difícil foi o processo de ingresso. Os desafios começaram ainda lá atrás, com apenas 17 anos e um filho nos braços para prover seu sustento. A luta sempre constante me mostrou que desistir nunca era uma opção e que querer voar alto fazia parte da minha liberdade. Yann obrigada por me trazer à vida e me dar o senso da responsabilidade, me ensinar a ser mãe, além de me mostrar o que é o verdadeiro amor. És o meu primeiro amor.

O tempo foi o melhor remédio para o meu crescimento e amadurecimento. E lá estava eu com 32 anos ingressando na nossa querida UFFS, em uma turma com pessoas tão diferentes umas das outras, e acabei fazendo amizades para vida, obrigada Daia por ser minha dupla fiel e por discutirmos opiniões e aceitarmos uma a outra; Duda por ser essa menina doce e que sempre estava disposta a ajudar; Simone por nos atualizar nas séries e livros, por ser sempre a CDF do nosso quarteto fantástico. Aos amigos Gabriel, Jean, Tainá e Natana da matrícula 1311, sempre compartilhando dos bons e maus momentos.

Durante estes seis anos, mais dois pequenos apareceram em minha vida, Lucca e Theo. Meus filhos desculpem os momentos de ausência, mas foram essenciais para que a mamãe de vocês pudesse se tornar a profissional que ela é hoje.

Ao meu melhor amigo, sócio, amante e amor da minha vida, meu Fe, aquele obrigada gigante por estar ao meu lado, me incentivar, colocar limites nas minhas loucuras, apimentar meus sonhos e ao meu lado buscarmos a cumplicidade e o melhor para a vida dos nosso filhos e da nossa família. Obrigada também pela paciência que tiveste em todos os momentos de loucura e brabeza, além de cuidar dos nossos 3 filhos durante minha ausência. Obrigada pelos momentos de pausa, com um bom vinho, queijo e uma série ou filme para poder espairecer e saber que existe vida lá fora. Acordar ao seu lado rumo ao mesmo objetivo é prova que estamos no caminho certo. Te amo muito!!!!

À tia Onélia que mesmo distante se fez presente, obrigada pelos puxões de orelha, pelo amor de mãe e pelo carinho de sempre. Te amo muito!

Aos meus sogros, Aloisi e Clair, obrigada pelo suporte, pelo amor e por me ensinar muito a cada dia. Vocês são grandes professores e especiais demais. Amo vocês como se fossem meus pais. Obrigada pela família que me deram, Xico, Helena, Cari, Paulo, Ana. Os finais de

semana com churrasco e vinho são sempre bons e as trocas que a gente realiza, me faz perceber a importância de cada um tem para mim!

À minha super amiga Hisabelle, companheira nas manhãs frias, um ombro amigo, de risada solta, sangue quente alemão igualzinho ao meu! Ahhh bendita prova de financeira e aquela noite chuvosa que fez a gente se aproximar. Quantas manhãs, tardes, noites e madrugadas de trabalho, só faltou literalmente dormir em minha casa! Aprendeu a amar meus pequenos como se fosse tia deles! Quantos sushis, chocolates, amendoim, salgadinhos e muito chimarrão!!! Que o presente da UFFS, a tua amizade, perpetue! Levo você comigo! Voa longe passarinho, Chapecó é muito pequeno para você! Te amo!!!

Aos professores e mestres, por nos repassar todo conhecimento dentro e fora de sala de aula, por nos inspirar e nos fazer colocar a mente para funcionar. Vocês foram primordiais para que eu pudesse crescer como pessoa e profissional!

Aos meus amigos da universidade, Cláudia, Géssica, Afonso, Tainara, que foram parceiros e engrandeceram as trocas de conhecimento durante as aulas, fora de sala de aula, trabalhos e viagens. Além dos cafés, das risadas e da conversa fiada, sérias ou não, me fizeram ver todas as nossas afinidades e diferenças de um modo muito especial.

Aos meus amigos de vida que entenderam minhas ausências. Muitos colaboraram de alguma forma, cuidando dos pequenos, com palavras de incentivo, uma boa taça de vinho e risadas soltas, vocês estão no meu coração.

Ao meu orientador Darlan, por ter aceitado o desafio e me desafiar quando é necessário. Obrigada pela ajuda e paciência, pois sem teus ponderamentos não teria chegado até aqui!

E por fim, mas não menos importante, agradeço à Cooperativa Médica, que me permitiu realizar o TCC, por dedicarem o seu tempo precioso e enriquecerem com detalhes o meu trabalho, e serem todos tão receptivos e unidos no mesmo objetivo, que é fazer a empresa crescer focada no cliente.

“Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista dos seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa por ser a vitoriosa.”

Albert Einstein

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde passa por transformações significativas no que tange a saúde privada, e é de suma importância para promover a saúde do usuário, com foco central no paciente e para a sustentabilidade dos planos de saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao perceber a evolução da atenção básica nestes 30 anos de SUS, vêm construindo formas de implementação e certificação de unidades privadas de saúde que visam oferecer o serviço. Com a pretensão de atender ao objetivo geral realizou-se uma pesquisa de natureza aplicada, com relação à abordagem, tem caráter qualitativo e exploratório, classificada quanto as fins como descritiva e explicativa, além de ser do tipo bibliográfica. A coleta dos dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas, todas presenciais, através de uma amostra obtida por conveniência. Para responder ao objetivo geral fez-se necessário que todos os objetivos específicos fossem atendidos, através do conhecimento das atividades realizadas em uma unidade básica de saúde por meio de visita; do levantamento de dados, visões e informações coletados mediante as entrevistas e visita à cooperativa e núcleo de atendimento; da produção de uma cadeia de atividades do serviço e da cadeia de valor do núcleo. Os resultados obtidos ao concluir a pesquisa evidenciam e ampliam o conhecimento sobre o diferencial oferecido pela cooperativa, por tratar-se de um serviço novo, em fase de desenvolvimento, repleto de potencialidades e fragilidades, com enfoque em diferenciação, recorrendo a uma gestão participativa e atuante. Porém necessita-se de algumas melhorias, que pelo estudo demonstraram-se ser prioridade para que seja possível a obtenção da certificação plena em APS.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Cadeia de Valor. Enfoque na Diferenciação. Saúde Privada. Cooperativa.

ABSTRACT

Primary health care undergoes significant transformations with respect to private health, physical health and health of health users. ANS (National Agency of Supplementary Health) has a series of fundamental tasks that cover the 30 years of the SUS, the execution and certification of private healthcare units that aim to offer service. With a pretension to respond to research of an applied nature, with respect to the approach, it has a qualitative and exploratory character, it is framed like descriptive and explanatory targets, besides being of the bibliographical type. The data collection was done by means of a semi-complete reading, all the answers, through a sample obtained by convenience. The response was knowledgeable in the knowledge of human health clients through the knowledge of activities; the collection of data, visions and bases through the interview and the visit to the cooperative and the service nucleus; the production of a chain of service activities and the core value chain. The results obtained when doing a research of evidences and extension of the knowledge about the cooperation program, because it is a new service, in a phase of development, full of potentialities and fragilities, with focus on differentiation, resorting to participatory participation and active. The truth is that it is necessary, for this reason, to be a priority so that full PHC attention can be obtained.

Key words: Primary health care. Value chain. Focus on differentiation. Private health. Cooperative.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Cooperativas de Saúde por Tipo

Tabela 02 – Cooperativa de Trabalho e de Saúde por Unidade da Federação

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Modelo de pirâmide de hierarquização e regionalização do SUS

Figura 02 – Modelo de Gestão das cooperativas e seus componentes

Figura 03 – Ciclo da Eficácia Organizacional

Figura 04 – A empresa e seus ambientes

Figura 05 – Iniciativas de Atenção Primária à Saúde do Sistema Unimed

Figura 06 – Atributos essenciais da APS

Figura 07 – As cinco forças de Porter

Figura 08 – Atividades primárias e de apoio

Figura 09 – 08 princípios da competição baseada em valor

Figura 10 – Cadeia de Valor

Figura 11 – Mapa dos Bairros sob responsabilidade do CSF

Figura 12 – Legenda dos marcadores colocados sobre o mapa

Figura 13 – Lista de Demanda espontânea

Figura 14 – Cadeia de valor da APS da cooperativa

Figura 15 – Cadeia de valor do NAPS

Figura 16 – Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

Figura 17 – Níveis de certificação da ANS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Total de Vidas por Plano

Gráfico 02 – Total de Vidas por Faixa Etária

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Demonstrativo total de artigos seguindo critérios de seleção

Quadro 02 – Critérios de avaliação de acessibilidade

Quadro 03 – Tendências do ambiente de trabalho atual

Quadro 04 – Competências dos novos gestores

Quadro 05 – As Cinco Forças, Suas Características e o que Analisar

Quadro 06 – Categorias das atividades primárias

Quadro 07 – Categorias das atividades de apoio

Quadro 08 – Entrevistado x Codinome

Quadro 09 – Profissionais instalados na Unidade Básica de Saúde X

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS – Atenção Primária à Saúde

B2B – *Business-to-business*

BSC – *Balanced Scorecard*

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CSF – Centro de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

ICOS – Instituto Coalizão Saúde

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

OCB – Organização das Cooperativas do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UNIMED – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 ObjetivosEspecífico	18
1.2 JUSTIFICATIVA	18
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 REVISÃO SISTEMÁTICA	21
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23
2.3 GESTÃO DE COOPERATIVAS	29
2.3.1 Cooperativismo na área da saúde	32
2.4 GESTÃO DA SAÚDE	35
2.4.1 Gestão dos Serviços em Saúde	36
2.4.2 Gestão de Pessoas em Saúde	37
2.4.3 Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde	40
2.4.4 Gestão da saúde Privada	43
2.5 CADEIA DE VALOR	46
2.4.1 Cadeia de Valor da Saúde	52
3 METODOLOGIA	58
3.1 TIPO DE PESQUISA	58
3.2 UNIDADE DE ANÁLISE OBSERVACIONAL	59
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	60
3.4 PLANO DE COLETA DE DADOS	61
3.5 PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	61
3.6 LIMITAÇÕES	62
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	63
4.1 APRESENTAÇÃO DA UBS DO MUNICÍPIO	64

4.2 CADEIA DE ATIVIDADES DA APS DA COOPERATIVA _____	69
4.3 CADEIA DE VALOR DA APS _____	76
4.4 ANÁLISE DA VANTAGEM COMPETITIVA DA APS DA COOPERATIVA _____	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	87
REFERÊNCIAS _____	89
APÊNDICE A - ENTREVISTA ABERTA _____	94

1 INTRODUÇÃO

O mercado de planos de saúde privado vem crescendo muito no Brasil nos últimos anos (ANS, 2018). Este crescimento é determinado principalmente pela restrição de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que sofre com o subfinanciamento, e, portanto, possui dificuldades para garantir seus pilares baseados na universalização (atendimento para todos os cidadãos brasileiros) e na integralidade (oferta de todos os serviços de saúde) (OCKE-REIS, 2009). Este aumento na demanda no setor privado vem possibilitando ganhos de escala nos atendimentos, principalmente de média complexidade e exames, contribuindo para ampliação da rentabilidade do setor (maior receita por um lado e redução de custos por outro).

Por outro lado, verifica-se que o país vem convivendo com o fenômeno da transição demográfica (maior parcela da população em idades acima dos 50 anos) o que implica mudança na demanda por saúde, tendo em vista que o perfil epidemiológico muda com o aumento médio da idade da população. Este novo perfil epidemiológico demanda serviços de média e alta complexidade, que são muito mais caros, se comparados, com o perfil epidemiológico de 20 anos atrás. Tais serviços também pressionam por maior utilização de equipamentos tecnológicos de ponta, os quais possuem custos crescentes em uma escala geométrica (FOLHA, 2018).

Ao tratar desta mudança do aumento médio da idade da população, que necessitará de maiores cuidados em um futuro próximo, Carvalho *apud* Bosa (2018), consultor da Federação Brasileira de Hospitais, apresenta dados entre 2010 e 2018, que demonstram o encerramento das atividades por parte de 430 hospitais, reduzindo 31 mil leitos. Este fenômeno retrata que o Brasil está longe do que preconiza a OMS, que a média é de 3 leitos a cada 1000 habitantes, contrapondo os 2 leitos a cada 1000 habitantes no país.

Atento a essas mudanças estruturais que levam ao aumento dos custos médico-hospitalares, o setor de saúde privado vem incorporando mudanças comportamental, na forma de tratar a saúde dos pacientes (promover a saúde e não mais tratar a doença); e, organizacional, no sentido de prover serviços mais adequados a esta visão, como a ênfase para a oferta de serviços de saúde atreladas a Atenção Primária da Saúde (APS).

Segundo Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a APS consiste na principal porta de entrada resolutiva do sistema de saúde, pois é neste momento que ocorre o contato entre as pessoas e os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece

atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p. 28)

Conforme o Ministério da Saúde (MS) Brasil (1997), a APS trata a maior parte das demandas, e tenta ter uma resolutividade de pelo menos 80%, encaminhando de forma mais qualificada para os especialistas, entre 5% e 20% dos casos. Nestes termos, além de maior resolutividade, a APS possibilita redução significativa dos custos de saúde, sendo considerado portanto, um modelo assistencial eficiente.

Deve-se destacar que o SUS possui sua ênfase no modelo de APS e tem na Estratégia da Saúde da Família (ESF), criado em 1994, como o principal elemento de desenvolvimento da APS no Brasil, contando com as Equipes Multidisciplinares de Saúde da Família, compostas por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes de saúde, habilitadas para desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação, conforme define BRASIL (1997). Apesar de ser referência mundial e possuir resultados positivos na saúde da população, a ESF encontra-se estagnada nos últimos anos, principalmente em cidades médias e grandes, onde a média de abrangência da população atinge 65% (FOLHA, 2018).

Neste cenário, observa-se que o setor privado de saúde brasileiro vem analisando e introduzindo práticas de APS em seu modelo assistencial. Uma forte iniciativa nesta área, é o lançamento pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Programa de Certificação de Boas Práticas de APS em 2018 (RN ANS n. 440/2018) que visa acreditar empresas que oferecem tais serviços, visando a padronização e o aumento da qualidade dos serviços. Deve-se destacar porém que, a oferta de APS no setor privado encontra algumas limitações, pela própria característica da APS que está muito alinhada com demais políticas públicas, e portanto, possui maior capilaridade no sistema de saúde, que fazem que o setor público seja mais eficiente na sua prestação.

Em acordo com esta conjuntura, a região Oeste Catarinense possui uma Cooperativa Médica que decidiu agregar ao seu Plano de Saúde, os serviços de APS. Atualmente, o Plano da Cooperativa possui abrangência municipal e contempla cerca de 3.200 usuários. Segundo a COOPERATIVA, a oferta de APS ainda não se efetivou em sua plenitude, observando várias restrições em sua operacionalização, decorrentes sobremaneira de falta (ou falha) na gestão do serviço.

Neste contexto surge a necessidade de avaliar como são oferecidos os serviços de APS na Cooperativa Médica e apresentar propostas de melhoria na gestão do serviço, principalmente

em termos de estratégia para essa atividade. Com o intuito de conhecer a fundo a gestão da APS na Cooperativa Médica busca-se responder o seguinte problema de pesquisa: **Como é realizada a oferta (produção) e a gestão da atenção primária à saúde (APS) em uma cooperativa médica de saúde do oeste catarinense?**

1.1 OBJETIVOS

Assim como destaca Vergara (2012, p.18), “Se o problema é uma questão a investigar, o objetivo é um resultado a alcançar”, neste sentido, o objetivo principal ou geral, busca a resposta para o problema de pesquisa, já os objetivos específicos ou intermediários, são aqueles que dependem do alcance do objetivo final. Estes formam um caminho pelo qual se deve percorrer para responder o problema de pesquisa.

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a oferta e a gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma Cooperativa Médica de saúde do oeste catarinense.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar os principais elementos que caracterizam a Atenção Primária à Saúde (APS) e suas peculiaridades para o setor privado;
- b) Mapear a oferta do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) da Cooperativa Médica;
- c) Identificar as possíveis fragilidades e potencialidades no processo de gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) da Cooperativa Médica;
- d) Elaborar a cadeia de valor da saúde envolvendo inovação e conhecimento, produtos e serviços, financeiro e de informação.

1.2 JUSTIFICATIVA

As mudanças estruturais que o setor de saúde brasileiro vem passando, como transição demográfica e custos crescentes da tecnologia médico-hospitalar, vem estimulando que o setor privado de saúde adote práticas para garantir sua sustentabilidade. Uma delas, é a

implementação do modelo assistencial de APS. A busca pela APS decorre de sua capacidade de tornar o modelo mais eficiente, pois ao focar na prevenção e na promoção de saúde, permite maior resolutividade e portanto, menor custo.

A introdução da APS no setor privado possui grandes desafios, pois por um lado o setor privado é centrado no modelo médico-hospitalar (que trata da doença) e por outro lado a APS possui características mais alinhadas com o setor público, como a relação intrínseca com outras políticas públicas, que favorecem a adoção de práticas preventivas e de promoção à saúde. Nestes termos, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde preconizam que a APS seja oferecida a todos e em todos os serviços de saúde. Sendo assim, é necessária uma gestão que atue de forma transparente, com competências essenciais, centrada no paciente, prevendo mudanças, controlando e medindo os resultados.

No âmbito da Administração de Empresas, podem ser elencados dois aspectos para auxiliar a superar esses desafios: a mudança organizacional e a mudança cultural. A mudança organizacional refere-se a forma de prestar o serviço, exigindo nova postura dos administradores, novas habilidades dos colaboradores e novas tecnologias para a prestação do serviço; já a mudança cultural compreende o comportamento e os valores da organização em termos de assumir uma nova forma de ver e fazer o negócio da organização. Tais mudanças somente se efetivam com sucesso, a medida que a organização possui uma estratégia bem definida.

Considerando esse contexto, verifica-se que o estudo da oferta de APS por uma Cooperativa Médica agrega vários fatores positivos. O primeiro refere-se ao estudo de uma cooperativa, foco do curso de Administração da UFFS. O segundo fator decorre da possibilidade de vislumbrar a implementação de um serviço novo para a Cooperativa e para o setor de saúde brasileiro como um todo, que é a APS. Nestes termos, pode-se considerar que o estudo é inovador e tem grande potencial de servir como referência no meio acadêmico. Um terceiro elemento, decorre que a oferta de APS é considerada um grande nicho de mercado para a Cooperativa e desta forma, a análise do serviço, pode contribuir para alinhar a estratégia da Cooperativa e viabilizar de forma mais adequada e competitiva essa atividade. Por fim, pode-se considerar que a aplicação da ferramenta de cadeia de valor de Porter (1999) para a construção de estratégias para a cooperativa, se constitui no modelo promissor para explorar o elemento da diferenciação do produto, e portanto agregação de valor ao serviço da APS, e não apenas a redução simplista dos custos.

Com base em Starfield (2002) quer-se buscar caminhos para demonstrar a importância da Atenção Primária à Saúde, que vai além das unidades básicas de saúde do SUS,

transportando seu valor para o setor privado, com toda sua eficiência e amplitude, na forma de atendimento, serviços, produtos, gestão, reduzindo custos e reescrevendo a forma de ver, promover e cuidar da saúde.

Neste sentido, por ter-se conseguido acesso suficiente para coletar os dados, entrevistar as pessoas, analisar os documentos e observar o ambiente (YIN, 2010), acredita-se que a escolha desta cooperativa para realizar o estudo trará conhecimento prático para os acadêmicos, pois é um trabalho que traz premissas inovadoras com relação a este projeto piloto na APS no setor privado e a forma como é gerido. Também poderá trazer situações ainda desconhecidas pelos gestores da unidade, favorecendo no futuro a prevenção e antecedência de ações através de planos de ação e contingência.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

O Trabalho de Conclusão de Curso traz a temática da gestão da Atenção Primária à Saúde e está estruturado da seguinte forma: Introdução, neste ponto é realizado um apanhado geral do tema proposto, e está dividido em Objetivos (geral e específicos), Justificativa e Estrutura do Trabalho; logo em seguida apresenta-se a Fundamentação Teórica, que explana a Atenção Primária à Saúde; a Gestão de cooperativas e o Cooperativismo na área da saúde; a Gestão da Saúde, incluindo Gestão dos serviços em Saúde, Gestão de Pessoas em Saúde, Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde e a Gestão da Saúde Privada; a Cadeia de Valor e a Cadeia de Valor da Saúde; na sequência a Metodologia aborda o Tipo de Pesquisa, a Unidade de Análise, Os Sujeitos da Pesquisa, o Plano de Coleta de Dados, Plano de Análise dos Dados, Limitações; Análise e Discussão dos Resultados, ; Considerações Finais e por fim as Referências utilizadas durante este projeto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo apresentam-se os conceitos, ideias e conhecimentos resgatados da literatura consultada, expondo a visão dos autores sobre as temáticas da Atenção Primária à Saúde; a Gestão de cooperativas e o Cooperativismo na área da saúde; a Gestão da Saúde, incluindo Gestão dos serviços em Saúde, Gestão de Pessoas em Saúde, Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde e a Gestão da Saúde Privada; Por fim, tem-se a exposição da teoria da cadeia de valor de Porter (1999) e a Cadeia de Valor da Saúde, que servem como a ferramenta da análise deste estudo.

Para a realização da fundamentação teórica, foi efetuada a revisão sistemática ou integrativa, que consiste em um método para reunir conhecimento e incorporar a aplicação dos resultados de estudos significativos na prática. Souza, Dias e Carvalho (2010) afirmam que com o aumento constante e profundo de informações ligadas à área da saúde, tornou-se indispensável o desenvolvimento de técnicas, no que diz respeito a pesquisas científicas, capazes de propor passos metodológicos mais sucintos e de garantir, aos estudantes, pesquisadores e cientistas, melhor emprego dos indicadores encontrados nos diversos artigos, livros e revistas.

Vasconcelos *et al.* (2018) afirma que a revisão integrativa é um método que proporciona a compilação, análise e síntese de produções científicas sobre uma determinada temática que se deseja estudar.

2.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

Procurando apresentar respaldo para a construção do referencial teórico do Trabalho de Conclusão de Curso, fez-se necessário levantar os artigos já produzidos na mesma temática que se encontram no portal de periódicos da CAPES. Utilizou-se deste portal haja vista a quantidade de artigos em sua base de dados. Através do Quadro 01 pode-se perceber a escolha dos temas, e para a seleção final dos artigos levou-se em conta alguns critérios, primeiro fez-se um apanhado geral, neste caso, todos os artigos que incluíam quaisquer dos termos, depois os revisados em pares e que estivessem na janela temporal entre os anos de 2009 à 2018, apenas no idioma português, e que estivessem disponíveis na íntegra.

Recorreu-se aos seguintes cruzamentos na base de dados que contenham exatos Atenção Primária à Saúde, Gestão da Saúde Privada, Atenção Primária à Saúde and rede particular, Atenção Primária à Saúde and hospital particular.

Foram excluídos os artigos segundo os critérios que não possuíam o texto na sua integralidade, artigos duplicados, e os artigos que não atendem a temática estudada.

Conforme apresentado no Quadro 01 se percebe que o total de artigos revisados por pares sob a ótica de todos os temas totalizou 703 artigos, porém para produzir a revisão sistemática serão empregados apenas 03, visto que foram utilizados os critérios de exclusão e realizado a leitura destes, para averiguar se atendiam à premissa do Trabalho de Conclusão de Curso.

Quadro 01 – Demonstrativo total de artigos seguindo critérios de seleção

Palavras Chaves	Total de artigos sem critérios	Revisado por pares	Ano 2009 2018	Idioma Português	Total de artigos selecionados
Atenção Primária à Saúde	697	441	352	280	3
Gestão da Saúde Privada	0	0	0	0	0
Atenção Primária à Saúde and rede particular	6	3	2	2	0
Atenção Primária à saúde and hospital particular	0	0	0	0	0
Total	703	444	354	282	3

Fonte: Elaborado pela autora (2018)

Ao terminar a pesquisa dos temas Gestão da Saúde Privada, Atenção Primária à Saúde e rede particular, Atenção Primária à Saúde e hospital particular, verificou-se que não há conteúdos publicados no portal de periódicos CAPES.

Dentre os artigos selecionados sobre a temática da Atenção Primária à Saúde identificou-se que todos os trabalhos abordam de forma muito similar a importância da APS em todos os tipos de serviços de saúde. Para melhor compreensão destes assuntos, os três artigos selecionados serão abordados sob a ótica de uma única temática, a Atenção Primária à Saúde. A seguir será elucidado os trabalhos selecionados.

