

**Fundação Getúlio Vargas
MBA Executivo em Saúde**

**É possível a implantação de um Modelo Assistencial
Integrado em Pediatria no ambiente da Saúde Suplementar?!**

Aluno(a): Antônio Carlos de Farias
Turma: 1/2015
Conveniado FGV: ISAE Curitiba

Curitiba - PR
Setembro/2017

Fundação Getúlio Vargas

É possível a implantação de um Modelo Assistencial Integrado em Pediatria no ambiente da Saúde Suplementar?!

Trabalho de Conclusão de Curso para atender à exigência curricular do MBA Executivo em Saúde, da Fundação Getúlio Vargas.

Curitiba - PR
Setembro/2017

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA FGV MANAGEMENT
CURSO MBA EM EXECUTIVO EM SAÚDE**

O Trabalho de Conclusão de Curso

É possível a implantação de um Modelo Assistencial Integrado em Pediatria no ambiente da Saúde Suplementar?!

Elaborado por ANTÔNIO CARLOS DE FARIAS

e Aprovado pela Coordenação Acadêmica do curso MBA Executivo em Saúde, foi aceito como requisito parcial para obtenção do certificado do Curso de Pós Graduação, nível de Especialização, do Programa FGV Management.

Data: 30 DE SETEMBRO DE 2017

Jamil Moysés Filho
Coordenador Acadêmico

Professor Avaliador

EPIGRAFE

“Qual o propósito de se fazer algo? O poder do propósito é o que norteia qualquer construção de uma realidade melhor... É a razão de ser e estar que vai muito além do dinheiro... Uma organização de sucesso maximiza os propósitos para alcançar a maximização dos lucros... Devemos sempre medir o sucesso das organizações pela maneira como tocam a vida das pessoas”

ROBERT MCKEE

DEDICATÓRIA

A MINHA ESPOSA FABIANA

AMOR E CUMPLICIDADE FORAM O COMBUSTÍVEL PARA ESTE TRABALHO

SIM, NOSSO AMOR É SAGRADO!

AGRADECIMENTOS

Aos Profissionais e Amigos:

DANIELA MORI BRANCO
FERNANDO FARIA JUNIOR
HALSEY COSTA RESENDE
JOSEANE CANESTRARO
KHRISTIANO MENDES RIBEIRO
LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA VALDEZ
MARLI MADALENA PEROZIN
NILTON KIESEL FILHO
VICTOR HORÁCIO DE SOUZA COSTA JUNIOR

Por compartilhar idéias e experiências que muito me auxiliaram na elaboração desta pesquisa..

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho foi analisar o modelo de assistência pediátrica praticado por uma Operadora de Plano de Saúde (OPS) de uma grande capital brasileira; o segundo objetivo foi propor soluções para os problemas de atendimento aos usuário da OPS nos serviços de emergência pediátrica. O estudo de abordagem quanti-qualitativa foi desenvolvido a partir de: 1) indicadores assistenciais na área de pediatria fornecidos pela OPS; 2) pesquisa por meio eletrônico sobre a satisfação dos usuários e pediatras que atuam em consultórios privados e serviços de emergência credenciados pela OPS; 3) dinâmica de grupo com pediatras e gestores hospitalares sobre os resultados da pesquisa eletrônica; 4) *benchmarking* com três OPS de outros municípios que implantaram serviços de emergência pediátrica. Os resultados indicam que apesar de apresentar número suficiente de pediatras, a OPS possui um vício assistencial que induz os usuários utilizarem excessivamente os serviços de emergência; o registro eletrônico dos usuários ainda não integrado entre os diversos serviços dificultam o acesso aos serviços e o conhecimento compartilhado das informações clínicas pelos profissionais, tendo como principal consequência, a descontinuidade da assistência. A proposta de melhoria envolve a adoção de um sistema informatizado de agendamento de consultas, o compartilhamento das informações clínicas do usuário através da integração dos prontuários em todos os níveis da assistência e a implantação de um centro de atenção integral em pediatria, ocupando nível secundário entre os consultórios e os hospitais.

Palavras-chave: Assistência Pediátrica, Atenção Integral em Pediatria

ABSTRACT

The main objective of this study was to analyze the current model of pediatric care practiced by a Health Plan Operator (HPO) of a large Brazilian capital. The second objective was to propose solutions to the problems in pediatric care at the emergency services. The current quantitative-qualitative study was based on the following: 1) indicators of assistance in the area of pediatrics provided by HPO; 2) electronic research of the users' satisfactions and the pediatricians who work in both private practices and emergency services accredited by the HPO; 3) group dynamics with pediatricians and hospital managers about the results of the electronic research; and 4) benchmarking with three pediatric emergency services from other counties that had similar initiative. The results indicated that, despite having a sufficient number of pediatricians, the HPO has a care "bottleneck" that induces users to use emergency services excessively. The physicians have difficult accessing the patients clinical information because the electronic registration of users still not integrated. Therefore, to improve the current system would require to adopt a computerized appointment scheduling system, sharing of clinical information by integrating medical records at all levels of care, and establishing of a comprehensive pediatric care center that could occupy an intermediate level between offices and hospitals. Thus, considerable making the current pediatric care system at the hospitals more efficient.