Aguiar e Martins (2012) explanam os atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária à Saúde, por meio da contextualização histórica da APS, suas visões centradas no ser humano, e apresentam uma organização de critérios a fim de qualificar a Atenção Primária considerando seus atributos essenciais e especificando os aspectos qualificadores do sistema.

A fim de corroborar com sua apresentação, Aguiar e Martins (2012) dissertaram sobre o olhar da americana Barbara Starfield, que é a precursora da Atenção Primária nos Estados Unidos e serve de aporte aos estudiosos da área.

Silva (2017) expõe sobre os desafios do financiamento da APS a partir de revisão integrativa, contemplando um total de 15 autores e suas premissas com relação ao tema em questão, por fim identificou-se inúmeros impedimentos no financiamento de políticas que

consolida a APS, salientando que as transferências e a destinação de capital devem ter mais critérios e serem mais cautelosas. O autor destaca que a falta de verbas, a falta de parâmetros com relação aos repasses governamentais e a ineficiência de uma gestão mais assertiva são alguns dos problemas enfrentados pelo financiamento do setor. Outro ponto destacado é o uso incorreto de verbas que deveriam ser utilizadas na APS e são transferidas para segmentos de alta complexidade.

Portela (2017) apresenta a Atenção Primária à Saúde a partir de um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais, destacando que a APS precisa ser assimilada em sua integralidade para se obter uma maior efetividade e igualdade no atendimento aos indivíduos. O autor contesta que neste caso a teoria se difere das práticas adotadas, tal fato modifica a visão e deturpa o significado da APS, contudo, há uma mudança significativa internacionalmente que permite a readaptação conforme a realidade local seja privada ou pública. O estudo do autor indica pesquisas sobre novos serviços de saúde que atuam dentro das premissas preconizadas pela APS.

Considerando a importância da APS no país e no mundo, pode-se destacar que, conforme a revisão, os autores entram em consenso quando avaliam os atributos da APS, porém ainda há de se produzir materiais complementares e investigativos na área, para avaliar o impacto, visto que operadoras de serviços de saúde privados estão modificando suas visões implantando a APS em suas unidades.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O início da Atenção Primária à Saúde (APS) e a demonstração de sua importância originou-se em 1920, no Reino Unido, através de seu Ministro da Saúde, que explanou sobre o tema por meio do texto oficial, conforme consta no Relatório Intercalar sobre a Prestação Futura de Serviços Médicos e Afins (Lord Dawson of Penn):

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MINISTRY OF HEALTH, 1920)

Registros demonstram que após 1920 houve uma abordagem de forma mais incisiva, colocando a APS como diretriz para políticas públicas. Os marcos desta maior ênfase são as conferências de Alma-Ata, realizada na cidade com mesmo nome; no Cazaquistão (ex-União Soviética) em 1978 (OMS, 1978) e de Ottawa (Canadá) em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, conforme a Carta de Ottawa, em Saúde (novembro de 1986).

Em Alma-Ata, definiu-se a APS como:

Integra um sistema de saúde componente deste e de outros setores, cuja interação contribui para a saúde. Subdivide-se o sistema em diversos níveis, o primeiro dos quais é o ponto de contato entre o indivíduo e os serviços, vale dizer, o ponto em que são dispensados os cuidados primários de saúde. A prestação de serviços, embora varie de uma nação e de uma comunidade para outra, incluirá pelo menos: promoção da nutrição apropriada e provisão adequada de água de boa qualidade; saneamento básico; atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns. Os demais níveis do sistema de saúde prestam serviços mais especializados cuja complexidade aumenta na razão direta de sua maior centralização. (OMS, 1978, p. 44)

Após Alma-Ata aconteceram discussões que levantaram as evoluções nos cuidados primários e a nova saúde pública. Como resposta a estas, a Conferência de 1986 trouxe como tema principal a promoção da saúde, bem como sua importância direta na APS compartilhando de igual entendimento manifestado em Alma Ata.

A Carta de Ottawa (1986, p. 1) define Promoção da Saúde como sendo:

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Desta forma pode-se dizer que não é exclusivo à área da saúde sua promoção, pois tem-se o estilo de vida e o bem-estar que também a influenciam, e deve-se ter saúde para poder aproveitar a vida e não como um objeto para tal. Ela depende de políticas públicas e privadas, legislação, mudanças institucionais que trabalhem de forma conjunta a fim de contribuir com atendimentos de bens e serviços mais seguros e saudáveis (BRASIL, 1986).

As ideias defendidas em Alma-Ata e Ottawa demonstram que a promoção de saúde é o meio mais adequado para evitar que a população adoça, pois consegue antever os problemas de saúde, sendo que a APS é o modelo assistencial que melhor contribui para obter promoção da saúde. Apesar de sua importância, ainda carece melhorar a formação dos profissionais de saúde. De acordo com Pinheiro *apud* Collucci (2018) “[...] faltam profissionais capacitados na

ponta (atenção primária). Há muitos encaminhamentos equivocados, excesso de medicalização e pedidos desnecessários de exames”. Estes recém-formados devem ter conhecimento mais aprofundado nos cuidados aos idosos, por exemplo, visto que a população nacional acima de 60 anos deve crescer até 2030 de 14,3% em 2018, para 18% (41,5 milhões) do total da população, se tornando maior que a faixa que compreende de zero a 14 anos, que em 2030 ficará com aproximadamente 39,2 milhões de pessoas, conforme defende Collucci (2018).

Ainda se tratando dos idosos, o superintendente do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), Carneiro *apud* Collucci (2018), afirma que é preciso mudar o foco para se obter a sustentabilidade do setor da saúde, que hoje está diretamente ligado à especialistas e hospitais, para a promoção da saúde e apoio contínuo na APS através de acompanhamento contínuo de médicos e profissionais da saúde, com foco no indivíduo e não na doença, por meio de políticas regulamentadoras e metas envolvendo os setores públicos e privados.

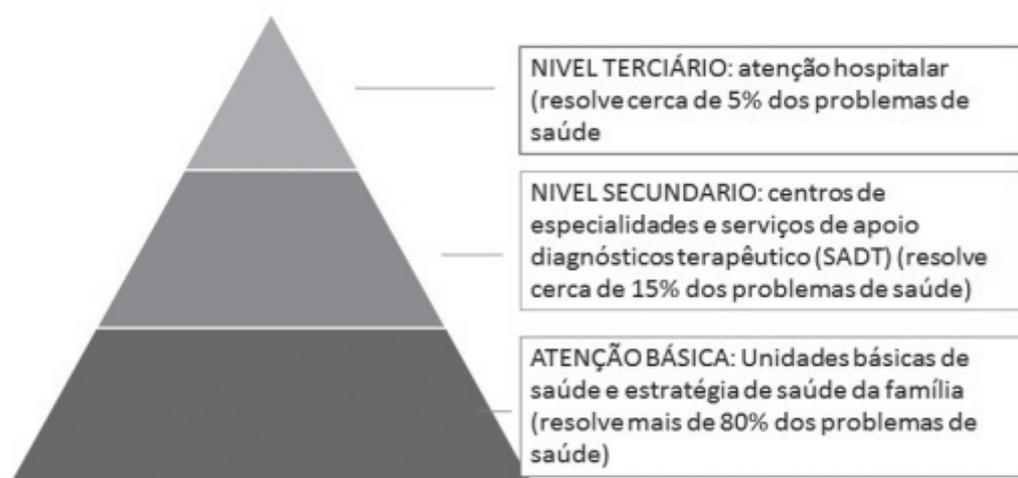
No que diz respeito às políticas regulamentadoras, Ermel *et al.* (2011, p.1901) infere que:

A regulação da atenção à saúde tem como objetivo a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

O modelo de APS é defendido principalmente pela sua capacidade resolutiva. Conforme exposto na Figura 01, a APS possui uma resolutividade de pelo menos 80%, com encaminhamento a especialistas apenas quando necessário e em casos mais graves, resultando assim em diminuição de filas, evitando o reagendamento de consultas e aumentando o vínculo entre equipe multidisciplinar e paciente.

Destaca-se que ao referir-se à palavra vínculo, repetidamente, há uma importância muitas vezes não reconhecida por ser usada de forma banal, rotineiramente confunde-se vínculo a um contato que ocorre durante uma consulta rápida, um encontro ou até mesmo em visitas domiciliares. Entretanto, equipes de saúde e usuários da APS ressaltam que este contato/vínculo estabelecido favorece a confiança, a autonomia, responsabilidade e a longitudinalidade do cuidado (BARBOSA; BOSI, 2017).

Figura 01 – Modelo de pirâmide de hierarquização e regionalização do SUS



Fonte: Mendes *apud* Gonçalves (2014)

Conforme Portela (2017), a longitudinalidade, que refere-se ao acompanhamento do usuário ao longo do tempo, aliado com a integralidade, coordenação e o acesso dentro do sistema de saúde, formam as características essenciais da APS.

Com relação ao acesso, a APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, pois é o espaço onde se faz o primeiro contato com usuário e a partir de sua condição de saúde pode-se encaminhá-lo para outros níveis de atenção. A acessibilidade, a qual é vinculada a APS, significa que o indivíduo pode buscar e utilizar o serviço sempre que tiver um problema, sendo de fácil acesso, e portanto, e espera-se um vínculo com a unidade ou profissional de saúde.

A partir do atendimento de um médico generalista (ou da família) é possível fazer um atendimento mais adequado à realidade do usuário, investigando as causas de um agravo de saúde e facilitando para a educação em saúde, que é o pilar da promoção da saúde. Em conformidade ao pensamento de Starfield (2002), vários estudos demonstram a importância do paciente consultar primeiramente um clínico geral, médico e/ou pediatra generalista, do que ir diretamente à um especialista, o que onera o sistema, sendo assim há um atendimento mais apropriado, com despesas menores, e resultados significativamente melhores. O acesso ao médico generalista ou da família é mais fácil, flexível e de forma otimizada o que contrapõe com a acessibilidade à marcação com especialistas, e o tempo de espera para isto.

A acessibilidade pode ser medida pelas barreiras geográficas (tempo de deslocamento até o local, disponibilidade de transportes públicos, distância da residência), número ideal de unidades e colaboradores para atendimento correto da população, financeiras (necessidade de pagamento antes de receber a consulta, o que pode criar um entrave para o acesso dos pacientes) e sócio organizacionais (preconceitos em relação à religião, cor, raça, opção sexual, deficiências visuais, auditivas e motoras e equipes preparadas para estas necessidades) (STARFIELD, 2002). Os critérios de avaliação de acessibilidade estão no Quadro 02.

Quadro 02 - Critérios de avaliação de acessibilidade

ACESSIBILIDADE	05 (cinco) critérios de avaliação
	Disponibilidade (satisfação nos serviços e conhecimentos da equipe)
	Acessibilidade (satisfação na distância entre casa e consultório, e as comodidades oferecidas, além de atendimento domiciliar)
	Comodidade (satisfação em relação ao tempo de espera para marcar uma consulta ou na sala de espera, possibilidades de horários e a possibilidade de falar com o médico fora o horário da consulta)
	Possibilidade de Pagamento ou custos acessíveis (satisfação em relação ao plano de saúde ou seguro-saúde, preço da consulta, e as taxas e formas de pagamento)
	Aceitabilidade (satisfação em relação a aparência do consultório, a vizinha e aos pacientes que frequentam o mesmo local)

Fonte: Adaptado de Starfield (2002).

Cabe salientar que deve-se prever políticas de acompanhamento das informações sobre o paciente após encaminhamento à especialistas e exames. Desta forma tem-se a entrada para o segundo atributo, a longitudinalidade.

Starfield (2002) refere-se a Longitudinalidade como o atributo que traz a regularidade ou frequência nos atendimentos ao longo do tempo, aumenta o vínculo e a confiança, e busca-se identificar a população que necessita de atendimento, salvo encaminhamentos e consultas previamente agendadas. “É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde” (STARFIELD, 2002), essa continuidade faz com que o indivíduo se sinta parte de “uma fonte de atenção” e a equipe multidisciplinar reconhece esse contato sendo “uma fonte habitual de atenção orientada para a pessoa (não para a doença)” admitindo que há um vínculo temporal (STARFIELD, 2002).

Alpert e Charney (1971) *apud* Starfield (2002) explanam “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não médicos.”

No atributo longitudinalidade, o ser humano é tratado como um todo e tem-se um conhecimento maior do paciente, o que permite levar em consideração os valores de cada indivíduo e as prioridades que os permeiam. Como resultado, há um diagnóstico mais efetivo sobre os agravos de saúde do indivíduo e uma melhor prescrição do tratamento, que por sua vez obtém-se melhor resolutividade a um custo menor. Com melhores diagnósticos e tratamentos, reduz-se a necessidade de internações e evita-se quantidade repetida de exames. Pelo lado do usuário, pode-se considerar ainda que, o acompanhamento por um mesmo profissional gera confiança, maior aderência ao tratamento e facilidade para a educação em saúde (Institute of Medicine, 1997 *apud* Starfield, 2002).

Destaca-se que na relação profissional de saúde-paciente pode ocorrer uma indiferença, que acarreta em uma insatisfação por parte do usuário do sistema, o que prejudica inclusive a obtenção de resultados melhores. Aqueles que têm a oportunidade de escolher/conviver com o seu médico, demonstram uma maior satisfação com a atenção primária, e a relação de confiança e respeito prevalecem.

Leopold *et al.* (1996) *apud* Starfield (2002, p.277) decorrem sobre o atributo Longitudinalidade

[...] seis aspectos da atenção que facilitariam o alcance de parcerias sustentadas, orientadas para a pessoa: enfoque na pessoa como um todo; conhecimento do médico sobre o paciente; atenção e empatia; confiança do paciente no médico; atenção adequadamente adaptada; e a participação do paciente e tomada de decisões compartilhada. Como apenas os dois primeiros aspectos são específicos da atenção primária, a abordagem para medição da longitudinalidade pessoal deveria enfatizar sua avaliação.

Este atributo sofre no alcance de bons resultados quando se trata de classes sociais mais baixas ou qualquer outra comunidade carente. Porém em um universo de atenção monitorada e de encaminhamentos quando se faz necessário, tem-se êxito na continuidade da longitudinalidade.

No tocante da Integralidade da atenção tem-se que esta exija que todo o atendimento preventivo, orgânico, ou social, seja oferecido e/ou encaminhado, caso demande um especialista, pela unidade ou pelo médico do serviço de saúde, e desta forma ter o acompanhamento total do paciente. “A integralidade exige que a atenção primária reconheça,

adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.” (STARFIELD, 2002, p. 314).

Starfield (2002) salienta que a integralidade deve envolver a especificação da pluralidade de serviços que estão disponíveis para a população observando as reais deficiências dos assistidos pelo sistema; deve relacionar problemas de um mesmo grupo e a frequência com que ocorre, o bom relacionamento pessoal faz com que este reconhecimento das necessidades seja facilitado. Na mesma linha, a autora fomenta que a integralidade depende do tempo e aos padrões atuais de atenção e as medidas específicas a serem tomadas, como encaminhamentos, dependem também da abrangência dos serviços realizados, assim como as taxas de encaminhamentos, que são específicas para cada unidade, justificando essa variação devido às necessidades de cada população.

Por fim, tem-se a Coordenação da Atenção, que refere-se a gestão da APS ou a integração de todos os serviços de saúde, através das pessoas e prontuários. Através da coordenação que se acolhe os problemas, que realiza os encaminhamentos e que se avalia os encaminhamentos realizados em consultas anteriores (STARFIELD, 2002). A coordenação envolve mecanismos de informação tais como, pessoas e sistemas de informação, sendo que seu desempenho relaciona-se ao conhecimento de quem e como atenderá os encaminhamentos. Está voltada para cada problema ou necessidade e não exige relação pessoal, é muito mais burocrática, através de pesquisas de profissionais, pacientes e auditorias quando necessário.

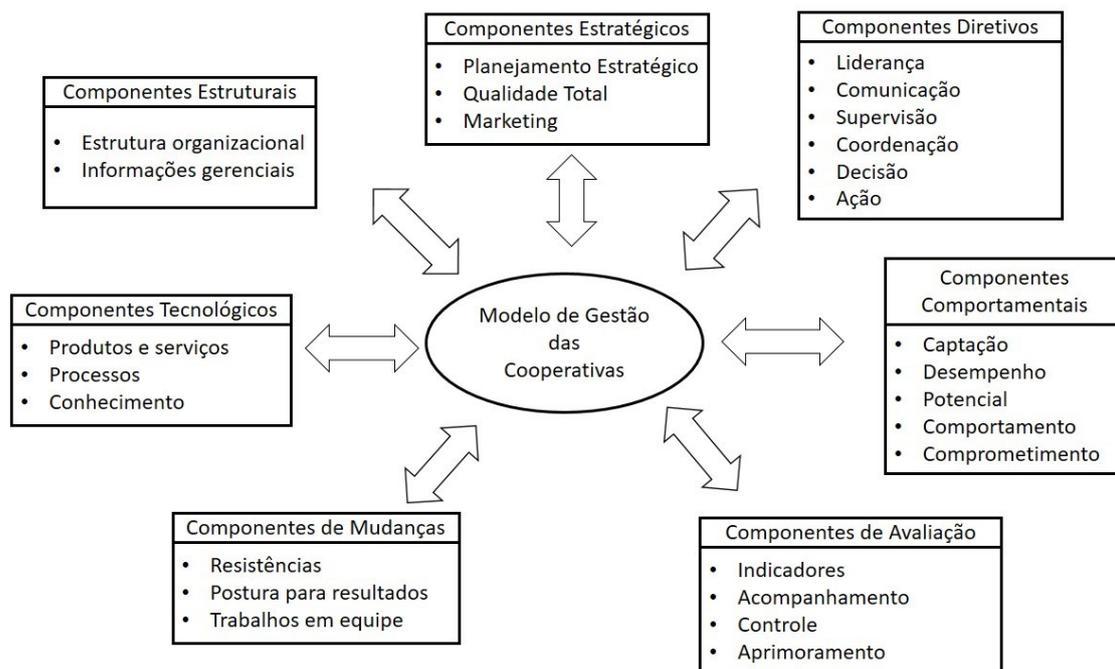
Starfield (2002) compartilha o comparativo entre a APS e ao serviço médico convencional, demonstrando que o enfoque dado pela atenção convencional é a doença e a cura, com trabalho assíduo nos tratamentos; atenção por episódios e nos problemas específicos; a organização se dá por meio de especialistas, médicos, e consultório individual; e a responsabilidade é apenas do setor de saúde, o domínio fica por conta do profissional, e a recepção é passiva. Enquanto a APS, o foco é a saúde, a prevenção, a atenção e a cura, trabalhando a promoção da saúde, atenção continuada e abrangente, com profissionais clínicos gerais, grupos e equipes multidisciplinares, com colaboração intersetorial, participação da família e comunidade, e a própria auto responsabilidade.

2.3 GESTÃO DE COOPERATIVAS

A gestão é um desafio encontrado em todas as organizações, inclusive nas cooperativas, o que implica na revisão constante das técnicas de administração. Para Oliveira (2011), o contexto atual econômico faz com que empresas desenvolvam novos modelos de

gestão a partir de suas especificidades com auxílio das mais diversas tecnologias. O autor (2011, p. 41) conceitua modelo de gestão como o “processo interativo de desenvolver e operacionalizar as atividades de planejamento, organização, direção e avaliação dos resultados da cooperativa.” (OLIVEIRA, 2011, p. 41). A Figura 02 demonstra como a gestão da cooperativa é proposta pelo autor.

Figura 02 - Modelo de Gestão das cooperativas e seus componentes



Fonte: Adaptado de OLIVEIRA, 2011, p. 42.

Conforme Moysés *et al.* (2006) a gestão das cooperativas está ligada diretamente a autogestão, isto significa que a tomada das decisões é realizada através das assembleias gerais dadas pelos próprios associados. Sendo importante para os gestores conhecer os princípios do cooperativismo e as diversas definições presentes dentro da história. Cordeiro & Dantas (2008, *apud* ROSSÉS *et al.*, 2011, p. 5) mostram a necessidade das cooperativas alinhar o uso da tecnologia com a gestão em prol de seus objetivos, alinhando com o mercado e as necessidades de condução das companhias.

O componente estratégico, conforme Oliveira (2011) enfatiza, é composto por três componentes, o primeiro destacado é o planejamento estratégico que compreende os métodos administrativos que a cooperativa vai seguir considerando fatores internos e externos; o segundo é a qualidade total como a capacidade de satisfação do cliente de acordo com as

especificações do produto; e o terceiro e último componente é o marketing que por sua vez é a relação das atividades organizacionais com as prospecções dos cooperados e do mercado.

Dentro dos componentes estruturais, Oliveira (2011) coloca a estrutura organizacional como sendo a hierarquização da cooperativa, bem como as responsabilidades e funções em cada unidade da organização, através das departamentalizações, amplitude de controle e delegação de atividades, e o sistema de informação gerencial que abrange a transformação de dados em informações que auxiliam na tomada de decisão de acordo com o planejamento estratégico.

Os componentes diretivos, Oliveira (2011), elenca os itens de liderança, comunicação, supervisão, coordenação, decisão e ação. Estes itens de acordo com Stefano, Zampier e Grzeszczyszyn (2006), alinhados com capacitação profissional das pessoas envolvidas na cooperativa, permitem um aumento na motivação e no comprometimento com os objetivos traçados no planejamento estratégico, que por consequência melhoram os resultados nas organizações.

O quarto componente refere-se aos componentes tecnológicos, Oliveira (2011) mostra que o produto oferecido é a razão de uma cooperativa existir. É importante destacar que o produto deve ser constantemente avaliado, principalmente o pós compra, pois através destas avaliações é possível considerar os clientes atuais como potenciais clientes no futuro. Ainda pode-se citar o processo e o conhecimento que são fatores diretamente interligados a gestão das cooperativas.

Os componentes comportamentais (OLIVEIRA, 2011) englobam a capacitação sendo a aprendizagem contínua da cooperativa, o desempenho, significando os resultados de um cargo e função ou atividades que compõem as operações da organização, o potencial como outras fontes de conhecimento que vão além das atividades desempenhadas, o comportamento que são as atitudes de um indivíduo em relação ao ambiente e o comprometimento que é caracterizado pelas responsabilidades e envolvimento dos cooperados com a cooperativa.

Em seguida temos o componente de mudanças, que conforme Oliveira (2011) enfatiza que esta envolve a percepção das crenças, valores e expectativas profissionais que vem de contratempo com os processos de mudanças, através de capacitação e treinamento. Não podendo se esquecer de orientar e direcionar os recursos de modo a atingir os resultados postos pelo planejamento estratégico, através do trabalho em equipe, o que fortalece o trabalho coletivo.

Por fim o componente de avaliação, que Oliveira (2011) demonstra através dos índices, que são medidos por parâmetros de avaliação, possibilita o controle por meio destes e por

medidas obtidas com o intuito de alcançar resultados satisfatórios, aprimorando de forma contínua o modelo de gestão.

2.3.1 Cooperativismo na área da saúde

De acordo com Moysés *et al.* (2006), as cooperativas de saúde surgiram no Brasil em 1967 em São Paulo com a União dos Médicos – UNIMED. Em 1975 surgiu a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, possibilitando o desenvolvimento de estratégias do âmbito nacional, atraindo outros profissionais da área da saúde como odontólogos, psicólogos e enfermeiros, constituindo cooperativas singulares, federações e confederações.

Conforme dados da OCB (2018), este conjunto de cooperativas de profissionais da saúde estão agrupados no ramo do trabalho, devido a sua crescente importância socioeconômica, e passaram a ser agrupados, em 1996, sob o ramo de cooperativas de saúde que é composto por cooperativas que dedicam-se a promover e cuidar da saúde humana. Atualmente, é dividida em diversos segmentos tais como: medicina, odontologia, psicologia e usuários do serviço. As cooperativas de saúde é um dos ramos de cooperativas que cresceu mais rapidamente nos últimos anos e cumprem importante papel junto à comunidade de cooperativados e de outros ramos, devido a sua força e representatividade. O ramo de cooperativas de saúde é genuinamente brasileiro, pois surgiu no Brasil sendo referência a outros países que também buscam a criação de cooperativas.

Moysés *et al.* (2006), apresenta dados da existência de cooperativas de especialidades médicas que agrupam médicos da mesma especialidade, como as cooperativas de anestesistas e cooperativas de cardiologistas que, conforme a Tabela 1 apresentada, representam 16,3% do ramo de saúde, assim como existem outros grupos que atuam na área da saúde e se agrupam conforme sua especialidade. O grupo com maior representatividade é a UNIMED que em 2006 representava 39,0% deste segmento. Contudo, em alguns estados existe a duplicidade de participação de associados médicos, que podem estar cadastrados em uma cooperativa de especialidade médica e em uma ou em mais de uma unidade da Unimed. Desta forma, existe uma barreira para obtenção de números exatos de cooperados do ramo da saúde e de suas subdivisões.

Tabela 1 - Cooperativas de Saúde por Tipo.

Cooperativas	Qtde	%
Unimed	330	39,0
Odontológico	169	20,0
Vários Profissionais	140	16,5
Médico	138	16,3
Usuário	27	3,2
Psicologia	19	2,2
Enfermagem	13	1,5
Fonoaudióloga	4	0,5
Veterinária	3	0,4
Fisioterapia	3	0,4
Farmácia	1	0,1
Total	847	100,0

Fonte: OCB *apud* Moysés *et al.* (2006). Cadastro do Ramo de Saúde, 2006.

Moysés *et al.* (2006) destacam, de acordo com os dados da OCB, que existem 67 cooperativas de trabalho que atuam na área da saúde. Na tabela 2 está sendo considerado o cadastro de cooperativas de trabalho e cooperativas no ramo da saúde por unidade de federação:

Tabela 2 - Cooperativa de Trabalho e de Saúde por Unidade da Federação

Brasil, 2006 Unidade da Federação	Ramo Trabalho			Ramo Trabalho Setor Saúde	Ramo Saúde			Total de Cooperativa na Saúde
Total	1.770	100,0	67	100,0	847	100,0	914	100,0
Norte	126	7,1	4	6,0	42	5,0	46	5,0
Acre	9	0,5	1	1,5	2	0,2	3	0,3
Amazonas	34	1,9	2	3,0	14	1,7	16	1,8
Amapá	11	0,6	0	0,0	2	0,2	2	0,2
Pará	42	2,4	1	1,5	12	1,4	13	1,4
Rondônia	20	1,1	0	0,0	6	0,7	6	0,7
Roraima	6	0,3	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Tocantins	4	0,2	0	0,0	5	0,6	5	0,5
Nordeste	398	22,5	22	32,8	205	24,2	227	24,8
Alagoas	24	1,4	3	4,5	16	1,9	19	2,1
Bahia	108	6,1	7	10,4	52	6,1	59	6,5
Ceará	83	4,7	7	10,4	43	5,1	50	5,5
Maranhão	34	1,9	0	0,0	9	1,1	9	1,0
Paraíba	27	1,5	0	0,0	14	1,7	14	1,5
Pernambuco	82	4,6	2	3,0	41	4,8	43	4,7
Piauí	8	0,5	0	0,0	8	0,9	8	0,9
Rio Grande do Norte	16	0,9	1	1,5	9	1,1	10	1,1
Sergipe	16	0,9	2	3,0	13	1,5	15	1,6
Sudeste	828	46,8	35	52,2	392	46,3	427	46,7
Espirito Santo	13	0,7	1	1,5	29	3,4	30	3,3
Minas Gerais	95	5,4	3	4,5	123	14,5	126	13,8
Rio de Janeiro	397	22,4	15	22,4	70	8,3	85	9,3
São Paulo	323	18,2	16	23,9	170	20,1	186	20,4

Centro-Oeste	126	7,1	5	7,5	60	7,1	65	7,1
Distrito Federal	43	2,4	2	3,0	9	1,1	11	1,2
Goiás	39	2,2	1	1,5	24	2,8	25	2,7
Mato Grosso do Sul	17	1,0	0	0,0	10	1,2	10	1,1
Mato Grosso	27	1,5	2	3,0	17	2,0	19	2,1
Sul	292	16,5	1	1,5	148	17,5	149	16,3
Paraná	12	0,7	0	0,0	33	3,9	33	3,6
Rio Grande do Sul	245	13,8	1	1,5	75	8,9	76	8,3
Santa Catarina	35	2,0	0	0,0	40	4,7	40	4,4

Fonte: OCB *apud* Moysés *et al.* (2006). Cadastro de Cooperativa do Ramo de Trabalho e do Ramo de Saúde, 2006.

Winter (2013) destacou que dentre os ramos do cooperativismo que apresentam maior crescimento econômico em Santa Catarina, está o da saúde. O estado possui 30 cooperativas no ramo da saúde, com 10.753 associados. Este crescimento no ramo da saúde em Santa Catarina se reflete no país, pois de 262 mil cooperados em 2012, passou a ter 264 mil cooperados em 2013, 852 cooperativas médicas e 92 mil empregos diretos. De acordo com a Ferreira (2014), em 2014 o Brasil era o primeiro no cooperativismo de saúde do mundo, com 249 cooperativas, 250 mil cooperados e atendendo mais de 24 milhões de pessoas. Os dados da OCB (2018) complementam que ainda atuam no mercado brasileiro 805 cooperativas no ramo da saúde, representadas por 238.820 cooperados e com 103.015 empregos diretos, contrapondo os dados de 2014, tivemos uma queda no número de cooperados e usuários do sistema, porém um crescimento no que diz respeito aos empregos diretos, isso se deve a uma maior especialização dos serviços prestados e o foco no usuário.

Ainda conforme a OCB (2018), este ramo está presente com cobertura em 83% do território nacional, e segundo Ferreira (2014), as cooperativas de saúde movimentaram R\$ 36 bilhões de reais, representando 32% do território privado da saúde. Além disso, a Revista (2018) apresenta um estudo realizado pela ANS, onde foram avaliados pontos como assistência, situação econômico-financeira e satisfação dos beneficiários, sendo que 400 cooperativas foram avaliadas como ótimas ou boas. Outra pesquisa realizada pela Você S/A aponta que entre as 150 melhores empresas para trabalhar no Brasil, 16 são cooperativas, sendo que destas, 14 são do ramo da saúde.

Na avaliação da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), o sucesso do cooperativismo de saúde se deve à forte aceitação na sociedade; postura socialmente responsável; maior remuneração e valorização dos profissionais da área; modelo de referência na prevenção e no atendimento à saúde; boa relação com entidades de classe, sociedades e organizações não governamentais e entidades públicas; difusão de valores e princípios cooperativistas; e solidariedade. (FERREIRA, 2014).

Desta forma, Ferreira (2014) acrescenta que, para enfrentar os desafios de um mundo globalizado cada vez mais competitivo, as cooperativas de saúde crescem em direção a mudanças significativas na forma de governar, investindo na qualificação e atualização de seus profissionais da gestão executiva.

2.4 GESTÃO DA SAÚDE

Vecina, Neto e Malik (2007) enaltecem que desde o início do ano 2000, a colaboração e parceria entre público e privado na área da saúde é um assunto que gradativamente tem se tornado mais frequente, sendo que não se pode dizer que há algum que funciona ou não na sua integralidade. De acordo com Gonçalves (2014, p. 79) “[...] a complexidade do SUS, suas particularidades e regulamentações exigem do gestor de saúde conhecimento das funções administrativas para a organização dos serviços prestados, de forma a obter melhores resultados”, mas ao fazer um comparativo com o que é produzido pelos gestores de saúde que não englobam o SUS, vê-se uma igualdade neste tipo de gestão, porém na administração privada temos dirigentes com maior poder na tomada de decisão, menor burocracia e maior resolutividade.

Vale ressaltar que a gestão de saúde é realizada de forma compartilhada, em que cada esfera do governo, seja federal, estadual ou municipal, tem autonomia para gerir seus recursos e serviços, além de apresentarem características distintas, porém trabalham de forma integrativa e conjunta na hora de planejar, financiar e executar (GONÇALVES, 2014).

Campos (2014, p. 13) define a gestão de saúde como sendo uma

Pasta da Administração Pública, que deve obedecer aos princípios constitucionais estabelecidos, incluindo o princípio da eficiência, que está relacionado ao desempenho da gestão no seu âmbito de atuação, visando promover resultados de impacto na realidade local, reduzir os riscos de agravos à saúde por meio da execução de políticas públicas.

A fim de trazer um maior esclarecimento da gestão de saúde, dividiu-se esta em: gestão dos serviços em saúde; gestão de pessoas; planejamento e gestão estratégica;

2.4.1 Gestão dos Serviços em Saúde

A falta de uma gestão eficiente demonstra a necessidade que a área da gestão da saúde possui, que é a de ter profissionais comprometidos com a importância deste cargo e especialização para poder atuar com competências e habilidades. Então ao falar de serviços é necessário apresentar as diferenças entre serviços. Spiller *et al.* (2015) aborda que os serviços podem ser divididos por especialização sendo eles: serviços de consumo ou industriais.

O Serviço de consumo é subdividido em conveniência (o cliente não pesquisa qual o melhor por não perceber mudanças expressivas), escolha (o consumidor percebe a diferença na qualidade e prestígio do serviço prestado ou da empresa e opta se quer pagar mais) e o serviço de especialidade (engloba os serviços especializados e/ou que necessitam de alguma regulamentação por conselho profissional ou por instituições de ensino). Já os serviços industriais, também chamados de B2B (*business-to-business*), são os ofertados por empresas comerciais ou institucionais, e é subdivida em serviços de equipamentos (referente a instalações, montagem, manutenções corretivas e preventivas), de facilidade (compreende seguros e planos de saúde agregando valor à atividade realizada pelos colaboradores que o recebem pela instituição na qual fazem parte), e por fim de orientação (consultorias, treinamentos, pesquisas e educação).

De acordo com Spiller *et al.* (2015) os serviços são menos concretos que bens e mercadorias por serem inseparáveis de quem os proporciona e podem sofrer variação de qualidade, preço e quantidade. Corroborando com tais afirmações, ainda se pode acrescentar que os serviços não permitem estocagem, por muitas vezes podem ser prestados sem a presença do cliente, mas é necessária que o mesmo compareça para a confirmação ou conclusão do trabalho contratado; é difícil obter padronização; não se realizada sem a presença de um ser humano e há dificuldades para serem estabelecidos valores/preços.

Dentro dos serviços de saúde, há um ciclo que deve ser seguido, desde o momento que o cliente chega até sua saída, Spiller *et al.* (2015) discute que a espera dentro deste ciclo é umas das maiores causas de insatisfação e que piora a concepção de qualidade por parte dos clientes. E sugere ações que minimizem estas percepções, tais como: manter o cliente entretido na sala de espera; aliviar a tensão do cliente através de orientações prévias; sempre comunicar caso haja quaisquer atrasos longos; tratar todos de forma igualitária; aceitar a presença de acompanhantes; e criar um ambiente confortável e agradável, pois reduzem a impaciência.

Os sistemas de saúde utilizam da gestão participativa de forma a se obter a redução dos níveis de erros, com tecnologia empregada e com sistemas de produção cautelosamente

planejados, testados e otimizados (SPILLER *et al.*, 2015). Outro ponto não menos importante que deve ser ressaltado é a aplicação de mão de obra qualificada a fim de se conquistar, por meio da união de pessoas, equipamentos e serviços, a capacidade produtiva ótima. No item a seguir será abordado a gestão de pessoas e sua importância para a organização.

2.4.2 Gestão de Pessoas em Saúde

Tratando-se de gestão da saúde, tem-se que abordar a gestão do trabalho e a política de recursos humanos, visto que é humanamente impossível prestar atendimento na área estudada sem pessoal qualificado, sendo necessário buscar a valorização deste trabalho e dos colaboradores da saúde, tratando e antevendo conflitos, humanizando as relações de trabalho, mediante a educação permanente como artifício de formação e desenvolvimento dos empregados. A educação continuada é considerada uma tática para instrução e ampliação do conhecimento de trabalhadores para o setor, por meio de atualização, treinamentos e troca de experiências, a fim de promover a integralidade da atenção à saúde, Ermel *et al.* (2011, p. 1903).

Sustentando estes princípios, Schermerhorn Jr. (2007) compartilha tendências do ambiente de trabalho atual conforme Quadro 03:

Quadro 03 – Tendências do ambiente de trabalho atual

Foco na Velocidade	Apresentar por primeiro e na hora certa um serviço de qualidade.
Predominância da Tecnologia	Novas oportunidades são lançadas ao investir-se em um setor de tecnologia da informação.
Valorização do Capital Humano	Tornar o trabalho mais participativo, evolvente, estimulando o conhecimento, as experiências, e o comprometimento de todos.
Abandono do “Controle”	Sem hierarquias rígidas e inflexíveis
Ênfase no Trabalho em Equipe	Transformação do grupo em equipe, menor verticalização de controle, mais horizontalidade com soluções criativas na resolução de problemas.
Conversão à Rede	Comunicação e serviços interligados, maior coordenação interna, externa e em tempo real.
Novas Expectativas da força de Trabalho	Geração menos tolerante à hierarquias, mais informalidades, e atenção a meritocracia, deixando de lado o status ou tempo de experiência.
Preocupação do Equilíbrio Vida-trabalho	As empresa são forçadas a prestar atenção nos colaboradores com relação ao equilíbrio entre a demanda exigida pela instituição e sua família.

Fonte: Elaborada pela autora (2018)

Neste contexto, com um novo ambiente de trabalho, os gestores são avaliados constantemente com relação à sua capacidade de transformação, moldando-se a esses novos

perfis de colaboradores e devem desenvolver competências capazes de resistir a estes cenários tão competitivos (SOUZA *et al.*, 2010). Estas competências são definidas por Souza *et al.* (2010) e estão explícitas no Quadro 04:

Quadro 04 – Competências dos novos gestores

Perícia	Ser um bom perito no que faz, contribuindo de forma eficiente para instituição a qual o contratou.
Contatos	Ter uma boa rede de contatos, solidificando sua permanência no mercado de trabalho.
Empreendedorismo	Administrar como se fosse sua própria empresa, propondo convicções e identificando exequibilidades.
Não rejeitar a tecnologia	Aceitar e promover as tecnologias utilizadas
Marketing	Fazer a promoção do grupo de trabalho e seu, repassando o desempenho alcançado.
Manter-se em aprendizagem permanente	Estar sempre disposto a ampliar seu conhecimento.

Fonte: Elaborada pela autora (2018)

Assim sendo, salienta-se que para ser obter eficácia dentro das organizações de saúde depende das relações que se determinam entre os indivíduos, a tecnologia empregada e a gestão praticada. Dentre estes, a forma de gerir é a parte fundamental, pois cabe a esta o gerenciamento do capital humano e financeiro com o objetivo de atingir as metas organizacionais. Desta forma, as organizações têm a alternativa de mudar os pontos de atenção e aplicar financeiramente na qualidade dos serviços prestados, através de condutas gerenciais, que irão relacionar de forma oportuna os objetivos e as pessoas responsáveis em colocá-los em prática. Nesse sentido, os gestores devem dirigir sua equipe com eficiência de forma a atender ao modelo de gestão e às estratégias da organização, além da expectativa empresarial.

A gestão de pessoas deve levar em consideração a educação permanente com responsabilidades em relação a promover a gestão da saúde e todos os processos inerentes a esta, dirigidos pela integralidade da atenção à saúde e focado no paciente. Os gestores devem priorizar este tipo de educação dentro da organização, de modo que os profissionais se qualifiquem e se desenvolvam de forma integral. A integralidade na APS da comunidade é resultado da influência democrática que busca resolver as diferentes demandas da população (ERMEL *et al.*, 2011).

Figura 03: Ciclo da Eficácia Organizacional



Fonte: Adaptado de Daft *apud* Souza *et al.* (2010 p. 38)

Daft *apud* Souza *et al.* (2010) destaca que gestores envolvidos com a eficácia institucional apontam um desempenho relacionado essencialmente nas práticas empregadas no ciclo, conforme Figura 03.

A fim de convergir na validação da eficiência organizacional Souza *et al.* (2010) pontua que ao estabelecer as metas, visão, missão e estratégias deve-se ter continuamente divulgação do seu conteúdo aos colaboradores com o propósito de instituir procedimentos e referências de comportamento. Com relação à seleção das estratégias para alcançar as metas, recomenda-se escolher os caminhos mais adequados para que se possa colocar em prática a visão aprimorando o desempenho da clientela interna ao organizacional.

No que tange a projetar a organização, tem-se que prever aprendizagem, renovação e aclimatação contínua, com menor burocracia, fortalecendo sua imagem, pois estruturas burocratizadas passam por resistência e dificuldades na aplicação das estratégias. E por fim Souza *et al.* (2010) apresenta formas de avaliação da eficácia por meio de três abordagens focadas nas metas, nos recursos do sistema e nos processos internos.

Souza *et al.* (2010) conduz uma reflexão mediante a apresentação das perspectivas dos indicadores de desempenho sob a ótica do cliente que envolve o grau de satisfação e fidelidade e a parcela de mercado que a instituição possui; e do colaborador que abrange a permanência de talentos, o plano de carreira, a satisfação e motivação para desempenhar atividades; ambos

visando a excelência da organização. A gestão de pessoas deve ser realizada de forma estratégica, com o objetivo de colocar as pessoas certas nos locais certos, vislumbrando seu constante crescimento profissional e intelectual, por meio do conjunto de competências, habilidades e conhecimento individual, transformando-se em resultados capazes de alcançar os objetivos da organização.

Souza *et al.* (2010) também salienta que um gestor de pessoas se destaca quando cria condições adequadas de trabalho e consegue transformar o grupo em equipe, desta forma aumenta o nível de comprometimento das pessoas envolvidas, e faz com que haja um espírito de equipe no trabalho coletivo, a relação entre os membros de um grupo que venha a tornar-se uma equipe se dá através da identidade e sentimento de união entre os envolvidos que possuem competências e habilidade diferentes, porém a junção destas conquista os resultados esperados. Os benefícios trazidos pelo trabalho em equipe são: a segurança; o sentimento de pertencimento e o não isolamento; o poder em enfrentar os problemas e da consciência da união sobre interesses e vontades; e a possibilidade de concretizar o alcance de resultados por meio do coletivo (SOUZA *et al.*, 2010).

Para finalizar este tópico, deve-se levar em consideração a gestão das equipes multidisciplinares, visto que na área da saúde atuam-se por meio de equipes compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, entre tantos outros, que possuem um único propósito, que é a vida saudável do paciente. Para Souza *et al.* (2010) ter estas equipes multidisciplinares é vantajoso para a instituição, porém o gestor deve fortalecer o vínculo interpessoal, minimizando os atritos que aparecem sejam eles por desencontro de informações ou pelo poder exercido pelo cargo.

2.4.3 Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde

Ermel *et al.* (2011, p. 1903) define que o “planejamento é a ferramenta de gestão que possibilita aos gestores locais a reflexão sobre seus estilos, práticas e experiências visando a um planejamento de forma ascendente, participativo, comunicativo e estratégico.”

Moisés Filho *et al.* (2010) ilustra a gestão estratégica como sendo importante no planejamento e produção da visão, das metas e dos princípios organizacionais, destacando a necessidade de conhecer o cliente, através da análise dos ambientes externo, e a definição do macroambiente, e ambiente interno, unindo com o levantamento das forças e ameaças propostos por Michael Porter.

As partes interessadas nas organizações de saúde, chamadas de *stakeholders*, incluem os acionistas (que no caso deste estudo são os médicos cooperados), fornecedores, pacientes, os profissionais multidisciplinares, as agências reguladoras, sindicatos, a clientela interna e externa, entre outros, e todas as ações a serem tomadas a fim de alcançar os objetivos devem levar em consideração os objetivos de cada stakeholder na coletividade, e o que os mesmos esperam da instituição “em termos de resolutividade assistencial, remunerações, preços, transparência nas decisões e na gestão, prazos, benefícios, qualidade, confiança, segurança, rentabilidade, retornos financeiros, probidade e atendimento” (MOISÉS FILHO *et al.*, 2010).

O ambiente de uma empresa é constituído por aqueles variados fatores, ao menos em parte, fora do alcance desta, que afetam a sua existência, conforme Urdan e Urdan (2010, p. 121), toda empresa opera em um ambiente e cada fator no ambiente pode ajudar, dificultar ou de algum modo, influenciar a empresa. “A sobrevivência e o sucesso empresarial depende da análise, formulação e implementação de estratégias e táticas compatíveis com as competências e recursos da empresa e o ambiente no entorno nela.”.

Segundo ainda Urdan e Urdan (2010) é importante para a administração de marketing dividir a ambiente como macro e micro. A diferença entre o macro e o microambiente está na capacidade de influência da empresa para o que acontece neste. Destacando a análise macro ambiente, conforme esquematizado na Figura 04, no quesito de organizações de saúde, a análise do macro ambiente é a parte mais abrangente do ambiente externo e é composta pelo domínio de fatores como: demográficos, sociais, econômicos, competitivos, legais e científico-tecnológico, os quais afetam a organização.

Figura 04: A empresa e seus ambientes.



Fonte: Urdan e Urdan (2010)

A variável econômica envolve as taxas cambiais, indicadores econômicos, renda real, salário da população, taxas de emprego, consumo e poupança, juros, financiamento, entre outros; a social cultural aborda as características da população como hábitos, crenças, estrutura social, ocupação, escolaridade e muitos outros; tratando-se dos aspectos político/legal têm-se elementos ligados à estrutura governamental, às relações internacionais, políticas monetárias, de saúde, fiscal, legislações e parte ambiental e por fim a variável tecnológica, que se refere às novas tecnologias, a geração de novos programas ou produtos, matérias-primas, sempre em “busca de maior produtividade e eficiência das indústrias” (MOISÉS FILHO *et al.*, 2010, p.78). Em todos os aspectos levantados têm-se as forças e ameaças, e estas fazem com que as organizações estejam concorrendo permanentemente, buscando a melhor estratégia a ser utilizada.

Com relação à análise interna do ambiente temos que considerar as competências, potencialidades e forças, bem como suas fraquezas, vulnerabilidades e quais recursos devem ser desenvolvidos para ampliar a competitividade através da tomada de decisão de forma estratégica. O ambiente interno da instituição engloba as áreas: administrativa, comercial, marketing, localização geográfica, carteira de clientes, a força do nome (marca) da empresa; tecnologia que é empregada nos serviços e produtos; a logística (de compras e de estoque de medicamentos, lavanderia, equipamentos, materiais de limpeza, cirúrgicos e de escritórios,

alimentação); capacitação dos profissionais; clima organizacional e remuneração e muitos outros, conforme citados por Moisés Filho *et al.* (2010, p.93).

Uma potencialidade que se pode citar seria a implementação por parte dos sistemas de saúde da Atenção Primária à Saúde, reduzindo custos futuros com internações e atendimentos de alta complexidade. Mensurar recursos humanos, financeiros e tecnológicos, reconhecendo forças e fraquezas em todos seus subsetores faz com que seja definida a possibilidade de se competir com o mercado (MOISÉS FILHO *et al.*, 2010).

Através de um sistema de avaliação de gestão estratégica, que utiliza indicadores de desempenho financeiros e operacionais da organização, tem-se o sistema BSC (*balanced scorecard*), Kaplan e Norton *apud* Moisés Filho *et al.*, (2010, p.113) apresentam cinco princípios que podem ser aplicados a organizações de saúde ligados à estratégia:

- Traduzir as estratégias para uma linguagem mais fácil de ser assimilada por meio da visão, metas, mapa, indicadores, iniciativas, foco;
- Alinhar toda organização de modo que todos os setores trabalhem em conjunto a fim de atender as estratégias;
- Transformar a equipe de forma que todos tenham consciência estratégica, *scorecards* pessoais, salários harmônicos;
- Converter a estratégia em uma metodologia constante, interligando sistemas de informação, análises, orçamentos, estratégias;
- Mobilizar a transformação através dos gestores.

O BSC como sistema de implementação e monitoramento da gestão estratégica auxilia no estabelecimento dos objetivos estratégicos, que reforçam as habilidades e competências exclusivas da instituição, convertem a visão em alvos, com foco nos resultados. O pressuposto da mudança organizacional parte de uma união entre planejamento e gestão estratégica, mantendo-se ou sobressaindo-se frente ao mercado em que atua a organização.

2.4.4 Gestão da saúde Privada

A gestão da saúde privada engloba os mesmos requisitos de gestão que em qualquer outra empresa, mas ao falar-se desde tipo de gestão voltada a APS temos inúmeros planos privados que iniciaram a reformulação da sua estrutura, como é o caso da Amil (2018), que tem como objetivo: “transformar o sistema de saúde em algo mais sustentável, proporcionando o cuidado

certo, na hora certa, no local certo”, esta empresa conta com 06 milhões de beneficiários, 20,3 mil colaboradores, 367 mil empresas-clientes, 1,7 mil hospitais conveniados, 14 hospitais próprios, 20 mil consultórios e clínicas credenciadas, presente nos 26 estados e no Distrito Federal. O termo sustentável neste caso trata da promoção da saúde, evitando-se maiores custos com internações e procedimentos de alta complexidade. Outro sistema que vem optando por modificar suas premissas é a Unimed, maior cooperativa de Saúde do mundo (UNIMED 2018), com números muito expressivos, pois são 346 cooperativas, 114 mil médicos cooperados, 18 milhões de beneficiários, 2.554 hospitais cadastrados, 117 hospitais próprios.

Figura 05 – Iniciativas de Atenção Primária à Saúde do Sistema Unimed

Iniciativas de Atenção Primária à Saúde do Sistema Unimed



Fonte: Unimed (2018)

Conforme a Figura 05 pode-se identificar os estados e unidades que já estão modificando suas estruturas para fazer o atendimento voltado a APS. Percebe-se a falta de unidades principalmente nas regiões Norte, com apenas 01 cooperativa, e Nordeste e Centro Oeste com 02 cooperativas cada região, que se preocupam em transformar-se de forma sustentável através de um atendimento primário. É necessária uma política de mudanças, tanto na conscientização da equipe quanto dos beneficiários, que geralmente procuram atendimento quando há algum problema de saúde. Simone Sanches Freire *apud* Bosa (2018) diretora de fiscalização da ANS, afirma que “[...] o uso do pronto-socorro como consultório de especialidade reflete em prejuízo

para toda a cadeia do sistema. É preciso fazer uma ação muito forte de educação para o beneficiário ser o gestor da saúde dele”. Bosa (2018) expõe que o desequilíbrio vivido pelo sistema privado de saúde leva em conta o uso inadequado por parte dos beneficiários.

Denise Eloi, diretora-executiva do Instituto Coalizão Saúde (Icos) *apud* Bosa (2018), revela que “um dos grandes desafios do setor é o aumento dos custos em saúde. É uma preocupação não só do Brasil, mas em todo o mundo, e isso não passa só pelo sistema privado, é uma preocupação que não vemos nenhuma saída sem que haja uma mudança na cadeia produtiva.” Freire *apud* Bosa (2018) explana que as operadoras de saúde privada passaram a agir como gestoras dos serviços há 10 anos ao invés de apenas vender o acesso à população à saúde.

Nota-se que a região sul fica em segundo lugar em número de cidades com cooperativas que implantaram o serviço e Santa Catarina junto com o Paraná possuem 06 cooperativas cada uma que trabalham com a Atenção Primária à Saúde. Verifica-se também que no estado de Santa Catarina, apenas Chapecó no oeste do estado é o único a oferecer o serviço que atualmente permanece concentrado no litoral e alto vale.

Desta forma, conforme destacado na Figura 06, a Unimed mantendo as premissas da APS, desenha seus atributos que serão trabalhados dentro das cooperativas que já possuem este serviço, que são a facilidade ao acesso, com resolutividade no primeiro contato; a longitudinalidade, garantindo um atendimento interpessoal duradouro, com vínculo e confiança; a integralidade que busca resolver e dar continuidade ao problema através de serviços complementares; e a coordenação da atenção, que integra o cuidado ao paciente em diferentes níveis e faz a gestão de forma ordenada e oportuna, porém cabe salientar que falta a promoção à saúde.

Figura 06– Atributos essenciais da APS

Atributos essenciais da APS

<p>Acesso e primeiro contato</p> <p>Facilidade de acesso ao sistema de saúde e primeiro contato resolutivo para o indivíduo.</p>	<p>Longitudinalidade</p> <p>Continuidade do cuidado ao longo da vida, a partir de uma relação interpessoal intensa e duradoura, que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.</p>
<p>Integralidade</p> <p>Nas ações e no cuidado, ampliando abrangência e capacidade de resolução dos serviços disponíveis na atenção primária, em diferentes áreas e nas diversas situações de contato.</p>	<p>Coordenação da atenção</p> <p>Gestão do cuidado, de forma ordenada e oportuna, sob orientação do mesmo profissional, pela mesma equipe, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde.</p>

Fonte: Cooperativa Médica (2018)

2.5 CADEIA DE VALOR

Essa seção objetiva apresentar a ferramenta de cadeia de valor de Porter (1989) para elaborar estratégias visando obter vantagem competitiva de uma organização. Portanto, apresentar-se-á conceitos relacionados a cadeia de valor e vantagem competitiva, tendo como base, a obra de Porter (1989).

Desta maneira, pode-se considerar que a concorrência pode alavancar ou fracassar uma empresa, ou seja, pode ser saudável ou não. Isso porque a concorrência gera um movimento no mercado, sendo assim as empresas buscam por uma vantagem competitiva baseada em atratividade em termos de rentabilidade e posição competitiva relativa. Seguindo com o pensamento do autor, para se obter essa vantagem competitiva, é necessário construir boas estratégias. Porém, nenhuma das estratégias é garantia do sucesso, tendo em vista que ser notável no mercado e pouco lucrativo, não garantem sucesso algum (PORTER, 1989).

Em síntese, Porter (1989) enfatiza que a vantagem competitiva surge fundamentalmente do valor que uma empresa tem condições de criar para seus clientes. O valor refere-se a diferença entre preço e custo do produto. Kotler e Keller (2012) respaldam Porter, ao afirmarem que a incumbência por parte da organização é explorar seus custos e sua performance em toda sua operação que produza valor e encontre métodos para aprimorá-los.

Nestes termos, é muito importante saber escolher, mas principalmente implementar a estratégia, a qual pode ser modelada de acordo com a necessidade. A vantagem competitiva não pode ser compreendida sem combinar várias áreas de uma empresa (marketing, produção, controle, finanças) em uma visão integralista da empresa inteira.

Para se obter a vantagem competitiva, Porter ressalta que há três estratégias a serem seguidas por uma organização: diferenciação, liderança no custo total e enfoque.

Com relação a diferenciação Porter (1989) diz que deve-se:

- Criar uma identificação própria no produto, ter algo de singular a oferecer;
- Tornar o produto distinto dos demais, para criar lealdade à marca/produto;
- Justificar o uso da estratégia para a criação de valor e a exclusividade para se ter preço mais alto e conseqüentemente maior margem de lucro;

Tratando-se da liderança no custo total o autor fala que deve-se:

- Reduzir total de custos e aumentar os lucros;
- Reduzir preços para aumentar a participação no mercado, mantendo os lucros atuais;

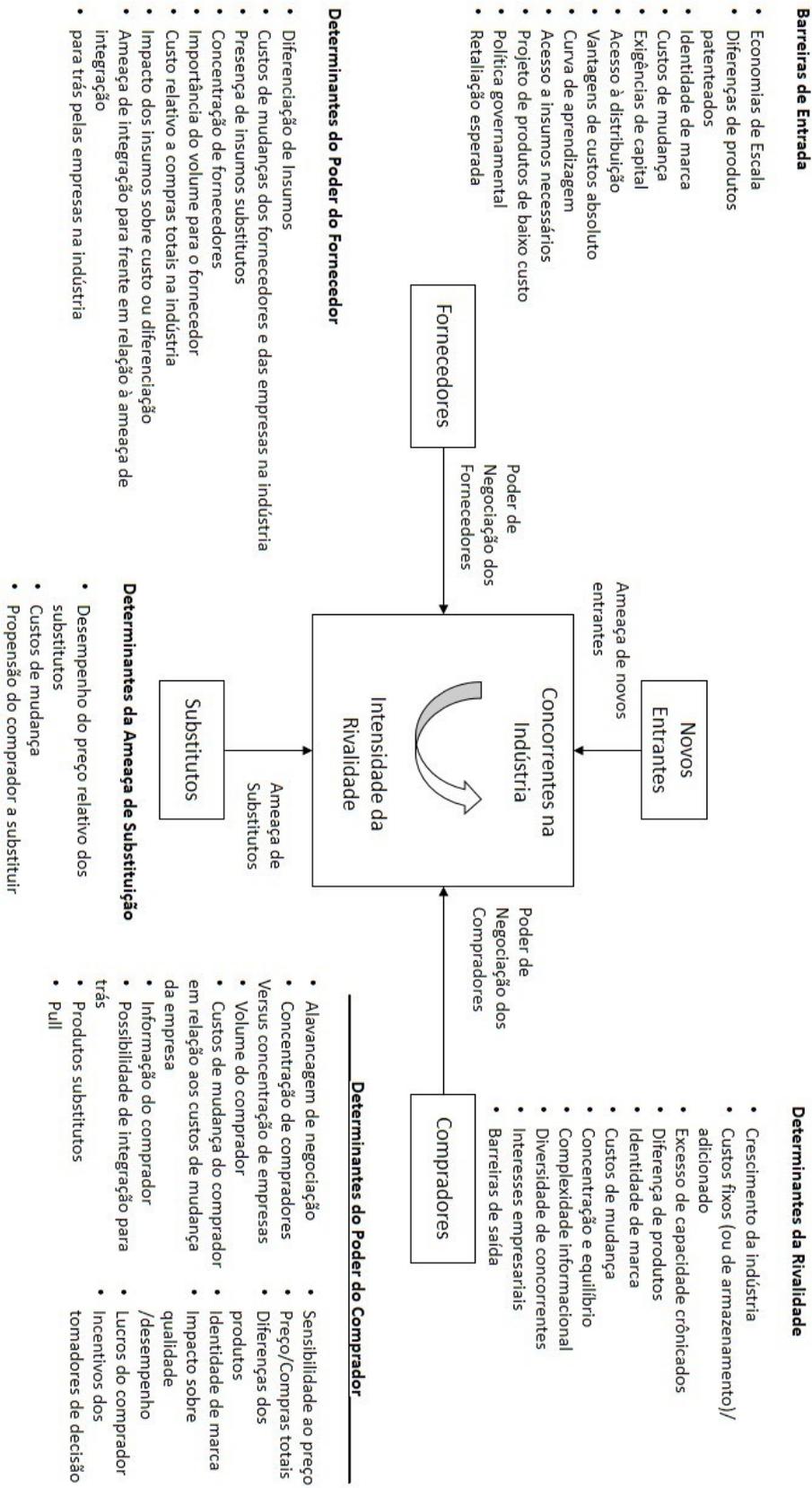
- Basear-se em oferecer produtos com preços menores que os concorrentes.

E por fim o enfoque, em que Porter abrange dividindo da seguinte forma:

- Grupo específico de clientes - analisar hábitos de consumo, comportamentos e preferências parecidas. Direcionar os esforços para um nicho específico.
- Produtos e serviços direcionados, para atingir o público esquecido pelos competidores, dessa forma se garante um público mais assertivo e redução de desperdício de dinheiro (não é preciso convencer quem não quer comprar).

Muito embora, as estratégias sejam elaboradas a partir da análise da organização, é fundamental avaliar a estrutura industrial, ou seja, o setor de atividade na qual a organização está inserida e o grau de concorrência entre as empresas deste setor. Nestes termos, é necessário que se tenha conhecimento das regras da concorrência, também conhecidas como as cinco forças de mercado, que são elas: a entrada de novos concorrentes, a ameaça de substitutos, o poder de negociação dos compradores, o poder de negociação dos fornecedores e a rivalidade entre os concorrentes existentes, conforme apresentado na Figura 07.

Figura 07 - As cinco forças de Porter



Fonte: Adaptado de Porter (1989)

Segundo Porter (1989), a empresa que não se sobressai em alguma destas estratégias tem seu crescimento abaixo da média de mercado e conseqüentemente não terá um bom posicionamento comparando-a às outras. O Quadro 05 expõe as características e o que se deve ser analisado em relação a estas cinco forças.

Quadro 05 - As cinco forças, suas características e o que analisar

Forças	Características	Analisar
Rivalidade entre Concorrentes	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer quem são seus concorrentes diretos atualmente - Há diferenças entre os públicos, nem sempre o cliente do concorrente será o seu cliente 	<p>Quem são os concorrentes diretos? Como as empresas estão agrupadas? Suas marcas já estão consolidadas, sendo admiradas e respeitadas pelos clientes? Quais são as vantagens dos meus concorrentes?</p>
Poder de Barganha do fornecedores	<ul style="list-style-type: none"> - Depende da quantidade de fornecedores, pois decisões de preço, qualidade e prazo ficará a critério deles. - O prazo pode ser um problema se o fornecedor atender também ao concorrente. 	<p>O produto em questão é algo raro de se conseguir ou difícil de encontrar? Pesquisar excelentes fornecedores sem depender de apenas um.</p>
Poder de Barganha dos Clientes	<ul style="list-style-type: none"> - Quanto maior for o nível de competição do mercado, maior será o controle deles sobre o processo de venda. - Tratar todos (clientes e fornecedores) com excelência. 	<p>Qual a proporção de compradores para fornecedores do meu produto? Soluções para não depender de poucos clientes. Qual o poder deles para ditar os termos de negócio? Como o ticket médio dos meus clientes influencia no processo de compra? Meus clientes são ativos nas mídias sociais, para afetar a opinião de outros?</p>
Ameaça de Novos Concorrentes	<ul style="list-style-type: none"> - Importante criar barreiras de entrada de novos concorrentes, como patentes e marcas fortes, devidamente registradas. - Contratos exclusivos, a fim de evitar concorrência desleal. 	<p>Qual o custo inicial para abrir um negócio no meu segmento? Existem leis, regulações e credenciamentos que são necessários? Existem outras barreiras de entrada que fortalecem a minha posição?</p>
Ameaças de novos produtos ou serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Produtos e serviços que tornam minha solução ultrapassada. - Produto inovador não é sinônimo de monopólio. - Listar produtos similares para analisar seus pontos fortes e fracos, e se há vantagem sobre o produto comercializado. 	<p>Há algo novo que poderia substituir meu produto? Há alguma parte do trabalho que poderia ser automatizada, substituída ou terceirizada? É fácil encontrar alternativas para a solução que é oferecida?</p>

Fonte: Elaborado pela Autora

A cadeia de valor vem em conformidade com as estratégias competitivas, observando as cinco forças expostas por Porter (1989), desta forma, analisa-se que a vantagem competitiva

deve olhar para a empresa na sua totalidade, porém enfatizando suas atividades realizadas ou “atividades de valor”. As atividades de valor são as atividades físicas e tecnologicamente distintas, através das quais uma empresa cria um produto valioso para seus clientes. As atividades e a cadeia de valor proporcionam uma visão da empresa como um sistema interdependente onde as partes individuais devem ser internamente coerentes.

Kotler e Keller (2012, p.37) corroboram ao afirmar que “o sucesso da empresa depende não só do grau de excelência com que cada departamento desempenha seu trabalho, como também o do grau de excelência com que as diversas atividades departamentais são coordenadas para conduzir os processos centrais de negócios”.

Então tem-se que a cadeia de valor é uma ferramenta de análise competitiva, pois analisa-se um grupo de atividades capazes de gerar valor e em que momento estas geram valor para o cliente, engloba-se desde o recebimento ou compra da matéria prima até a entrega do produto para o comprador. O autor ratifica quando argumenta que a cadeia de valor leva em conta a margem de lucro que a empresa tem de obter, e a diferença entre o preço pago pelo mercado e os custos incorridos na execução das atividades ofertadas.

As atividades de valor podem ser divididas em atividades primárias e de apoio. A Figura 8 apresenta o modelo padrão de cadeia de valor, que congrega dos dois tipos de atividades. De acordo com Porter (1989), cada uma destas atividades pode contribuir para a posição dos custos relativos, além de criar uma base para a diferenciação.

Figura 08 - Atividades primárias e de apoio.



Fonte: Porter (1989, p. 35)

As atividades primárias podem ser definidas como as atividades envolvidas na criação física do produto e na sua venda e transferência para o comprador, bem como na assistência após a venda. Elas dividem-se em cinco categorias: logística interna, operações, logística externa, marketing/vendas e serviços. O Quadro 06 apresenta cada uma destas categorias e suas respectivas definições.

Quadro 06 - Categorias das atividades primárias

Logística Interna	Atividades associadas ao recebimento, armazenamento e distribuição de insumos no produto, como manuseio de materiais, armazenagem, controle de estoques, programação de frotas, veiculo e devolução a fornecedores
Operações	Atividades associadas à transformação dos insumos no produto final, como trabalho com máquinas, embalagens, montagem, manutenção de equipamentos, testes, impressão e operações de produção.
Logística Externa	Atividades associadas à coleta, armazenamento e distribuição física do produto para compradores, como armazenagem dos produtos acabados, manuseio de materiais, operação de veículos de entrega, processamento de pedidos e programação.
Marketing e vendas	Atividades associadas a oferecer um meio pelo qual compradores possam comprar o produto e induzi-los a fazer isto, como propaganda, promoção, força de vendas, cotação, seleção de canal, relação com canais, e fixação de preços.
Serviço	Atividades associadas ao fornecimento de serviço para intensificar ou manter o valor do produto, como instalação, conserto, treinamento, fornecimento de peças e ajuste do produto.

Fonte: Adaptado de Porter (1989).

As atividades de apoio podem ser consideradas como aquelas que sustentam as atividades primárias e a si mesmas, fornecendo insumos, adquirindo tecnologia, recursos humanos e várias funções em âmbito da empresa. Elas estão divididas em quatro categorias: aquisição, desenvolvimento de tecnologia, gerência de recursos humanos e infraestrutura. O Quadro 07 apresenta cada uma destas categorias e suas respectivas definições.

Quadro 07 - Categorias das atividades de apoio

Aquisição	Função de compra de insumos empregados na cadeia de valor da empresa, como: matérias-primas, suprimentos e outros itens de consumo, bem como ativos como máquinas, equipamentos de laboratório, equipamentos de escritório e prédios.
Desenvolvimento de tecnologia	Consiste em várias atividades que podem ser agrupadas, em termos gerais, em esforços para aperfeiçoar o produto e o processo. Ocorre em muitas partes da empresa, como: sistema de entradas de pedidos, automação do escritório e tecnologias relacionadas ao produto final
Gerência de RH	Consiste em atividades envolvidas em seleção, contratação, treinamento, no desenvolvimento e na compensação de todos os tipos de pessoal.
Infraestruturada empresa	Consiste em uma série de atividades, incluindo gerência geral, planejamento, finanças, contabilidade, jurídico, questões governamentais e gerência de qualidade. Dá apoio a cadeia inteira e não à atividades individuais.

Fonte: Elaborado a partir de Porter (1989).

Deve-se destacar que as linhas tracejadas nas atividades de apoio (Figura 08), refletem o fato de que estas atividades podem ser associadas às atividades primárias além de apoiarem a cadeia inteira. Nestes termos, a estrutura interna da empresa não está associada a atividade primária específica, mas apoia a cadeia inteira.

Por fim, a cadeia de valor se conclui com a análise da “margem” (parte à direita da Figura 08), que nada mais é do que o valor gerado pela atividade de valor da empresa. A margem portanto, seria o valor do produto ou o montante que os compradores estão dispostos a pagar por aquilo que uma empresa lhes fornece. Desta forma, pode-se considerar que uma empresa ganha vantagem competitiva, executando estas atividades estrategicamente importantes de uma forma mais barata ou melhor que a concorrência.

2.4.1 Cadeia de Valor da Saúde

Uma aplicação da cadeia de valor para o setor de saúde é realizada por Porter e Teisberg (2007). Nesta aplicação, os autores retratam o sistema de saúde dos Estados Unidos entre os anos 1990 e 2000, que é baseado em oferecer serviços de saúde pelo setor privado. As principais conclusões dos autores, é que o sistema não apresentou avanços na qualidade ou na redução dos custos e ainda sofreu por não ampliar o acesso à saúde. Sem investir em inovação e tecnologia, teve seus custos aumentados na parte administrativa. Esse insucesso e ineficiência

sucedeu-se em uma intensificação de custos repassados para pacientes, empresas e o próprio governo.

Conforme os autores, para obter-se resultados sustentáveis com qualidade e sendo eficiente, a competição do setor deve-se basear em valor, porém com foco nos resultados obtidos na melhora do paciente em relação a cada unidade monetária aplicada. Neste tipo de competição, todos os envolvidos podem ser beneficiados, conforme Porter e Teisberg (2007, p. 97)

Quando os prestadores vencem, por entregar valor superior com maior eficiência, pacientes, empregadores e planos de saúde também vencem. Quando os planos de saúde ajudam os pacientes e os médicos que os encaminham a fazerem melhores escolhas, prestam assistência na coordenação que recompensam o atendimento excelente, os prestadores se beneficiam. E competir em valor vai muito além de vencer no sentido restrito. Quando prestadores e planos de saúde competem para alcançar os melhores resultados médicos para os pacientes, eles estão, antes de tudo, perseguindo os objetivos que os levaram a sua própria profissão.

Na mesma linha os autores destacam que há oito princípios na competição baseada em valor: 01) o foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos; 02) a competição deve ser baseada em resultados; 03) a competição deve estar centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo de atendimento; 04) o atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso; 05) o valor tem que ser gerado pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão; 06) a competição deve ser regional e nacional, não apenas local; 07) informações sobre resultados deve ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor; e, 08) inovações que aumentam o valor devem ser amplamente recompensadas.

Quando mede-se o foco para o paciente muitas situações são colocadas em pauta e varia de pessoa para pessoa, pontos como bem estar, tempo de tratamento e de recuperação, sobrevivência da mesma; resultados que distinguem serviços, planos e unidades cada uma a sua maneira, a qual cada indivíduo pode optar com base na sua preferência e experiência.

Mantendo o raciocínio de Porter e Teisberg (2007), a competição baseada em resultados é o único modo de acrescentar valor à assistência à saúde e não os meios como são realizados. Este tipo de competição é a exclusiva forma de gerar responsabilidade, fomentar e orientar para benfeitorias dos métodos e aumentar a importância para o indivíduo e não procurar monitorar a oferta dos serviços. “A competição em resultados fará muito sentido de eliminar um viés de feedback [...]. Pacientes satisfeitos voltam, mas pacientes que tenham experimentado maus resultados normalmente buscam tratamento noutro lugar.” (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 101). Basear-se no valor e o focar no resultado deve abranger médicos e planos de saúde, a fim de que pacientes encaminhados a serviços aquém do que merecem, possam cobrar justificativas

e os prestadores de serviço revejam seus atos. Não tendo resultados positivos apenas nos pacientes, visto que impactará a competição baseada em valor no âmbito dos fornecedores, devendo estes serem encarregados pelo valor em assistência à saúde para seus contratantes, apontados por Porter e Teisberg (2007).

Ao falar-se da competição centrada nas condições de saúde durante todo o ciclo do tratamento, engloba desde lesões à gravidez e tudo que seja pertinente, tendo seus resultados qualificados neste ponto por serem medidos de forma muito importante. Definir condição de saúde leva em consideração o ponto de vista do paciente desde o início até o fim do tratamento/atendimento, com definição de tempo para cada ciclo (PORTER; TEISBERG, 2007). O valor dado, considerando todo o ciclo, neste caso se destaca à prevenção, diagnóstico e a administração por um longo tempo, ou seja, pelo período que os são descobertos precocemente enfermidades à tratamentos de longo prazo e/ou as cirurgias mais agressivas.

No que tange o atendimento de qualidade ser menos dispendioso, Porter e Teisberg (2007) afirmam que os atendimentos realizados com qualidade, reduzindo as taxas de retornos, têm-se recursos aplicados de forma mais eficaz e resultados mais assertivos e redução considerável dos custos. Exemplo de ineficiência, são os atendimentos de má qualidade, pois geram retrabalho, perde-se tempo e ainda tem-se inconvenientes a serem resolvidos, onerando os custos.

Outro aspecto abordado por Porter e Teisberg (2007) é o valor gerado pela experiência, neste ponto é relevante a experiência e aprendizagem de cada profissional. Portanto o conhecimento e a prática criam valor para o paciente.

No que refere-se a competição deve ser regional e nacional, não apenas local, os autores enfatizam que a competição entre os prestadores de serviço deve ser de ordem nacional visto que manter-se no âmbito local, pode-se não ter prestadores ou grupos credenciados a praticar qualquer atividade correlacionada ou os existentes podem estar indolentes às suas responsabilidades. Encaminhar pacientes para cidades ou estados vizinhos faz com que haja uma maior competitividade e os prestadores tenham interesse pela prestação de serviços no local.

Sob o ponto de vista de Porter e Teisberg (2007), as informações sobre os resultados tem que ser amplamente divulgadas para apoiar a competição baseada em valor, ou seja, as informações devem estar disponíveis e de fácil acesso a todos os envolvidos, assim sendo, o usuário, os médicos, as clínicas, os hospitais e planos de saúde devem ter acesso a todos os dados e podem decidir o melhor a ser feito referente a estes.

Por fim, as inovações que aumentam o valor têm que ser altamente recompensadas, são tratadas pelos autores com precaução, posto que as tabelas de pagamento por parte das operadoras do sistema, tornam-se empastes para que invista-se em inovações. No Brasil as tabelas de pagamento realizadas pelo SUS estão totalmente defasadas e não acompanham ao menos a inflação anual; desta forma tem-se a inviabilidade de manter leitos abertos e a criação de novos hospitais, como informa o Conselho Federal de Medicina (Medicina, 2015).

A inovação ou tecnologia mesmo que solicitadas pelo corpo clínico, passará por estudo de viabilidade, análise, discriminação por cada operadora do sistema, até o momento que seja publicada em suas tabelas para pagamento. Os autores dão exemplo de como produtos com tecnologia de ponta e que diminuem o tempo de uma internação, muitas vezes passam por restrição com relação ao seu uso por parte das operadoras de saúde, por terem um custo maior em sua utilização, porém não conhecem a redução no custo total.

Porter (1989) elucida que a vantagem competitiva não pode ser concebida analisando a empresa em seu todo, visto que a mesma desempenha incontáveis atividades e serviços importantes. Logo deve-se trabalhar de forma estratégica, utilizando-se de custos menores ou produtos/serviços melhores que a concorrência, buscando um diferencial, o que origina a cadeia de valor da empresa.

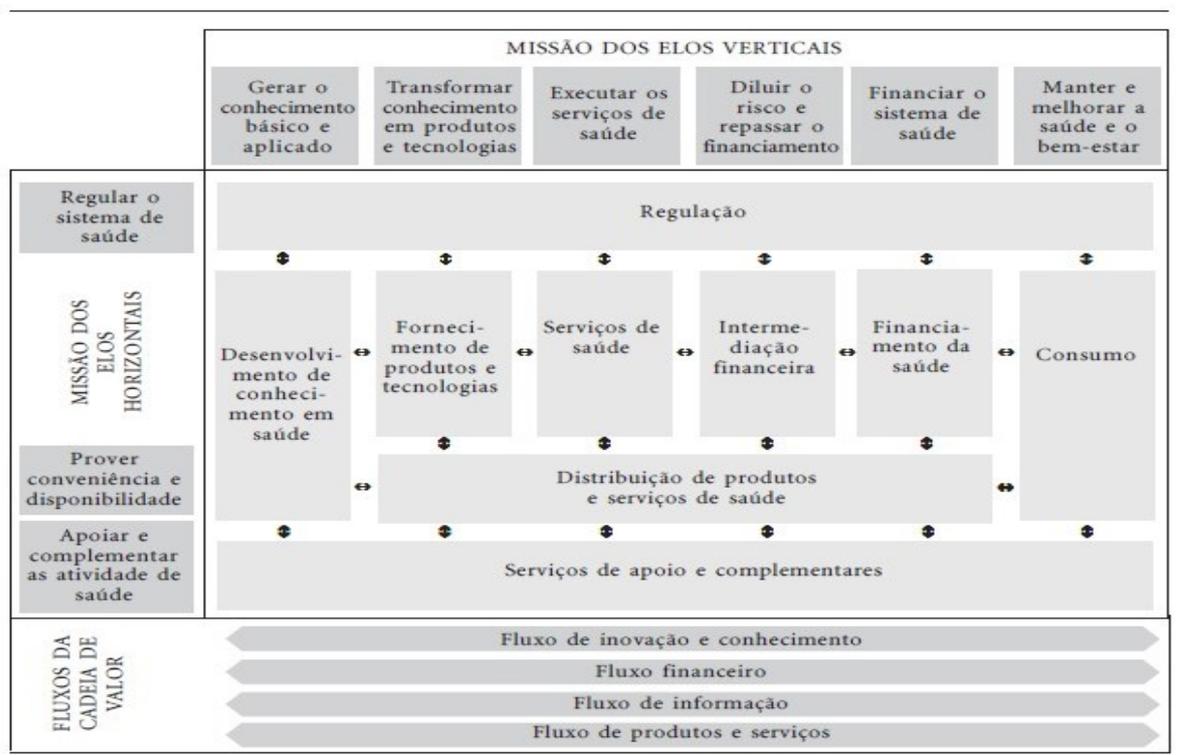
Na avaliação de qualidade ocorre a abordagem de vários aspectos que possuem ligação entre si.

Os serviços de saúde fazem parte de um sistema para o qual confluem o individual, o coletivo, o biológico, o social, o quantitativo e o qualitativo. Além destes componentes, existem questões relacionadas à: cobertura, custos, acesso, universalidade, complexidade, consumo, indicadores, satisfação do usuário e outros. (FURTADO, 2007, p. 14)

Dessa forma, Furtado (2007) orienta que é necessário estudar as instituições que fazem parte do sistema de saúde, avaliar como decorrem suas atividades, e quais os objetivos destas, a fim de mensurar a qualidade do serviço através de planos de ações que condizem com a realidade de cada uma, com o objetivo de buscar a satisfação de todo o sistema.

Outro estudo que aplica o conceito de cadeia de valor de Porter no setor da saúde é o de Pedroso e Malik (2012). Neste estudo, os autores adaptam a cadeia de valor para o sistema de saúde brasileiro (Figura 10), que neste caso é público, tendo o setor privado como complementar. Conforme os autores, a cadeia de valor é formada por seis elos verticais e três horizontais, cada um destes elos possuem missões específicas, com determinada movimentação de ações desde o fornecimento de um serviço ou produto até o final da cadeia, proporcionando ao cliente a percepção de valor.

Figura 10 – Cadeia de Valor da Saúde



Fonte: Pedroso e Malik (2012)

O conhecimento em saúde é representado pelo ensino e pesquisa e é o primeiro elo vertical da cadeia, seguido pelo fornecimento de produtos e tecnologias de saúde que infere desde os produtos farmacêuticos, passando por equipamentos, próteses até a tecnologia de informação, seu foco principal é entregar tecnologia e produtos de ponta ao próximo elo, que é refere-se a execução de serviços de saúde. O terceiro elo, portanto, usufrui das instalações hospitalares e coloca em uso os dois primeiros elos. O quarto elo destina os recursos gastos pelo elo anterior, e atua para que o quinto elo, financiamento do sistema de saúde, realize os pagamentos. O quarto e o quinto elo também fazem a ligação entre o SUS ao sistema de saúde privado, pois é incumbido de repassar o dinheiro, diminuir custos e minimizar os riscos, por fim também é responsável por repassar verbas aos outros elos. Por fim, o último elo, tem-se o consumo de produtos e serviços de saúde, que é realizado pelos pacientes, pessoas saudáveis e empresas, afirmam (PEDROSO; MALIK, 2012).

Os autores Pedroso e Malik (2012) expõem os 3 elos horizontais como sendo a regulação da saúde; as atividades de distribuição de produtos e serviços de saúde e os serviços de apoio e complementares, que englobam todas as áreas administrativas e financeiras além da, manutenção, engenharia e pesquisa clínica.

Sob a perspectiva de Pedroso e Malik (2012), o fluxo da cadeia de valor (Figura 10) abrange quatro elementos principais descritos a seguir:

- Fluxo de inovação e conhecimento – dissemina entre os elos da cadeia de valor conhecimentos no campo da saúde e inovações, direciona-se no sentido início-fim da cadeia. Vale ressaltar que a inovação tecnológica de equipamentos e serviços onera os custos da saúde e são considerados bens intangíveis quando se analisa os investimentos em conhecimento;
- Fluxo de produtos e serviços – “[...] conjunto de processos e respectivas atividades que unem as entradas e saídas de cada um dos elos [...] até entregar saúde e bem-estar aos pacientes, aos indivíduos saudáveis e à comunidade em geral” (PEDROSO; MALIK, 2012);
- Fluxo financeiro – ocorre do sentido final para o início da cadeia de valor, pois trata do financiamento, das transações financeiras, do mercado de consumo, de serviços e de conhecimento, entre outros. Nesta etapa do fluxo consegue-se analisar a eficiência dos elos anteriores e se há ineficiências no sistema;
- Fluxo de informação – retrata o alastramento das informações que ocorrem entre todas as atividades da cadeia de valor. Pedroso e Malik (2012) enfatizam que

Cinco fluxos principais podem ser identificados: (1) oferta e produção de produtos, serviços e tecnologias; (2) demanda de produtos, serviços e tecnologias; (3) disponibilidade financeira e acesso; (4) aspectos regulatórios; (5) conhecimento em saúde. Nesse contexto, os sistemas de informação em saúde podem ser utilizados para coordenar os fluxos de informação, bem como armazenar, organizar e disponibilizar os dados para as instituições, as empresas e os indivíduos que participam do sistema de saúde.

Por ser pulverizada, a cadeia de valor apresenta maior complexidade na sua forma de gestão, desta forma Pedroso e Malik (2012), afirmam que ao analisar estes elos/fluxos, pode-se identificar ineficiências em algum dos elos e levantar a melhor forma de alinhar os incentivos e relacionamentos entre eles.

3 METODOLOGIA

Nesta seção é apresentado o método para realização do trabalho, bem como o processo adequado para atingir o objetivo e a responder a questão de pesquisa. Posteriormente, foi descrito a forma como os dados foram analisados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Conforme Gil (2010), o presente estudo, em conformidade com seus objetivos pode ser classificado como de natureza aplicada, pois pretendeu-se buscar conhecimento para aplicação prática envolvendo os interesses locais. Appolinário (2011, p. 62) corrobora com a finalidade da pesquisa quando afirma “que a pesquisa aplicada seria suscitada por objetivos comerciais, ou seja, estaria voltada para o desenvolvimento de novos processos ou produtos orientados para as necessidades de mercado.”

Em relação a abordagem, a pesquisa tem caráter qualitativo, que segundo Gil (2010), a abordagem qualitativa realiza-se mediante contato direto e interativo do pesquisador com o objeto de estudo. A pesquisa apresentada configura-se como sendo de caráter exploratório em consonância com outras fontes para dar base ao tema pesquisado, procurando familiarizar-se com o objeto que está sendo investigado, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão.

Gil (2010) e Appolinário (2011) sustentam que pesquisa foi também descritiva e explicativa. A pesquisa é descritiva, pois procurou-se entender o objeto de estudo através da perspectiva dos participantes, além de não ter interferência na prática. Por outro lado, é explicativa, por conta do método de observação utilizado.

Caracterizou-se também em uma pesquisa do tipo bibliográfica, que de acordo com Gil (2010) foi aperfeiçoada a partir de material já produzido, composto principalmente de obras literárias e artigos científicos, neste estudo utilizou-se autores como Barbara Starfield, pioneira e especialista na parte de Atenção Primária à Saúde e Michael E. Porter, criador da Cadeia de Valor, que servirá de base para análise e criação de uma cadeia de valor para o serviço inovador da Cooperativa.

Por ser qualitativa, a estratégia mais adequada foi o estudo de caso, através da pesquisa de campo, com entrevistas, e observação não participante, a partir de roteiro e diário de bordo. Para Araújo *et al.* (2008), o estudo de caso refere-se a uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procura-se compreender, explorar ou descrever

acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. O estudo de caso envolveu a análise de um número relativamente pequeno de situações e, às vezes, o número de casos estudados reduziu-se em um. É dada ênfase à completa descrição e ao entendimento do relacionamento dos fatores de cada situação, não importando os números envolvidos.

Yin (2010, p. 49) defende que para estudos de caso, há cinco componentes importantes que são eles: “as questões do estudo; as proposições, se houver; a(s) unidade(s) de análise; a lógica que une os dados às proposições; e os critérios para interpretar as constatações”.

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE OBSERVACIONAL

O objeto do trabalho foi uma Cooperativa Médica, localizada no município de Chapecó-SC. Esta cooperativa foi escolhida, pela sua ampla estrutura e grande abrangência de cooperados na região Oeste e ainda, por ter implantado um projeto piloto na área de APS, há seis anos, atendendo inicialmente os seus colaboradores. Após essa experimentação, o pacote de serviços de APS foi aberto para outros beneficiários externos, em âmbito de um plano municipal. Outro fator para escolha desta Cooperativa é o fato de não haver relatos de outros estudos realizados sobre esta perspectiva na organização.

A Cooperativa Médica foi fundada em 1992 e tem como foco de atendimento à saúde, a Média e Alta Complexidade. Para prestação destes serviços, a Cooperativa possui um Hospital, um Laboratório de Análises Clínicas e um Centro de Diagnóstico por Imagem, com equipamentos de Tomografia Computadorizada, Ultrassom, Densitometria Óssea, Mamografia, Raio-x, Endoscopia, Colonoscopia e Broncoscopia. Atualmente conta com 300 médicos cooperados especializados nas mais diversas áreas e mais de 900 colaboradores que fazem parte do quadro de profissionais capacitados para proporcionar atendimento de qualidade para seus usuários. Em termos de clientes, a Cooperativa abrange toda a região Oeste e possui em sua carteira mais de 40 mil beneficiários assistidos pelo seu Plano de Saúde em 2019.

Com relação ao serviço de APS, objeto de estudo dentro da Cooperativa, o serviço foi criado em 2013, através de um pacote de serviços (na modalidade de plano de saúde)¹. Atualmente possui 3.163 clientes, sendo em sua maioria colaboradores (e seus dependentes) da própria Cooperativa Médica e clientes de Planos Pessoa Jurídica. A minoria de clientes referem-se a plano de pessoa física.

¹ Daqui em diante, o serviço de APS da cooperativa, será mencionado como Plano APS.

O Plano APS conta para além dos serviços contemplados nos planos de saúde tradicionais, como: atendimento médico, ambulatorial, hospitalar, exames e procedimentos de diagnose, o serviço de APS que consiste em atendimento por médico generalista (ou médico da família) realizado pelo NAPS, espaço específico para fazer esse atendimento, mediante agendamento. O atendimento pelo médico generalista, representa o principal contato do beneficiário e seus dependentes com os serviços de saúde da Cooperativa, no qual o NAPS coordenará o cuidado de forma contínua, integral e ao longo do tempo. Apesar de ser o principal contato, o Plano APS prevê que as especialidades de pediatria, oftalmologia, ginecologia/obstetrícia e anestesiologia, continuarão com agendamento direto no consultório da especialidade.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para elaborar a cadeia de valor do Plano de APS da Cooperativa, foram entrevistados 08 (oito) colaboradores relacionados às atividades primárias e de apoio, e 02 (dois) usuários, apresentados na seção 2.4. A seleção dos colaboradores para a entrevista seguiu o formato não-probabilístico, que segundo Appolinário (2011), o tipo de amostragem é por conveniência, pois os 10 (dez) indivíduos foram selecionados conforme comodidade e oportunidade.

Os colaboradores entrevistados foram: três médicos cooperados, sendo que um é médico de família e realiza atendimento no NAPS (Núcleo de Atendimento Personalizado à Saúde) e os outros dois são médicos especialistas, definidos conforme a acessibilidade e experiência dentro da unidade; a enfermeira coordenadora do NAPS, por ter conhecimento da gestão serviço; a enfermeira assistencial, por ter um apanhado geral das informações ligadas diretamente ao núcleo e por fazer o aporte aos médicos, além de entender de toda logística do setor; a coordenadora de gestão de pessoas, por ser responsável direta na seleção dos colaboradores e da análise de suas competências; a coordenadora de mercado em marketing, por ser encarregada de toda divulgação e comercialização do plano; o gerente corporativo, por possuir conhecimento da gestão do serviço, e ter uma visão completa das informações sobre a cooperativa; e, dois usuários, sendo uma colaboradora Unimed e uma usuária externa do plano de Saúde da cooperativa. Para a seleção dos usuários, levou-se em conta a faixa etária, tempo de adesão, a fim de obter diferentes pontos de vista sobre o produto e serviço oferecido.

Consoante ao Quadro 08, como há sujeitos entrevistados com o mesmo perfil profissional ou de entrevistado criou-se codinomes para cada um deles, a fim de evitar mistifório com relação aos entrevistados.

Quadro 08 - Entrevistado x Codinome

ENTREVISTADO	CODINOME
Médico do NAPS	Med 1
Médico Cooperado Especialidade 1	Med 2
Médico Cooperado Especialidade 2	Med 3
Enfermeira Coordenadora	Enf 1
Enfermeira Assistencial	Enf 2
Gerente Corporativo	GC
Coordenadora de Mercado em Marketing	MKT
Coordenadora de Gestão de Pessoas	GP
Beneficiário Colaborador	Ben 1
Beneficiário Externo	Ben 2

Fonte: Elaborado pela autora

3.4 PLANO DE COLETA DE DADOS

Os dados secundários foram coletados através de pesquisa documental, foram explorados os documentos fornecidos pela unidade cooperativa médica de Chapecó, e de pesquisa bibliográfica através de autores considerados referência na temática tratada, como Barbara Starfield e Michael E. Porter, sites, Organização Mundial da Saúde, Organização das Cooperativas Brasileiras, Agência Nacional de Saúde, entre outros. Já os dados primários do plano de coleta de dados deu-se por meio de diferentes entrevistas semiestruturadas, vide Apêndice A, caracterizadas por um roteiro previamente elaborado, dando devida atenção às perguntas básicas para o tema investigado, utilizando os termos de linguagem adequados, conforme os sujeitos da pesquisa. O roteiro de entrevista está no Apêndice.

3.5 PLANO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

De acordo com a definição de Gil (2008, p. 156),

A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

A partir de Gil (2008), as entrevistas realizadas com os diferentes sujeitos da unidade da Cooperativa foram gravadas, transcritas e analisadas com o intuito de organizar suas visões e percepções sobre o produto e serviços oferecidos, de que forma é realizada a gestão e sua atuação junto à comunidade, bem como apontar a convergência de informações fornecidas pelos entrevistados e se possível contribuir com ideias e inovações para o sistema atual.

Como medida de comparação e por ser referência na oferta de APS no país, foi explicitado a dinâmica de atendimento de uma Unidade Básica de Saúde do município de Chapecó, o número de profissionais e quais serviços são prestados à comunidade.

3.6 LIMITAÇÕES

Durante as visitas ocorreram algumas dificuldades na realização das entrevistas, visto que dependeu da agenda dos médicos e profissionais de saúde e o tempo que eles puderam destinar às mesmas. Além do acesso aos documentos, que foram apenas aqueles autorizados e cedidos pelos executivos e coordenadores da unidade. Com relação ao tempo para realizar a pesquisa também sofreu limitações, pois foi necessário passar por dois comitês de ética (o da Universidade e da Cooperativa), e isto dependeu das datas das reuniões e do entendimento por parte do examinador.

Por não haver uma prática de trabalhos universitários voltados a gestão deste tipo de serviço, todos são cobrados da mesma forma, porém neste caso específico foi estudar a gestão e criar a cadeia de valor do produto oferecido, sem contato com prontuários, pacientes e exames. Outra limitação encontrada foi o fato de não existirem pesquisas que envolvam o tema da APS no setor privado no Brasil, e principalmente, não foi encontrado nenhum trabalho que elaborou a cadeia de valor de um serviço de saúde privada.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o propósito de responder os objetivos do trabalho, priorizou-se mapear o serviço prestado pela unidade de estudo e para ter-se um parâmetro buscou-se conhecer a sequência de atividades desenvolvidas pelo NAPS e por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Chapecó. Esta seção está dividida em quatro itens, sendo o primeiro - a apresentação da UBS do município; o segundo - a cadeia de atividades da APS da cooperativa; o terceiro - a cadeia de valor da APS e por fim o quarto item que explora a análise da vantagem competitiva da APS da cooperativa.

Para fins de conhecimento buscou-se explorar a motivação da cooperativa médica em oferecer o Plano APS sob olhar dos entrevistados, para o Med 1 há a “melhora da qualidade de atendimento do cliente e perspectiva de redução de custos no atendimento à saúde”, o GC incrementa ao dizer “[...] é através dela que ocorrerá a sustentabilidade do plano de saúde na saúde suplementar”. Contrapondo o Med 2, não sabe dizer se estão levando em consideração o bem-estar do beneficiário, este acredita que seja para obter alguma certificação que a cooperativa ou o serviço talvez ainda não tenham, e existe um pensamento forte para obtenção das creditações.

A Enf 2 tem a percepção de que “A grande motivação é por ser um método novo [...] uma forma nova da pessoa ter o plano, [...] ser tratado de forma diferente. [...] que ele possa ser atendido como um todo.” Obter atendimento completo por toda equipe, com foco na saúde, deixando de focar na doença e desenvolvendo um trabalho em que o problema seja resolvido dentro do NAPS. MKT acrescenta “então a APS traz isso mais forte, no sentido de fazer a gestão da saúde dele, não da doença. Esse é o principal objetivo do APS.” Complementando, a Enf 1 declara que:

O modelo APS surgiu principalmente no sentido de sustentabilidade da cooperativa. Principalmente em vistas ao cuidado na atenção terciária da Saúde, onde as especialidades são buscadas com uma facilidade muito grande, porém nem sempre corretamente. Então entendemos que atenção primária à saúde é personalizada, em um formato onde a longitudinalidade e integralidade do Cuidado é tido com os beneficiários que nos procuram, a fim de podermos ter resolutividade no nosso cuidado, para que eles não precisem buscar essa atenção terciária, que são as especialidades. Somente em casos necessários mesmo, que a gente encaminha para essas especialidades.

Para o Med 3, tem-se uma maior agilidade nos agendamentos na APS e se houver a necessidade ter-se-á o encaminhamento ao especialista e “difícilmente a consulta com especialista vai ser tão rápida quanto a consulta com clínico geral do NAPS.”

Sob a ótica dos entrevistados, buscou-se verificar de que forma o capital humano da cooperativa internalizou a ideia/cultura da APS, considerando que a APS tem um viés de modelo de atendimento diferente do foco atual da empresa (médico-hospitalar), e a GP discorre que a cooperativa foi uma das primeiras a iniciar o processo e desta forma seus colaboradores internalizaram isso bem forte com a implantação do projeto piloto, visto que foram os primeiros a utilizar o serviço e “[...] essa questão de você ter um médico que consegue acompanhar todo o teu histórico e também se você precisar ir para o especialista ele também está a par da situação, isso te dá uma segurança.”

O GC agrega dizendo que o plano da aps da cooperativa “[...] é a solução para saúde suplementar, porque fica mais próximo do beneficiário e consegue tratar suas questões, no modelo tradicional o beneficiário busca o médico por vezes especialista para resolver demandas que muitas vezes não é resolvido por aquele profissional.”

O Med 1 e o MKT sinalizam a importância da Diretoria acreditar na importância da APS e abraçar a proposta fortemente, oferecendo apoio total e irrestrito. Que mesmo todos sendo médicos e que a medicina tem o viés de que o atendimento é focado no hospital, a cooperativa entendeu que esse processo é importante e que é necessário investir em outras áreas para que haja a sobrevivência da própria empresa, visto que “[...] o que tem de mais claro hoje, no Brasil e no mundo é a aps, é essa proposta de cuidado, de longitudinalidade, de gerenciamento da Saúde”. “Tanto que aps aqui já é discutida a mais de 6 anos. E Chapecó foi o primeiro a implantar um primeiro projeto piloto de aps no Estado de Santa Catarina”, afirma Med 1. E conclui “[...] é o futuro, não adianta né, isso é uma coisa que não tem como voltar atrás.”

Continuamente segue-se com a apresentação da UBS do município, que serve de apoio para comparação ao serviço prestado pelo setor privado.

4.1 APRESENTAÇÃO DA UBS DO MUNICÍPIO

No mês de maio de 2019, visitou-se uma UBS, localizada na região Norte da cidade, esta é responsável pelo atendimento de aproximadamente 3.500 pessoas que moram nos bairros arredores. Nesta unidade, têm-se dez profissionais contratados, mais os estagiários de enfermagem que são frequentes e os de medicina que fazem o acompanhamento do serviço médico, conforme Quadro 09. A unidade possui uma equipe multidisciplinar que atende também outras 04 UBS's, era composta por cinco profissionais, no entanto atualmente conta com apenas quatro, sendo uma nutricionista, um educador físico, uma psicóloga (está em falta,

como já citado), uma farmacêutica e uma assistente social. O foco dos profissionais do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - é prestar o atendimento em grupo, então tanto educador físico quanto a nutricionista, por exemplo, têm grupos de atendimento, não obstante, às vezes acontece de ter alguns casos especiais, em que o atendimento necessita ser particular ou em família com o psicólogo ou outro profissional, e este é realizado na própria unidade. Esse trabalho realizado pelo NASF, é feito apenas uma vez por semana.

Quadro 09 - Profissionais instalados na Unidade Básica de Saúde X

Profissional	Nº de Profissionais atuantes	Quantidade Horas semanais
Médico	01	40 h
Enfermeira Coordenadora	01	40 h
Dentista	01	40 h
Auxiliar de Dentista	01	40 h
Auxiliar de Enfermagem	03	40 h
Técnico de Enfermagem	01	40 h
Ginecologista	01	04 h
Pediatra	01	08 h
Agentes Comunitários	05	08 h
TOTAL	15	-

Fonte: Elaborado pela Autora

A UBS (ou Centro de Saúde da Família) faz a atenção primária à saúde buscando atender às premissas tratadas pelo SUS, e possui quadros informativos e de monitoramento do atendimento domiciliar pela equipe que efetua as visitas a fim de acompanhar as enfermidades, consoante com as Figuras 11 e 12. A Figura 11 apresenta os bairros, os lotes/casas em que há algum paciente com certa doença. A Figura 12 denota uma legenda para as cores dos marcadores colocados no mapa. Com o objetivo de manter a longitudinalidade dos atendimentos, é utilizado um sistema todo informatizado de responsabilidade da Prefeitura de Chapecó. Estes dados são repassados à base de dados do Governo Federal, chamado o registro do DataSUS, e está disponível *online*. Por se ter apenas uma enfermeira na UBS, e esta cuida de toda parte gerencial da Unidade, a promoção da saúde fica por conta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que visitam os domicílios da abrangência da UBS e das

estagiárias em enfermagem, que visitam escolas, produzem atividades junto à comunidade e às empresas da região. As empresas são pouco receptivas, e dificultam o trabalho da equipe.

Figura 11 - Mapa dos Bairros sob responsabilidade da UBS X



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde (2019) e UBS X.

Figura 12 - Legenda dos marcadores colocados sobre o mapa



Fonte: Painel da UBS X (2019)

Ao continuar com a análise do Quadro 09, deve-se citar que há um médico extra uma vez por semana para desafogar a agenda, que hoje está para vinte dias de espera, pois além dos atendimentos já agendados previamente, são atendidos os casos de demanda espontânea, que estão pré listados considerados prioridades ou urgência/emergência, a lista está disponível na Figura 13. Os casos de urgência, que não puderem ser atendidos na unidade, é realizado o primeiro atendimento e depois encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). E no caso de gestações de risco a paciente é encaminhada para Clínica da Mulher, para obter um atendimento mais direcionado e efetivo. Cabe destacar que a marcação de consultas é feita impreterivelmente pessoalmente, salvo no caso dos acamados e idosos, que podem ser marcadas por um familiar ou por telefone.

Com relação aos atendimentos realizados pela dentista, não passa pela recepção, nem pela triagem, tendo atendimento próprio. Atualmente a fila de espera para atendimento é de três meses, e a marcação é realizada na primeira sexta-feira do mês.

No tocante à equipe, percebe-se a necessidade de uma enfermeira assistencial, uma vez que só há uma enfermeira na unidade e a mesma tem que tomar conta de toda parte administrativa e coordenar todo o serviço. Percebe-se o quão é primordial a presença de pelo menos um técnico em administração para desempenhar tais atividades, todavia o ideal seria um administrador.

Tratando-se dos auxiliares de enfermagem, todos são técnicos em enfermagem que aceitaram a oportunidade de trabalho oferecida, recebendo como auxiliar e empenhando-se como técnico, prestando atendimento em todas as atividades que seja necessária, da recepção, passando pela triagem, coleta de exames, entre outros. O único técnico que trabalha e recebe conforme formação, é o responsável pela sala de vacinas. Em referência a vacinação, esta não necessita a passar pela triagem, basta procurar pela sala de vacinas.

Há uma ginecologista que atende uma vez por semana o dia inteiro e um pediatra, que consulta uma tarde por semana, suprimindo parcialmente a demanda.

Figura 13 - Lista de Demanda Espontânea.

Prioridades:	Urgência/Emergência:
<ul style="list-style-type: none"> • Acidentes cortantes; • Anatomopatológico alterado; • Alergias; • Arritmia; • Bradicardia; • Cefaleia; • Diarreia • Disúria; • Disfagia; • Doenças infectocontagiosas; • Dor abdominal aguda; • Dor de início súbito: Garganta, ouvido... • Dor em pós operatório; • Dor após trauma; • EQU alterado; • Exame de escarro alterado; • Feridas infectadas; • Gestante com dor; • Gestante com sífilis; • Glicemia alterada; • Hipertermia (t. maior que 38g); • Hipertensão Descompensada; • Hipotensão com mal estar; • Herpes zooster; • Herpes genital; • Mordida de animais; • Olho vermelho/conjuntivite • Paciente com Epilepsia sem medicação • Reação pós vacinal; • Sífilis; • Sintomas de abstinência; • Taquicardia; • Tonturas; • Urocultura alterado; • Vômito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso Sexual, • Acidentes Cortantes • Anafilaxia, • Automutilação, • Broncoaspiração • Convulsão • Crises convulsivas; • Danos por queimadura; • Emergências hipertensivas; • Epistaxe; • Fraturas • Grandes Queimaduras • Hemorragias digestiva alta e baixa • Referência de Ingestão Excessiva de Medicamentos ou Produto químico • Risco de suicídio • Sangramento Vaginal Abundante, • Trauma em Olho, • Violência graves
Atualizado em 24/09/2018.	AC.ENF.UFFS ANA E BRUNA W.

Fonte: UBS X (2019)

Os atendimentos que não se incluem na lista de demanda espontânea (vide Figura 13), são analisados pela equipe através da triagem do CSF, se houver espaço na agenda, o paciente

aguardará na recepção até ser atendido, isto é, após os pacientes previamente agendados passarem pelo médico, sendo considerado o último da fila. Em se tratando da triagem cabe salientar que para melhorar e agilizar o atendimento, os próprios funcionários compraram, em conjunto, um esfigmomanômetro digital e um termômetro de testa digital. Mesmo estando sem recursos humanos suficientes para desempenhar todas as atividades exigidas, os colaboradores conseguem desempenhá-las devido ao entrosamento, empatia e parceria de toda a equipe.

A seguir será relatado sobre a cadeia de atividades da APS, a cadeia de valor da APS e a análise da vantagem competitiva da APS da cooperativa.

4.2 CADEIA DE ATIVIDADES DA APS DA COOPERATIVA

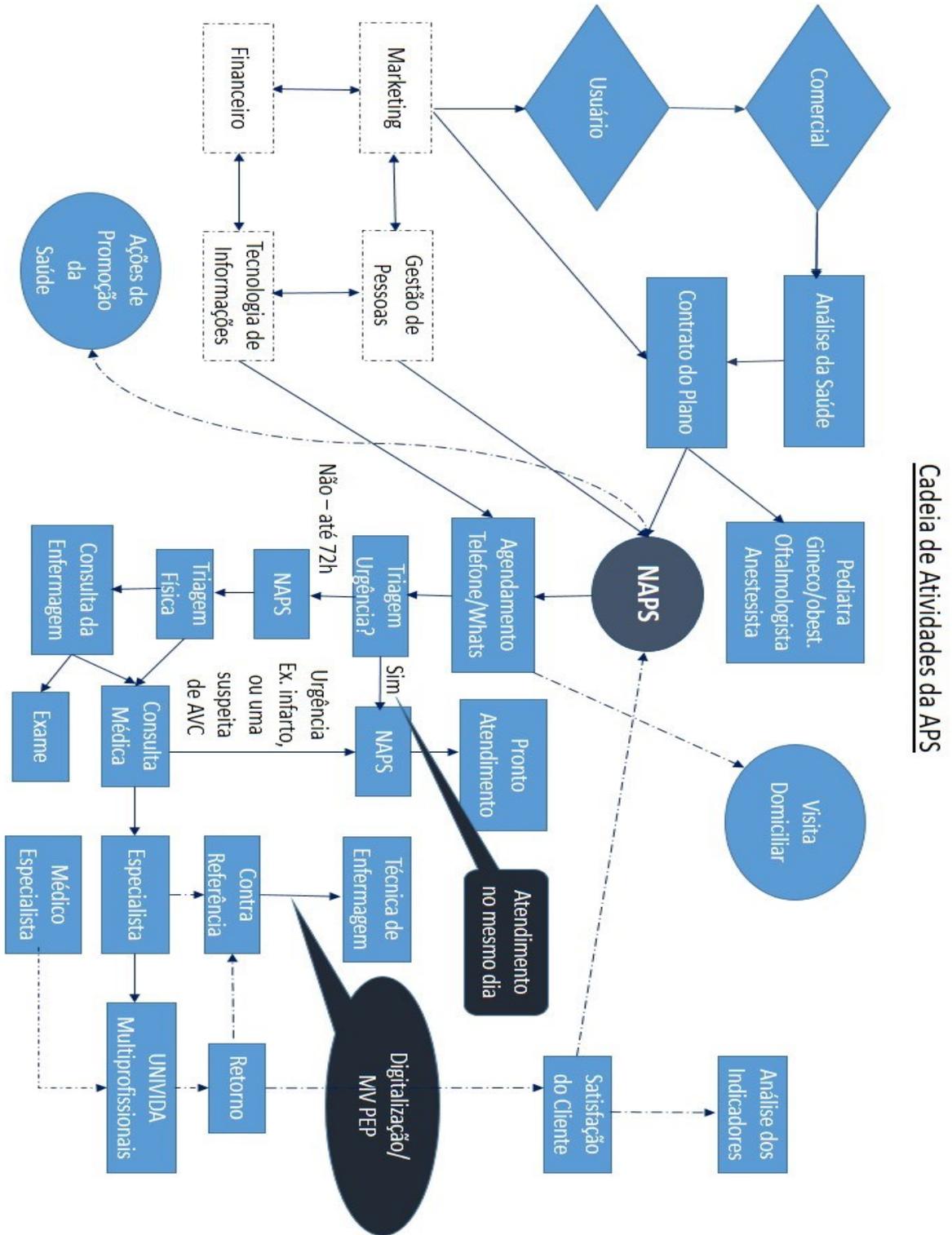
Relembrando que o Plano APS, chamado de Personal pela equipe de vendas, partiu de um projeto piloto, iniciado há seis anos, voltado primeiramente com exclusividade aos colaboradores e familiares dos mesmos, e há pouco mais de dois anos passou a ser comercializada como único plano municipal oferecido para pessoa física, e para pessoa jurídica têm-se outras modalidades, porém este é o mais barato.

Ressalva-se que ao implantarem um projeto piloto, não houve uma análise criteriosa de mercado local para levantar o perfil/comportamento dos clientes em potenciais, quais as reais necessidades da população e quanto estariam dispostos a pagar por tal produto. Cabe salientar também que nos últimos cinco anos a cidade recebeu muitas clínicas médicas populares que possuem consultas com valores bem inferiores aos praticados pelo plano no município, por meio da co-participação, porém tais clínicas não oferecem o serviço do médico da família, apenas especialistas.

A prestação do serviço de APS da Cooperativa é realizado no NAPS, que está localizado na Av Fernando Machado, na cidade de Chapecó. O NAPS possui uma estrutura física enxuta, contemplando seis médicos, duas enfermeiras, uma técnica em enfermagem e um assistente administrativo, responsável pela recepção e pelo agendamento das consultas. O NAPS funciona de segunda a sextas-feiras, das 8h ao 12h, e, das 13h30 às 17h45.

Então buscou-se entender por meio das entrevistas quais eram as atividades pertinentes ao NAPS, como estas se desenvolviam e seus elos, através do exposto na Figura 14, criou-se a cadeia de atividades da APS da cooperativa.

Figura 14 - Cadeia de valor da APS da cooperativa

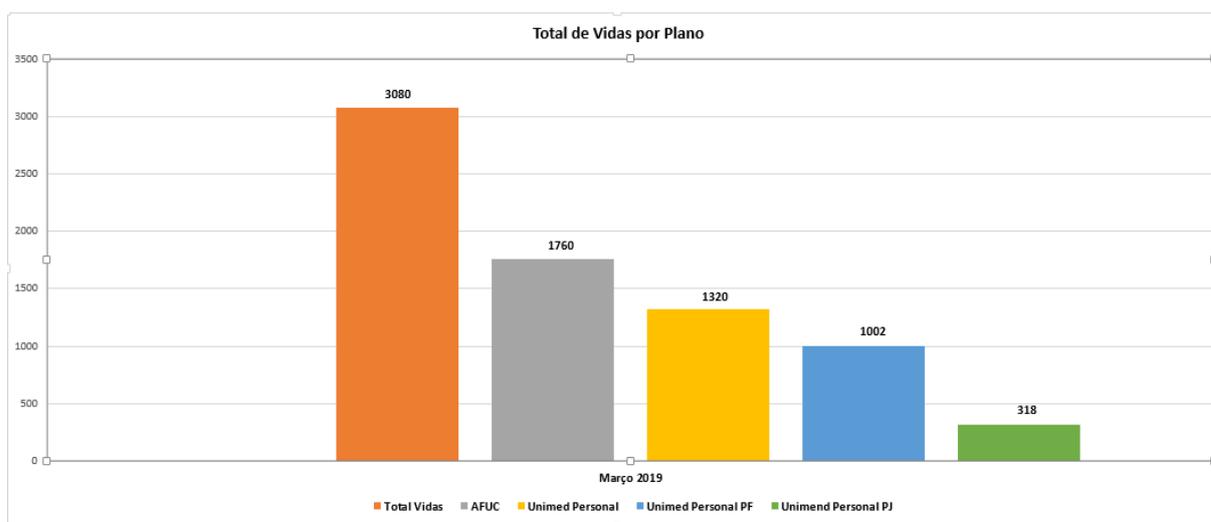


Fonte: Elaborado pela autora

Nesta cadeia de atividades tem-se como produto principal a saúde que gira em torno do beneficiário, este tem conhecimento do plano a partir do primeiro contato realizado pela equipe comercial, que utiliza o setor de Marketing como suporte e alicerce para venda, canto superior esquerdo da Figura 14. Um aspecto ressaltado durante a entrevista pelo MKT foi “nós, acreditando nessa nova metodologia desse novo conceito, conseguimos também levar isso para o mercado e fazer a venda desse produto com maior segurança, até porque nós podemos atestar que funciona, porque nós também utilizamos.”

Após este momento, há a identificação do tipo de cliente (pessoa física ou jurídica), sendo realizada a proposta comercial, a análise da saúde e por fim a contratação do plano Personal, ao final do mês de abril este serviço contava com 3.163 usuários, um acréscimo de 2,62% comparado ao mês anterior, que eram 3.080 usuários, conforme Gráfico 01, destes mais da metade são colaboradores e familiares, na legenda chamados de AFUC.

Gráfico 01 - Total de Vidas por Plano



Fonte: Dados fornecidos pelo NAPS

Em sequência à conclusão e a assinatura do contrato, o beneficiário passa por um período de carência para utilização do plano que varia entre 30 a 300 dias, salvo as exceções de urgência e emergência que são de apenas 24 h. Posteriormente, o cliente pode usufruir do mesmo. É neste momento que começam as diferenças com os demais planos e as semelhanças às que encontram-se no SUS.

A principal diferença com relação aos outros planos oferecidos pela cooperativa, é que em todos os outros o usuário pode escolher o médico que vai lhe atender, e a quantidade de

consultas que este quiser. Contudo, no Personal apenas quatro especialidades são abertas para consultas, segundo os entrevistados e o material analisado, sendo: pediatria, ginecologia/obstetrícia, oftalmologia e anestesia.

Ainda no mesmo tópico, quando questionados do porquê estas especialidades são abertas, muitos não souberam o real motivo, os entrevistados apontaram que a razão poderia ser o nível de especialidade, ou a quantidade de equipamentos específicos no caso da oftalmologia, ou até mesmo a fim de evitar atritos com determinadas especificidades médicas, exemplo, como relatado, a confiança que as mulheres já tem em sua ginecologista, os pais que têm um vínculo com os pediatras que já acompanham seus filhos desde o nascimento. Contudo estas especialidades abertas deverão ser revistas, tendo em vista que o processo de acreditação de qualidade de APS, que segue orientação da ANS, exige que o NAPS contemple em seu grupo de atendimento, um pediatra, que é uma das especialidades que é obrigatória se ter no local de atendimento.

Em relação a semelhança ao SUS constatou-se a presença do médico da família, aquele que fará o acompanhamento ao longo da vida, e futuramente a presença do pediatra. Portanto, o cliente tem as duas opções, optar por alguma das quatro especialidades abertas ou se necessitar de outro diagnóstico, deverá entrar em contato com o NAPS. Consoante com as entrevistas, a forma de marcar/agendar uma consulta pode ser através de ligação telefônica, *whatsapp*, pessoalmente, ou por sistema de comunicação interna *on-line* para os colaboradores da cooperativa.

A recepcionista faz uma triagem prévia com a intenção de verificar se há uma urgência ou emergência, visto que se a resposta for positiva, o paciente deverá ir ao pronto atendimento, em razão do NAPS não ter um espaço físico adequado para tal atendimento. Caso não for diagnosticado urgência/emergência, é realizado o agendamento, que dependendo dos sintomas relatados podem ser no mesmo dia (casos como febre, dor, sintomas respiratórios, vômitos, diarreia entre outros) ou em até 72 horas (consultas normais), como preconiza a ANS. Cabe salientar, em conformidade às entrevistas realizadas, que se a recepcionista não conseguir efetuar a triagem pode solicitar o auxílio da enfermeira do setor.

O usuário ao chegar no núcleo para sua consulta, passa pela triagem física (mede-se a pressão, temperatura, e verificam-se os sinais vitais). Na sequência passa pela consulta da enfermagem, que pode seguir para o exame (entre estes o eletrocardiograma, a lavagem de ouvido, a coleta de citopatológico e a aplicação de injetáveis) ou ser encaminhado ao médico.

Por outra forma, pode ser direcionado diretamente para o consultório médico sem passar pela enfermagem.

Se o paciente apresentar algum sintoma que seja necessário encaminhamento para o pronto atendimento (PA), como apontado pelo Med 1 ao explicar: “Nós elaboramos recentemente um fluxograma junto com o PA de como nós fazemos os encaminhamentos das urgências e emergências que precisam ser encaminhadas.”, e complementa com um exemplo, “o paciente veio aqui e o médico suspeitou de infarto agudo do miocárdio, [...] então a gente aciona o serviço de SOS e se precisa do médico junto, a gente chama com o médico pra ele fazer o transporte daqui até o hospital. Porém, se o paciente não precisa por estar estável, bem, consegue caminhar, e precisa efetuar uma medicação endovenosa é chamado o SOS e a enfermeira é quem o acompanha”.

Esse atendimento é todo registrado em prontuários eletrônicos, que estão disponíveis apenas dentro da rede interna da cooperativa, ou seja, os médicos cooperados não conseguem ter acesso aos mesmos em seus consultórios particulares.

Quando o médico do NAPS não consegue efetuar o diagnóstico, pode solicitar exames complementares ou encaminhar para um especialista, “qualquer um, menos oftalmologista, ginecologista, pediatra e anestesista, esses quatro especialistas são livres, as pessoas escolhem qualquer um e vão”, ressalta Med 1, através de uma carta chamada de referência, segundo confirma o Med 1, “nós temos o documento formal, pronto, padronizado, que a gente preenche e encaminha ao especialista.” Já o especialista ao atender o paciente encaminhado via médico da família, tem a responsabilidade de retornar a contrarreferência ao NAPS. “Mas a partir do momento que eu faço a contrarreferência, que entrego o envelope fechado para a recepcionista, eu não sei para onde esse envelope vai, quem que abre, quem que lê, né? Eu não sei.”, alerta a Med 2.

Assim como o médico da família também não sabe o que está acontecendo e as informações ficam perdidas até o instante em que há o retorno da contrarreferência que detalha a saúde do usuário, o que foi feito e se tem a necessidade de retorno a este especialista. No momento deste recebimento pelo Núcleo, a técnica de enfermagem faz a digitalização e o insere no prontuário eletrônico do paciente, através do programa chamado MV PEP.

Tanto o especialista, quanto o médico do NAPS podem solicitar atividades, junto ao UNIVIDA, com os profissionais da nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, entre

outros. Todos os serviços realizados dentro da rede interna, sejam estes de imagem, exames, fonoaudiologia, nutricionista, pronto atendimento e assim por diante, ficam registrados dentro sistema e dão continuidade ao histórico do paciente, e desta forma o médico e a equipe do NAPS sabem exatamente o que está ocorrendo.

Se o paciente for idoso e tiver dificuldade para se locomover, bem como os pacientes acamados, a equipe de enfermagem faz a visita domiciliar a fim de dar seguimento no tratamento ou diagnóstico.

Com este estudo verificou-se que não há nenhuma forma incisiva de medir a satisfação do cliente em relação a APS, pois como esclareceu o Med 1, “a gente está montando agora, pois é um dos itens para acreditação e também estamos, sim, organizando a forma de avaliação que tenha realmente fundamento e contribua para o trabalho”.

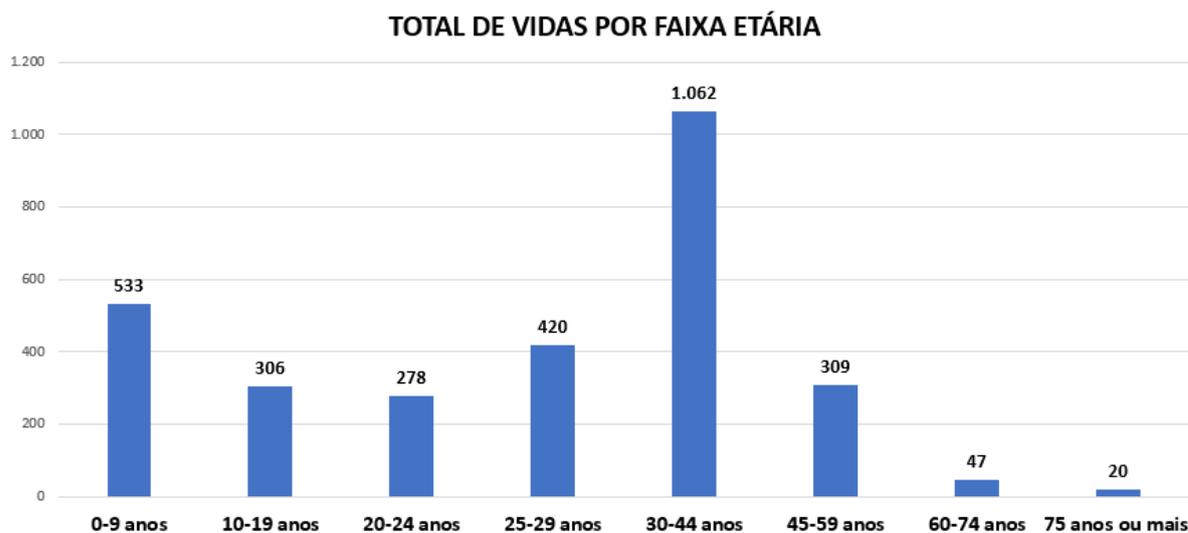
Dentre as atividades que envolvem a APS, foi questionado aos entrevistados se eles sabiam quais eram as ações de promoção de saúde que são realizadas, porém nem todos souberam responder, somente as pessoas ligadas diretamente ao setor conheciam tais atividades, destacando a ótica da Enf 2 e do Med 1, tem-se programas específicos destinados aos pacientes considerados crônicos, também para os diabéticos, gestantes (com o objetivo de desenvolver a educação em saúde) e mais recentemente foi criado um grupo de apoio aos colaboradores do hospital que sofrem com algum transtorno ou queixa ligada a saúde mental (já está no terceiro grupo), este tem como finalidade de “[...] auxiliar, administrar melhor a ansiedade, os problemas do dia a dia, de ordem familiares, de trabalho”, acrescenta Med 1, e tem apresentado um resultado muito bom, segundo o entrevistado.

Cabe ressaltar que as atividades de promoção à saúde vêem a saúde como um todo e são diferentes das atividades voltadas à prevenção de doenças, pois para este último o objetivo é a ausência de doenças. A Enf 1 expõe que no momento estão sendo identificados “[...] os perfis dos usuários, e no caso de hipertensos e obesos, são adotadas políticas para promover a saúde, como atividade física, por exemplo. O mesmo ocorre para o grupo de crônicos e diabetes.”

Apesar de todas as atividades de promoção à saúde apontadas, a Cooperativa ainda busca afunilar e cruzar os dados que estão sendo levantados de modo a encontrar novas formas de intensificar as ações na promoção da saúde aos seus usuários saudáveis, com a intenção de evitar doenças futuras. Isso ocorre devido ao fato da população do NAPS ser em sua maioria jovem e estar saudável, com idade entre 20 a 44 anos, ou seja 57,14% do total de vidas,

conforme Gráfico 02. É possível também perceber a oportunidade que a cooperativa têm em suas mãos, em virtude de um público extremamente jovem, que utiliza pouco do sistema e torna totalmente viável o produto, bastar-se-á garantir a qualidade da saúde destes, para garantir a sustentabilidade da cooperativa e obter lucro.

Gráfico 02 - Total de Vidas por Faixa Etária



Fonte: Dados fornecidos pelo NAPS

Retornando sob a ótica da prevenção, relatou-se que são realizados investimentos em saúde secundária, como exemplo foram citados os exames de mamografia, em mulheres com idade a partir dos 40 anos, com uma frequência anual, como forma de prevenir o câncer de mama. Exames de rotina trazem uma alta resolutividade no sentido de identificar precocemente possíveis tipos de cânceres e outros agravos de saúde. Com o propósito de diminuir o número de casos, estratifica-se e identifica-se os cânceres em estágio inicial, para que consiga-se propiciar a cura ao beneficiário do Plano APS. Do contrário ter-se-á um câncer em estágio avançado, o que prejudica a qualidade de vida, a estimativa de vida, e com relação aos custos para a cooperativa, aumenta consideravelmente.

Após ser demonstrada a cadeia de atividades e sua relevância dentro do sistema, o próximo passo será apresentar a cadeia de valor da APS, incorporado à cooperativa médica.

4.3 CADEIA DE VALOR DA APS

A cadeia de valor da APS foi baseada nas entrevistas e na cadeia de atividades, separando-as em atividades primárias e de apoio sustentadas pela cadeia genérica de Porter (1989), deste modo buscou-se elencar as atividades destacadas a fim de encontrar o valor do produto oferecido, neste caso a APS.

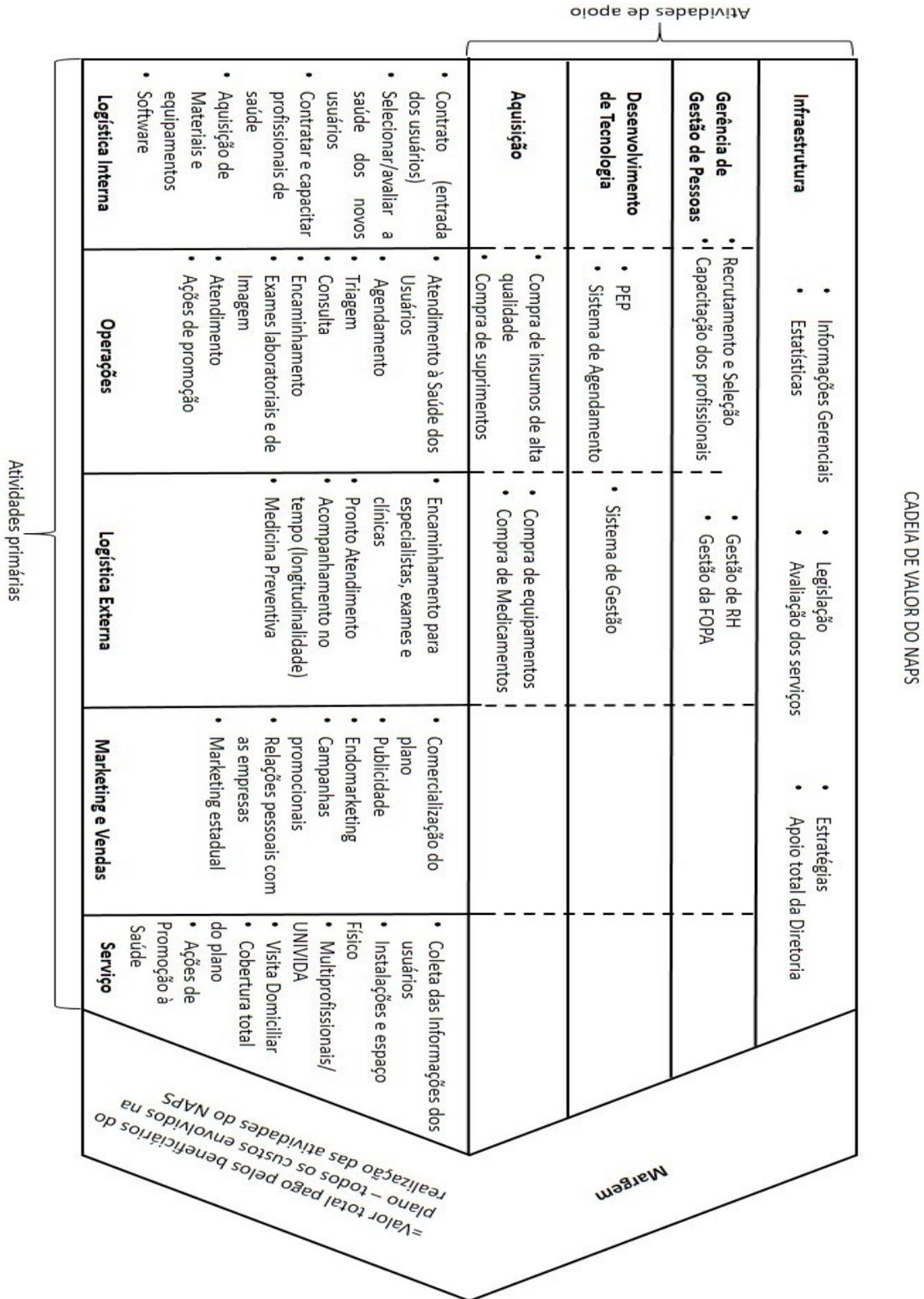
No que diz respeito às Atividades Primárias englobam-se: a Logística interna, Logística externa, Operações, Marketing e Serviços. Para as atividades de apoio tem-se: Desenvolvimento de Tecnologia, Gerência de Gestão de Pessoas, Infraestrutura, Aquisição. Com o intuito de personificar, elaborou-se a cadeia de valor da seguinte forma, Figura 15, a qual pode-se ter uma visão clara e objetiva do NAPS. Segue as atividades primárias:

- ✓ Logística Interna: Faz parte deste item a entrada dos novos usuários mediante contrato e avaliação de saúde destes; A seleção e capacitação de profissionais de saúde com competência para exercerem suas funções na APS; A aquisição de materiais e equipamentos necessários para a funcionalidade e andamento mais assertivo do Núcleo. Por fim, o software que produz informações desde o agendamento até o histórico completo da saúde do usuário, incluindo exames, consultas, imagens, procedimentos, e entre outros.
- ✓ Operações: Compreende todo o atendimento de APS voltado a saúde dos usuários, sendo imprescindível o contato com o usuário para que este ocorra, do mesmo modo que envolve diversos profissionais. Atendendo o primeiro pilar da APS tem-se a acessibilidade, com o processo de agendamento realizado pelo auxiliar administrativo; a triagem que é realizada pela técnica de enfermagem; as consultas com os médicos ou enfermeira responsável, tendo a finalidade de conhecer melhor o usuário e ampliar a relação de empatia e confiança ao longo do tempo, possibilitando um serviço mais humanizado. Tem-se ainda os encaminhamentos quando necessário, os exames laboratoriais e de imagem executados no complexo da cooperativa, os atendimentos clínicos e as ações de promoção à saúde, que garantem a integralidade da APS.
- ✓ Logística Externa: Este tópico agrega a si as funções que ocorrem fora do universo do NAPS, mas que ainda assim possuem correlação com toda a Cooperativa, no caso o encaminhamento à especialistas ou por especialistas, à exames, clínicas, entre outros. O acompanhamento e armazenamento do histórico através do tempo, constituindo o pilar

da longitudinalidade, que mantém todas as informações do paciente. A medicina preventiva ocorre por meio de ações com foco em prevenir doenças ao invés do tratamento em si, neste caso a UNIVIDA é a estrutura parceira para a saúde complementar.

- ✓ Marketing: Responsável por toda a estratégia de publicidade, endomarketing voltado para os colaboradores e com propagandas institucionais veiculadas nas áreas internas e materiais impressos como *folders* e *banners*, comercialização e apresentação do plano para pessoas físicas e jurídicas, esta última com a presença do médico da família *in loco* para sanar possíveis dúvidas dos futuros usuários e aproveitar o momento para uma aproximação em vista da humanização do serviço, as campanhas promocionais de abrangência estadual.
- ✓ Serviços: Neste item enquadram-se as instalações e o espaço físico da APS que no momento não possui as condições necessárias para aplicações endovenosas, suturas, coleta para exames laboratoriais, ou seja, procedimentos/cirurgias ambulatoriais; A equipe de multiprofissionais composta por psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, entre outros; Visita domiciliar a pacientes acamados, idosos com dificuldade de locomoção e outras peculiaridades; Cobertura total do plano inclui desde urgências e emergências passando por consultas médicas, análises clínicas, exames, fisioterapias, internações, cirurgias, e todas as demais coberturas no rol da ANS; A coleta de informações dos usuários por meio de pesquisa de satisfação, que até o momento não está ocorrendo; E por fim as ações de promoção à saúde.

Figura 15 - Cadeia de valor do NAPS



Fonte: Elaborada pela autora (2019)

Como pode-se ver as áreas de apoio são: a infraestrutura, a gerência de gestão de pessoas, o desenvolvimento de tecnologia e a aquisição. Quando questionados como estes setores ligados à administração poderiam auxiliar para melhorar os serviços de APS da cooperativa os entrevistados passaram sua visão e desta forma foram elencados os pontos principais, separados por áreas, são estes:

- ✓ Desenvolvimento de Tecnologia (TI) - citada por praticamente todos os respondentes como o ponto chave da APS, por garantir desde o agendamento do paciente até o armazenamento de todo o histórico do mesmo, no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), quase como um diário de bordo, através de um sistema disponível pela intranet a todo complexo da cooperativa. De fato auxilia na construção de um diagnóstico e permite gerar uma ação preventiva perante às descobertas. Por gerar dados e informações e por meio deste busca-se a possibilidade de confrontá-las. Como explicitou a GP:

[...] porque às vezes eu tenho um colaborador que tá apresentando um tipo de comportamento e tá apresentando atestado na saúde ocupacional e que tá sendo acompanhado pela APS, qual é o link que vai se fazer entre esses três setores para identificar qual é o real problema dessa pessoa? Porque ele está apresentando um problema aqui na Unimed comportamental, e está apresentando atestado ali e frequentando a APS. Qual é o diagnóstico principal? Será que ao diagnosticarmos e tratarmos aqui na APS como preventivo, não vai resolver esse comportamento dele, não vai minimizar a apresentação deste atestado?

- ✓ Gerência de Gestão de pessoas - auxílio e preparo de treinamentos, cursos; selecionar capital humano com o perfil de APS, recrutar, concretizar contratos de trabalho, é importante para pagamentos da folha e todos os impostos envolvidos, efetuar testes psicológicos, e por fazer toda a gestão de pessoas da organização. No ponto a que se refere unicamente a gestão de pessoas identificou-se a primordialidade de um olhar mais crítico, devido ao remanejamento de capital humano dentro da organização que não aloca as competências adequadamente conforme a necessidade dos setores.
- ✓ Aquisição - Atividade de suma importância para a APS que utiliza de normas, procedimentos, sistemas de TI e bom relacionamento com fornecedores para a realização da compra correta, de forma eficiente e eficaz, de insumos de alta qualidade, equipamentos para exames, suprimentos e medicamentos. A aquisição precisa ser bem delineada para evitar erros e desperdícios de materiais e de tempo.
- ✓ Infraestrutura - i) Através dos produtos gerados pela TI, geram-se estatísticas com base nestes dados para subsidiar as estratégias que serão elaboradas e têm-se informações que servem para tomada de decisão por parte da gestão; ii) O apoio total da diretoria,

por entenderem que o futuro da cooperativa depende de beneficiários que se mantenham saudáveis ao longo da vida é um diferencial da instituição; iii) O uso da legislação, pois como argumentou o Med 1 “ a ANS também comprou a ideia e daqui a pouco estará determinando que todas as operadoras implantem isso de forma obrigatória. Por enquanto ela está deixando isso aberto, mas já está criando as normas e providenciando as creditações”.

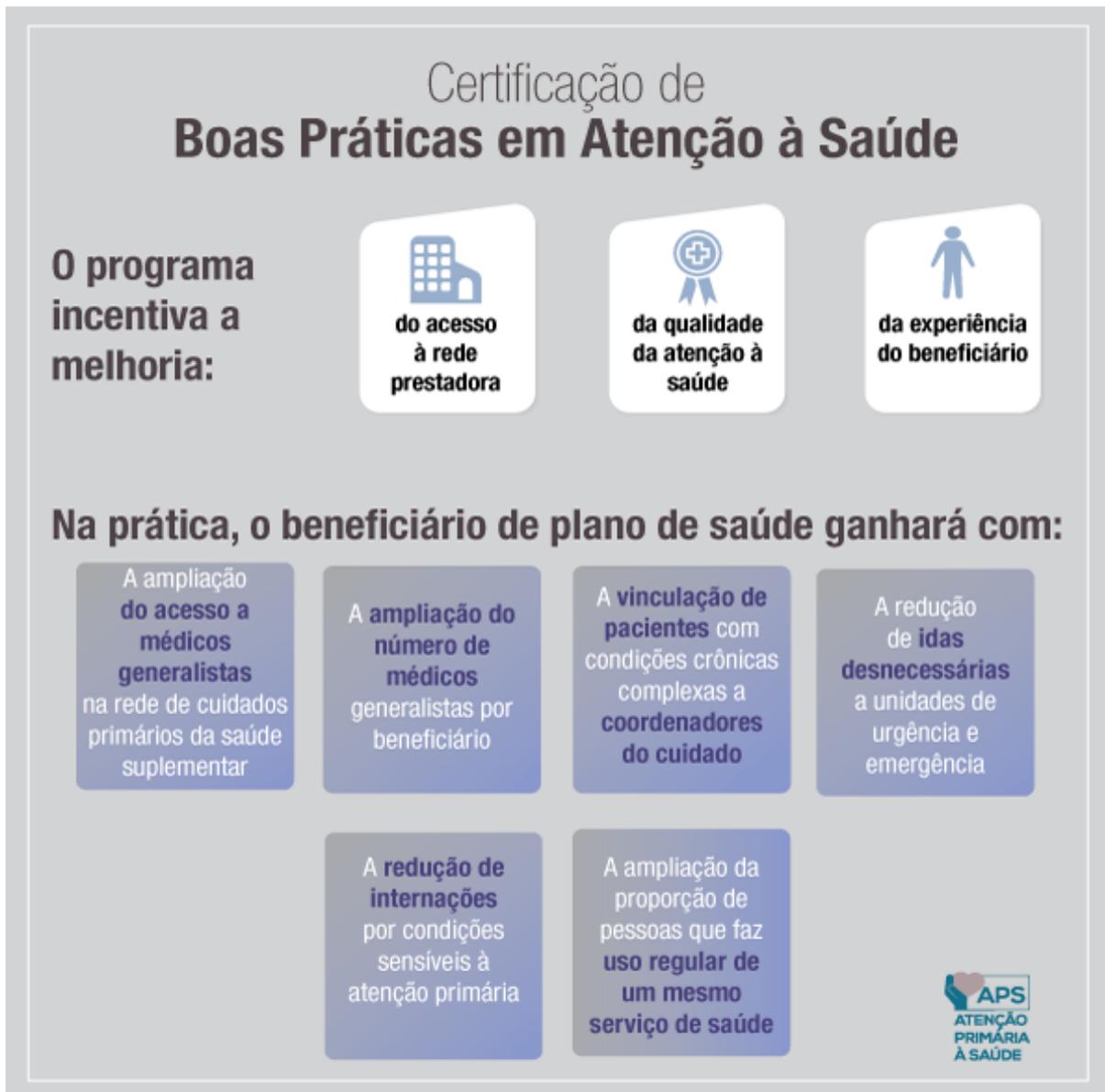
A exemplo temos a Resolução Normativa - RN Nº 440, que trata com exclusividade do programa de certificação de boas práticas em APS de operadoras e planos privados de assistência à saúde, conforme exposto na Figura 16, que destaca quais os benefícios ao usuário do plano e quais as melhorias que são incentivadas pelo programa. Pode-se citar que os entrevistados alertaram sobre uma falta de avaliação por parte dos usuários do Plano APS e não sabem dizer o grau de satisfação destes em relação ao produto.

Ainda na perspectiva da RN nº 440 em seu anexo IV, vale ressaltar que consta o número de profissionais necessários para uma cobertura populacional mínima, constituindo-se uma equipe de APS para atender no máximo 2500 vidas, neste caso cita-se a composição da equipe:

- 1 médico da família ou especialista em clínica médica com capacitação em APS;
- 1 enfermeiro especialista em saúde da família ou generalista;
- 1 profissional da área da saúde de nível superior.

E os tipos de certificações em APS a serem alcançados pela Cooperativa segundo a ANS, são divididas em: certificação básica nível III, que atende os requisitos para adultos e idosos; intermediária nível II, que visa atender, além do que preconiza o nível III, crianças, adolescentes, gravidez, parto e os cuidados pós parto; e plena nível I, que considera qualquer faixa etária e condição de saúde.

Figura 16 - Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018)

4.4 ANÁLISE DA VANTAGEM COMPETITIVA DA APS DA COOPERATIVA

Na Cooperativa Médica, o atendimento via NAPS comparando com a UBS relatada, apresenta uma equipe também enxuta, porém, com maior retaguarda principalmente de estrutura de média complexidade, algumas de alta complexidade, serviços, atividades, acreditação e investimento por parte da gestão. Isso é possível devido a coordenação da APS que trabalha de maneira engajada e coesa junto a diretoria da cooperativa tendo uma visão

holística dos processos, além de já ter concretizado o projeto piloto implantado inicialmente com os colaboradores e manter-se ao atendimento exclusivo de beneficiários residentes no município de Chapecó.

Relatou-se através das entrevistas, que são realizadas reuniões semanais da coordenação do NAPS e direção da Cooperativa, desde o mês de novembro de 2018, onde são identificadas situações que precisam ser resolvidas ou organizadas, considerando também os indicadores e quais frentes merecem um plano de ação mais assertivo, estas são precedidas por uma coordenação, que envolve tanto médico quanto enfermeira. Após a discussão no Núcleo, fica a tarefa para a diretoria dar o aval e permitir as ações, no entanto é pertinente destacar que a coordenação de equipe tem certa liberdade para realizar mudanças convenientes ao processo de acreditação do setor, para envolver todos da cooperativa e alinhar os processos.

Percebeu-se que a coordenação busca através de *benchmarking*, em outras unidades cooperadas que foram pioneiras no oferecimento da APS fora do estado de Santa Catarina, estratégias, aprendizados, com a perspectiva de adequar dentro da realidade local e aprimorar suas atividades. Há também a realização do comparativo do custo que o beneficiário trouxe antes e depois da existência da APS, segundo a Enf 1 consegue-se fazer um levantamento de quão bom está sendo o cuidado do NAPS com relação a saúde do beneficiário, incluindo os grupos específicos. Entretanto não há até o momento indicadores de qualidade que mensurem de forma segura o serviço prestado.

De acordo com as informações prestadas pela Enf 2 e pelo Med 1, o nível de resolutividade atualmente é em média 85%, de tudo o que se consulta o objetivo é ser resolvido dentro do NAPS, atendendo o que preconiza a ANS, contudo há um paradigma a ser quebrado visto que muitos usuários procuram o Núcleo atrás de um encaminhamento para um especialista. O mesmo ocorre na UBS, a qual a população, desinformada, tem a UBS como referência de saúde local, e a procura nos casos em que já se encontra com alguma doença específica e necessita de encaminhamento ou a procura para fins de prevenção, como exemplos pode-se citar preventivos e vacinas.

Cabe salientar que há uma divergência significativa com relação ao armazenamento das informações no processo da longitudinalidade, considerando que no SUS do município todo o atendimento que é realizado pelo médico da família, os exames feitos, as consultas aos médicos especialistas, ficam registradas e arquivadas em um único sistema e todos do corpo clínico técnico têm acesso aos dados. Com relação a Cooperativa estudada, percebe-se que os dados

ficam armazenados apenas dentro da intranet e os cooperados não têm acesso aos dados em seus consultórios.

Os médicos entrevistados alegam sentir pela falta de dados globais do paciente que são extraídos pelo médico da família, que não sabem se o paciente deu seguimento ao tratamento ou a outro especialista como foi lhe indicado, permitindo interpretações destoantes aos casos apresentados. Como citado anteriormente, a carta de referência e contrarreferência serem manuscritas, gera dificuldades ao processo. Outro ponto muito relevante para a situação, é o fato do encaminhamento ao especialista gerar o pagamento em dobro da primeira consulta, onerando os custos dirigidos ao NAPS.

Outro aspecto a ressaltar, é que os médicos especialistas desconhecem o número de médicos atuantes no NAPS, como a equipe está disposta, e quais atividades são promovidas e realizadas pelo núcleo. Em contrapartida, os médicos da UBS tem conhecimento da equipe do NASF, fazendo com que seja integralizada a saúde.

Percebe-se um desafio muito grande por parte do NAPS semelhante ao vivenciado pela UBS, que é assegurar o vínculo do médico da família com a instituição. E a mudança de cultura e quebra de paradigma da sociedade, enraizada inclusive nos cooperados que necessitam de incentivo e motivação da instituição para aderir ao propósito da APS, visualizá-la como uma aliada para a sustentabilidade do negócio da cooperativa, pois reduz custos futuros, promove a saúde, economiza tempo, e amplia a confiança da relação médico-paciente, essencial para o bem estar do paciente, em virtude de que o paciente vai engajar-se ao tratamento prescrito resultando no aumento do grau resolutividade e de satisfação do paciente. Ratificando o fato citado acima, o Med 1 contextualiza que:

Hoje, os maiores desafios, é primeiro mudar a forma de entendimento do que é saúde, por parte de todo mundo, dos usuários e dos Profissionais de Saúde, porque a gente tem um modelo de assistência médica e assistência de saúde muito voltado para doença, para o exame, para consulta do Especialista. Então isso é um grande desafio, é mudar a forma de ver saúde, fazer com que as pessoas entendam que é muito melhor para elas esse atendimento integral.

Para superar esse desafio, o trabalho do Marketing é imprescindível e precisa ser mais incisivo em alguns aspectos, tais como: ajudando a quebrar o paradigma citado, ampliando o endomarketing para que colaboradores e cooperados tenham conhecimento das ações realizadas pela equipe da APS, quem é a cara da APS, mostrando os médicos da família, equipe de enfermagem e suporte, a importância dessa etapa pode ser destacada pelas palavras do Med 1:

Lidar com as questões médicas partindo do pressuposto que é uma cooperativa médica, logo os donos, os chefes, são os médicos, então a gente precisa mobilizar toda a classe médica para que ela entenda que não vai sofrer nenhum tipo de perda com a APS, pelo contrário, ela vai trabalhar naquilo que realmente é a sua especialidade. Então isso é um desafio, existem algumas resistências, resistência por parte inclusive dos usuários, que querem ir para o especialista, que querem só o encaminhamento para o médico especialista. Deve-se fazer todo um trabalho de educação, de convencimento, e de mostrar resultados de que esse trabalho dá certo e traz melhorias na qualidade e benefícios para o cliente e para os cooperados.

Após internalizar na instituição, promover esse conhecimento ao público externo para obter mais adesões, não focando apenas nos contratos com pessoa jurídica; outra abordagem a se fazer é usar as mídias sociais para propagação do conceito de se ter um médico da família e da importância de adquirir o plano APS; Assim como promover uma pesquisa de satisfação para ouvir o cliente/contratante da APS e as suas considerações com relação ao serviço prestado.

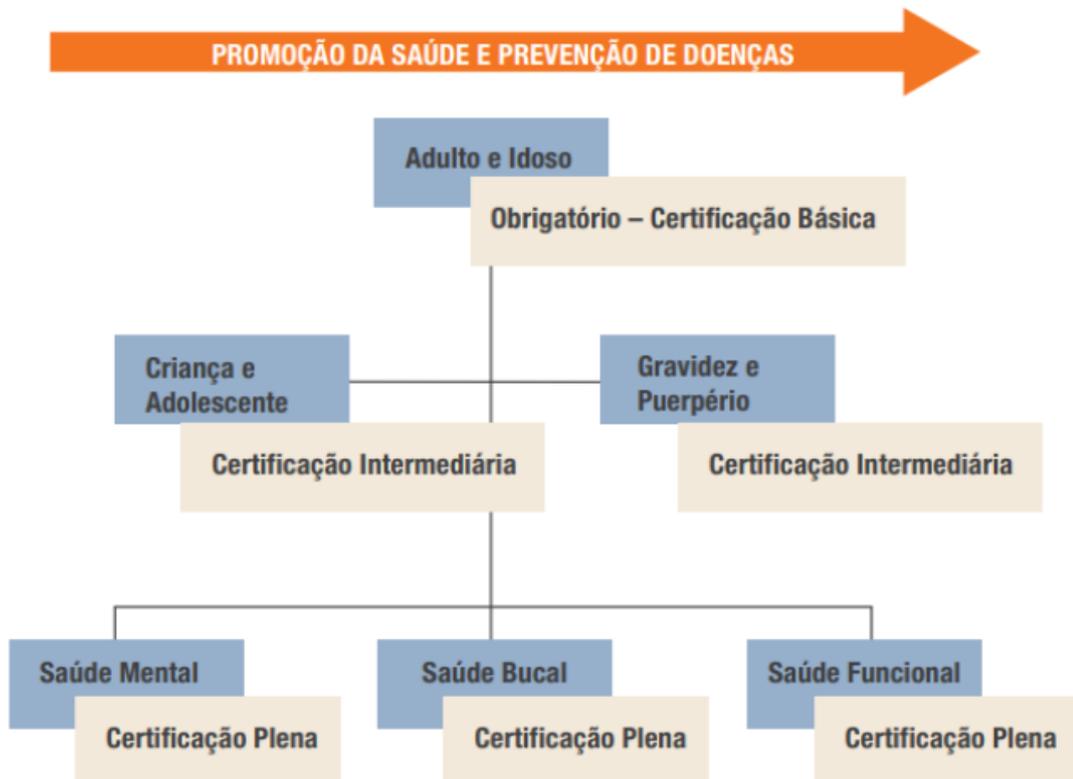
Entretanto, ressalta-se que a cooperativa possui um amplo rol de serviços dentro do seu negócio. Durante as entrevistas demonstrou-se que o foco dado a implementação da APS é a redução dos custos, todavia o enfoque para esse tipo de serviço, como justifica Porter (1989), é o enfoque em diferenciação, que preconiza o produto como um diferencial para o comprador/usuário, ou seja, possibilitando que este tenha um médico para chamar de seu, garantindo um vínculo, um aumento de resolutividade acima do esperado, e futuramente uma redução considerável dos custos, em que se terão usuários mais saudáveis, menos implicações médicas e sinistralidades.

Para a cooperativa obtém-se um ganho ao assumir neste primeiro momento o enfoque na diferenciação do produto/serviço e deve-se internalizar esta premissa por parte dos gestores e diretoria, não simplesmente focar nas análises de custos a curto prazo, pois este fator trará resultados palpáveis a longo prazo, a partir do momento em que ocorre a promoção da saúde e a prevenção de doenças no processo da longitudinalidade. Porque ter-se-á menos pacientes internados, e mais pacientes saudáveis.

Nesse cenário, é justificado pela definição de Porter (1989) ao destacar que a vantagem competitiva de um negócio ou empreendimento ocorre quando há um equilíbrio entre a sua lucratividade, popularidade do serviço/produto ofertado, e a sustentabilidade, levando em conta as forças competitivas presentes no microambiente que constituem as rivalidades e a competição existentes em cada setor. É o valor atribuído ou percebido pelo usuário, que não inclui apenas o custo do produto, e sim o que é visto como benefício para a obtenção deste.

Sob essa perspectiva, de forma abrangente, o que levará o cidadão a optar por este plano, se há o oferecimento gratuito da APS por parte do município? Visando o enfoque de diferenciação do NAPS, o cidadão tem seu problema atendido em até 72h, médicos da família focados em solucionar e promover a saúde e bem estar, com uma estrutura integrada de média e alta complexidade de ponta, e médicos especialistas credenciados em toda a rede, além de contar com um núcleo de medicina preventiva e futuramente por meio da obtenção da acreditação plena disponibilizar o serviço de cirurgião dentista, núcleo de saúde mental, e saúde funcional, conforme Figura 17 que demonstra os níveis de certificação impostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Figura 17 - Níveis de certificação da ANS



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2018)

Outro tópico a ser considerado, é que na oferta do produto para empresas, seja enfatizado que o investimento na saúde de seus colaboradores traz resultados positivos para a empresa, pois ter-se-á menos funcionários afastados e mais benefícios oriundos da relação médico-paciente.

Em parceria com o Marketing, como sugestão de melhorias ao plano APS, deve-se criar o conceito que agregue valor ao produto, um conceito de que o plano não é somente mais um plano para cuidar de doenças, e sim, um plano voltado a cuidar da saúde e bem-estar dos seus usuários com todo o suporte de média e alta complexidade e estrutura hospitalar de ponta, sendo o primeiro a ser implantado em Santa Catarina, e que almeja ser o primeiro do Brasil a obter certificação plena em APS, oferecendo um serviço completo que contempla a saúde bucal, saúde funcional, e saúde mental. Para isto, será necessário contratação de um cirurgião dentista, proporcional ao número de usuário, um pediatra, um psicólogo, um fisioterapeuta, e/ou fonoaudiólogo, e/ou terapeuta ocupacional, e/ou nutricionista, em sua equipe gerando vantagem competitiva sobre qualquer outro plano da região.

Contudo, verificou-se que já está sendo feito a capacitação para a acreditação do serviço pela equipe do APS e pelos envolvidos na gestão da cooperativa, e desta forma já começaram a ampliar a equipe para se adequar a RN 440 e a busca por um espaço maior para o NAPS, de modo que atenda todas as equipes de APS em um único local, assim como os canais de comunicação e aumento do quadro colaborativo. Identificou-se também como diferenciação do serviço o horário de atendimento, que se estenderá durante dois dias da semana até as 20 horas, e aos sábados pela manhã, de modo a atender o público que trabalha no período comercial. Além disso, sobre o quesito longitudinalidade e integralidade, notou-se a preocupação por parte da equipe em manter os exames preventivos em dia, porque a enfermeira do núcleo realiza este controle ligando para os usuários e informando-os do período correto para fazê-lo de modo a manter o cuidado com a saúde do seu paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar sobre o tema da Atenção Primária à Saúde no Setor Privado, identificou-se que há pouquíssimos estudos, porém na área específica deste trabalho, nenhum foi encontrado. Tratando-se de Cadeia de valor da saúde, apenas um artigo foi sinalizado e utilizado como base para este, porém apresenta-se voltado à saúde pública. Pode-se ratificar estas informações através da revisão de literatura, que demonstram a apresentação de inúmeros artigos disponíveis quando o tema fica aberto à APS.

No que se refere aos objetivos específicos, fez-se necessário o conhecimento de uma Unidade Básica de Saúde do SUS, para poder ter-se embasamento para o que seria visto a seguir. Após buscou-se por meio de visitas a cooperativa médica e entrevistas semiestruturadas com gestores, equipe profissional que atende no setor e médicos especialistas fora do núcleo da APS da instituição, levantar dados, visões e informações a respeito do produto APS oferecido pela cooperativa.

No que tange mapear a oferta do serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) da Cooperativa Médica, este foi alcançado, através do resultado das entrevistas que foram transcritas e mostrou-se possível a identificação dos principais elementos que caracterizam a Atenção Primária à Saúde (APS), dentre estes: como se dá o acesso, o processo de longitudinalidade, o que compõe a integralidade do serviço e por fim de que modo a coordenação em saúde atua. Nas questões referentes às peculiaridades para o setor privado, cita-se a presença marcante da diretoria de forma muito positiva, os investimentos em acreditação e no diferencial do produto oferecido.

Foi possível identificar fragilidades e potencialidades no processo de gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) da Cooperativa Médica. Dentre as fragilidades presentes cita-se a área de marketing, a comunicação interna, o tempo de funcionamento que ainda é muito recente, as possíveis perdas de informação entre referência e contrarreferência, e sobre as potencialidades têm-se um produto inovador e diferenciado no setor privado, que conta com uma diretoria ativa e participante, possui uma capacidade de investimento positiva, e tem como objetivo a saúde do seu público. Com base na cadeia genérica de Porter (1989) elaborou-se a cadeia de atividades inerentes ao serviço da APS e a cadeia de valor do NAPS, envolvendo inovação e conhecimento por parte do Marketing; produtos e serviços, com enfoque em diferenciação; financeiro e de informação, primordiais na prática de uma gestão assertiva.

Para atender o objetivo geral que era o de analisar a oferta e a gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma Cooperativa Médica de saúde do Oeste Catarinense, foram necessários que todos os objetivos específicos fossem alcançados. Isso pode ser constatado no decorrer de toda análise dos resultados, principalmente na apresentação das cadeias de atividades e de valor que foram construídas e o enfoque dado na análise da vantagem competitiva.

Deparar-se com os níveis de satisfação positiva dos usuários do plano APS foi de suma importância, pois pôde-se concluir através de vieses diferentes, que o serviço prestado é considerado muito bom, assim como seu atendimento, com poucas ressalvas. Esse fato observado foi possível devido às considerações de dois tipos de usuários, internos e externos, uma vez que um usuário é colaborador da instituição e o outro não, porém ambos já utilizaram o plano.

Cabe salientar a importância da APS e sua internalização devido ao impacto na rentabilidade e sustentabilidade da cooperativa, que mostra-se basicamente em efetuar de forma inerente a gestão da saúde do paciente e inserir a cultura da auto percepção de saúde e de autocuidado. A APS dentro de planos de saúde privados e instituições privadas vem para assumir o papel de provedora de saúde a longo prazo.

Ao fim desta pesquisa, sugerem-se alguns pontos que acredita-se serem relevantes, dentre estes: Agilizar o processo de referência e contrarreferência, tornando-os digitais; desenvolvendo um sistema de acesso pela internet, ou programa on-line disponível aos médicos cooperados para que estes possam incrementar o histórico do paciente de seu consultório no PEP, que sejam desenvolvidas ferramentas para ampliar o conhecimento por parte dos colaboradores com relação a APS. Não obstante, ao implantar tais sugestões, ter-se-á uma maior adesão participativa por parte dos cooperados e uma maior satisfação por parte dos usuários.

E por fim, mas não menos importante, que sejam realizados mais estudos aprofundando a temática, em razão de que a APS veio para permanecer e a ANS faz questão de mostrar-se adepta e nortear sua implantação.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Andréa Silvia Walter de; MARTINS, Pollyanna. Atributos essenciais e qualificadores da atenção primária a saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p.1-2, abr-jun 2012.

AMIL, Assistência Médica Internacional S.a - **Nova Amil**: cuidado certo, na hora certa, no lugar certo. Disponível em: <<http://www.amilcuidadocerto.com.br/#conheca-a-nova-amil>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar - **Dados e Indicadores do Setor**. 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 07 out. 2018.

APPOLINÁRIO, Fabio. **Metodologia da ciência**: filosofia e prática da pesquisa / Fabio Appolinário. São Paulo: Cengage Learning, 2011

ARAËJO, Cidália *et al.* **Estudo de Caso**. 2008. Disponível em: <https://www.academia.edu/8385008/Universidade_do_Minho_Instituto_de_Educa%C3%A7%C3%A3o_e_Psicologia_Estudo_de_Caso>. Acesso em: 31 out. 2018.

BARBOSA, Maria Idalice Silva; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Vínculo: um conceito problemático: no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.1003-1022, 2017. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01003.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

BOSA, Gabriel. **Equilíbrio na saúde privada passa por integração e mudanças na remuneração**. 2018. Seminários Folha de São Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/equilibrio-na-saude-privada-passa-por-integracao-e-mudancas-na-remuneracao.shtml>>. Acesso em: 24 out. 2018.

BRASIL, Constituição da República Federativa do. **Constituição Federal**. 1988. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 24 set. 2018.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **CARTA DE OTTAWA: PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

CAMPOS, Sandra Lúcia Furquim de. Os indicadores básicos de saúde como instrumentos de controle da gestão pública. **Unisanta**: Law and Social Science, Santos, São Paulo, v. 3, n. 2, p.100-112, 2014. Anual. Disponível em: <periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/download/313/332>. Acesso em: 08 nov. 2018.

COLLUCCI, Cláudia. **Brasil cada vez mais idoso exige rapidez em adaptação de políticas de saúde:** Foco em prevenção e qualificação profissional pode reduzir impacto no sistema. 2018. Seminários Folha de São Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/brasil-cada-vez-mais-idoso-exige-rapidez-em-ad>>. Acesso em: 06 out. 2018.

COURA, Betovem *et al.* **Gestão de custos em saúde.** Rio de Janeiro: Fgv, 2009. 160 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

ERMEL, Regina Célia *et al.* Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). **Ciencia & Saude Coletiva:** Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1899-1906, mar. 2011. Mensal. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n3/24.pdf>. Acesso em: 24 out. 2018.

FERREIRA, Venilson. **Brasil tem maior cooperativismo de trabalho médico do mundo:** Cooperativas do ramo da saúde congregam 250 mil profissionais, que atendem 24 milhões de pessoas. 2014. INFORME OCB - PUBLIEDITORIAL. Disponível em: <<https://revistagloborural.globo.com/Informe-OCB/noticia/2014/10/brasil-tem-maior-cooperativismo-de-trabalho-medico-do-mundo.html>>. Acesso em: 26 out. 2018.

FURTADO, Tania Regina da Silva *et al.* **Responsabilidade social e ética:** em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2011. 148 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200 p.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2018.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Gestão em Saúde:** Organização e funcionamento do SUS. Brasília: Capes: Uab, 2014. 134 p. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/145434/1/PNAP%20-%20Modulo%20Especifico%20-%20GS%20-%20Organizacao_FuncSUS.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre Iniciação à Pesquisa Científica.** 4. ed. Campinas: Alínea, 2007. 96 p.

HEALTH, Ministry Of. **May 27, 1920 Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn).** 1920. Disponível em: <<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Acesso em: 03 out. 2018.

MACHADO, Aline Caraciki Morucci *et al.* **Aspectos jurídicos:** em saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2010. 148 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

MEDICINA, Conselho Federal de. **Defasagem na Tabela SUS: Estadão publica editorial sobre levantamento produzido pelo CFM**. 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25507:2015-05-12-17-51-55&catid=3>. Acesso em: 12 maio 2019.

_____. **Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares**. 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25507:2015-05-12-17-51-55&catid=3>. Acesso em: 12 maio 2019.

MOISÉS FILHO, Jamil *et al.* **Planejamento e gestão estratégica**: em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2010. 160 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira *et al.* **Cooperativas de Trabalho Médico no Setor Saúde**: um estudo exploratório. 2006. Observatório de Recursos Humanos - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Cooperativas.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

NEIVA, Leonardo. **Aproximação entre setores público e privado deve aprimorar gestão da saúde**. 2018. Seminários Folha de São Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2018/04/aproximacao-entre-setores-publico-e-privado-deve-aprimorar-gestao-da-saude.shtml>>. Acesso em: 19 out. 2018.

OCB, Organização das Cooperativas Brasileiras-. **Saúde**. Disponível em: <<https://www.ocb.org.br/ramo-saude>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **A Constituição de um Modelo de Atenção à Saúde Universal**: Uma Promessa não Cumprida pelo SUS?. 2009. Desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4928:a-constituicao-de-um-modelo-de-atencao-a-saude-universal-uma-promessa-nao-cumprida-pelo-sus&catid=170:2012&directory=1>. Acesso em: 15 out. 2018.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Manual de gestão das cooperativas**: uma abordagem prática. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

PEDROSO, Marcelo Caldeira; MALIK, Ana Maria. Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 10, p.2757-2772, out. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001000024>.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 27, n. 2, p.255-276, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2018.

PORTER, M.: **Vantagem Competitiva**. Criando e sustentando um desempenho superior. 13 ed., Rio de Janeiro, Campus, 1989 – 13 ed. 1998.

PORTER, M.; TEISBERG, E. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos, Bookman, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, Marcus Vinicius *et al.* **Qualidade e acreditação**: em saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2011. 152 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

ROSSÉS, Gustavo Fontinelli *et al.* SISTEMA DE GESTÃO EM COOPERATIVAS: O CASO DA COOPERATIVA AGROPECUÁRIA JÚLIO DE CASTILHOS. **Rama**: Revista em Agronegócio e Meio Ambiente do Cesumar, Maringá, v. 4, n. 3, p.421-443, set. 2011. Trimestral. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/rama/article/view/1936/1295>>. Acesso em: 14 out. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Sistema Único de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 24 set. 2018.

SAÚDE, Organização Pan-americana da. **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=341:atencao-primaria-em-saude&Itemid=445>. Acesso em: 25 set. 2018.

SCHERMERHORN JUNIOR, John R.. **Administração**. Rio de Janeiro: Ltc, 2007. 608 p.

SILVA, Ivanise Brito da. **Desafios do financiamento da atenção primária à saúde**: revisão integrativa. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [s.l.], p.110-117, 30 mar. 2017. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p110>.

SILVA, Renaud Barbosa da *et al.* **Logística**: em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2010. (GESTÃO EM SAÚDE).

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Integrative review**: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.102-106, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Disponível em: <<https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/>>. Acesso em: 05 out. 2018.

SOUZA, Vera Lúcia de *et al.* **Gestão de pessoas em saúde**. Rio de Janeiro: Fgv, 2010. 156 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

SPILLER, Eduardo Santiago *et al.* **Gestão dos serviços em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fgv, 2015. 172 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.. Brasília: Unesco, 2002. 726 p. Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology.. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 10 set. 2018.

STEFANO, Silvio Roberto; ZAMPIER, Marcia Aparecida; GRZESZCZESZYN, Geverson. **COOPERATIVAS**: CARACTERÍSTICAS, GESTÃO E RELEVÂNCIA SÓCIO-

ECONÔMICA PARA O BRASIL. 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242594955_Area_tematica_Administracao_Geral_COOPERATIVAS_CHARACTERISTICAS_GESTAO_E_RELEVANCIA_SOCIO-ECONOMICA_PARA_O_BRASIL_AUTORES>. Acesso em: 15 out. 2018.

TEIXEIRA, Ricardo Franco *et al.* **Marketing**: em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2010. 140 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

UNIMED. **Sistema Unimed**. Disponível em: <<https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/a-unimed>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

URDAN, Andre Torres; URDAN, Flávio Torres. **Marketing Estratégico no Brasil** : teoria e aplicação. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 446 p

VALLE, André Bittencourt do *et al.* **Sistemas de informações gerenciais**: em organizações de saúde. Rio de Janeiro: Fgv, 2010. 156 p. (GESTÃO EM SAÚDE).

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et al.* AVALIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE E EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Sanare**: REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS, Sobral CearÁ, v. 17, n. 1, p.66-74, 2018. Semestral. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1232/663>>. Acesso em: 06 out. 2018.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.825-839, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000400002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400002>. Acesso em: 09 out. 2018.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de coleta de dados no campo**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012. 112 p.

WINTER, Angela. **Cooperativas de saúde faturaram mais de R\$ 2 bilhões em Santa Catarina em 2013**. 2013. Desenvolvida pelo ClicRBS. Disponível em: <<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/noticia/2014/08/cooperativas-de-saude-faturaram-mais-de-r-2-bilhoes-em-santa-catarina-em-2013-4571442.html>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

YIN, Robert K.. **Estudo de Caso**: Planejamento e Métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p. Tradução Ana Thorell.

APÊNDICE A - ENTREVISTA ABERTA

Entrevista semiestruturada aplicada aos responsáveis por cada atividade primária ou de apoio da cadeia de valor na unidade, aplicada através de encontro totalmente presencial. Entrevista realizada através de perguntas divididas em quatro blocos, abordando os aspectos pessoais e a realidade profissional. Explicação inicial sobre a pesquisa, situando o entrevistado no propósito do estudo, solicitação de pedido para a gravar, pois desta forma será realizada a transcrição e análise posterior. Obter finalmente o consentimento do entrevistado e se ele compreendeu o intuito do trabalho a ser realizado.

Trabalho de Conclusão de Curso de Administração\UFFS: Análise da oferta e gestão dos serviços de Atenção Primária da saúde por uma Cooperativa Médica de Chapecó-SC

ROTEIRO DE ENTREVISTAS - Médicos, Enfermeiros, Gestores

1) Identificação\Vínculo profissional com a APS Unimed

Nome:

Profissão:

Função na cooperativa:

Há quanto tempo trabalha na unidade:

Atividades que desempenha na prestação do serviço de APS.

2) Características gerais/Formas de prestação da APS Unimed

Qual a motivação da cooperativa em oferecer APS?

Existe um diagnóstico do perfil epidemiológico dos clientes atendidos pela APS?

Quais e quantos profissionais prestam atendimento na oferta da APS?

A equipe que atende na APS trabalha de forma multidisciplinar?

Quais os locais que são oferecidos os serviços de APS?

Como é realizada a coordenação da APS na cooperativa?

Como a cooperativa internalizou a ideia\cultura da APS, considerando que a APS tem um viés de modelo de atendimento diferente do foco atual da Unimed (médico-hospitalar)?

3) Formas da prestação do serviço

Como se dá o acesso dos clientes aos serviços de APS da Unimed?

Como são realizados os agendamentos e atendimentos?

Como é realizado os encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde (MAC, exames e especialidades)?

Qual a relação da APS com os outros serviços de saúde disponibilizados pela Unimed (pronto-atendimento, exames, consultas)?

Como se dá o acompanhamento dos clientes no tempo (longitudinalidade)?

Como são gerenciados/armazenados as informações dos usuários?

Prontuários eletrônicos estão disponíveis para todos os cooperados em seus consultórios? Em relação ao atendimento realizado no NAPS, o médico cooperado consegue visualizar o histórico?

Os profissionais de saúde (não cooperados) têm acesso aos cadastros (prontuários) dos clientes?

Pode-se considerar que a APS Unimed, oferece um serviço integral (atende ao princípio da integralidade) ao seu cliente (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da Atenção)?

Quais as ações de promoção de saúde que são realizadas pela APS?

Há visitas domiciliares? De que forma são realizadas e qual a periodicidade?

Qual o grau de resolutividade das ações da APS da Unimed?

Há um acompanhamento em termos de satisfação do cliente?

Por que as especialidades (gineco, oftalmo, pediatra/obstreta) são agendadas diretamente pelo cliente?

4) Avaliação do serviço APS

Faça uma avaliação geral da prestação de serviços da APS realizada pela Cooperativa?

A forma com que a cooperativa oferece os serviços, consegue atender a demanda\ necessidade\expectativa dos clientes?

No seu ponto de vista, como a APS agrega valor aos serviços disponibilizados pela cooperativa?

Na sua opinião, como poderia ser melhorado o processo da longitudinalidade?

Com relação a integralidade dos serviços, você considera que o plano APS UNIMED atende esse critério de forma satisfatória?

O que você considera os maiores gargalos na oferta do serviço pela cooperativa?

Quais são os principais elementos na oferta do serviço que precisam ser melhorados (para superar os gargalos)?

Como os setores administrativos (aquisição, Tecnologia, RH, infra) poderiam auxiliar para melhorar os serviços de APS da Unimed?

Os clientes reconhecem a importância da APS e vêem a APS como um diferencial do plano municipal?

Qual o impacto na rentabilidade da cooperativa com a oferta da APS?