Key words: Pediatric Assistance, Pediatric Integral Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS.....	Agência Nacional de Saúde
e-CPF.....	Assinatura Digital
MBA.....	Master in Business Administration
OPS.....	Operadora de Plano de Saúde
SOAP.....	Subjetivo, Objetivo, Análise, Procedimento
TCC.....	Trabalho de Conclusão de Curso
TISS	Troca de Informações da Saúde Suplementar
TUSS.....	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
PF.....	Pessoa Física
PJ.....	Pessoa Jurídica
UTIS.....	Unidades de Terapias Intensivas

LISTA DE TABELAS

1	Evolução anual do número de consultas pediátricas realizadas por PF.....	21
2	Evolução anual da média mensal de consultas pediátricas realizadas por PF....	21
3	Número de consultas pediátricas realizadas em emergências PF e PJ.....	21
4	Benchmarking com outras OPS.....	39
5	Valores Médios de Remuneração aos Médicos.....	39
6	Distância e Tempo de Acesso aos Serviços de Emergência.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

1	Participação dos beneficiários na carteira por faixa etária.....	20
2	Distribuição dos pacientes por horário de atendimento em emergências.....	22
3	Motivação para realizar consultas em emergências.....	23
4	Motivação para a escolha dos serviços de emergência.....	24
5	Tempo de espera para triagem em emergências.....	25
6	Tempo de espera para atendimento médico em emergências.....	25
7	Percepção de qualidade de atendimento em emergências.....	27
8	Percepção de qualidade do atendimento médico em emergências.....	28
9	Necessidade de realizar procedimentos adicionais após consultas	29
10	Resolutividade do atendimento em emergências.....	29
11	Necessidade de reconsulta em emergências.....	30
12	Orientação prestada aos usuários sobre eventuais problemas.....	31
13	Orientação prestada aos usuários sobre eventuais problemas.....	31
14	Orientação prestada aos usuários sobre eventuais problemas.....	31
15	Participação dos pediatras nos serviços de emergência.....	32
16	Nível de satisfação dos pediatras com os serviços de emergência.....	33
17	Percepção dos pediatras sobre a satisfação de seus clientes atendidos em emergências.....	34
18	Redução mensal da carteira de clientes PF faixa etária 0 a 18 anos.....	42

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização e Relevância do Tema.....	12
1.2	O Problema da Pesquisa.....	16
1.3	Objetivos Intermediário e Final da Pesquisa.....	16
1.4	Delimitação da Pesquisa.....	17
1.5	Metodologia da Pesquisa.....	17
1.5.1	Natureza da Pesquisa.....	17
1.5.2	Forma de Abordagem do Problema.....	17
1.5.3	Quanto aos Fins.....	18
1.5.4	Quanto aos Meios.....	18
1.5.5	Organização do Estudo.....	18
2.	PARTE I – CENÁRIO DA ASSITÊNCIA PEDIÁTRICA DE UMA GRANDE OPS DE UMA CAPITAL BRASILEIRA	20
2.1	Indicadores de Atendimento	20
2.2	Pesquisa de Satisfação com Usuários.....	22
2.3	Pesquisa de Satisfação com Pediatras.....	30
2.4	Benchmarking com Outras OPS.....	35
2.4.1	OPS 1.....	35
2.4.2	OPS 2.....	36
2.4.3	OPS 3.....	37
2.5	Dinâmica de Grupo com Pediatras.....	39
2.6	Análise.....	41
3.	PARTE II – PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	46
3.1	Integração Eletrônica da Rede Assistencial Pediátrica.....	46
3.2	Implantação de um Centro de Atenção Integral em Pediatria.....	48
3.3	Estudo de Viabilidade.....	49
3.4	Análise Financeira.....	52
4.	DISCUSSÃO	54
5.	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	57
	ANEXOS	59

1. INTRODUÇÃO

1.1 - Contextualização e Relevância do Tema

A motivação para realização deste estudo surgiu em decorrência da insatisfação de usuários e *players* envolvidos na assistência pediátrica ofertada por uma grande Operadora de Plano de Saúde (OPS) de uma capital brasileira. Destacam-se: as queixas recorrentes dos usuários envolvendo acesso, tempo de espera e acolhimento nos serviços de emergência em oposição às justificativas dos gestores de apresentarem limitações econômicas e estruturais para ampliar a capacidade operacional dos serviços; a recorrência de liminares judiciais que obrigam a OPS fornecer terapias especiais para crianças afetadas por doenças do neurodesenvolvimento em oposição às evidências científicas e ao alto custo envolvido nestas terapias. Por atuar como pediatra em serviço de emergência e ocupar posição estratégica na gestão, assumi o desafio de propor melhorias na assistência, buscando a satisfação dos gestores, prestadores, pediatras e principalmente do usuário, a razão de existir do sistema.

A necessidade de oferecer um modelo assistencial qualificado, humanizado e sustentável tem sido a demanda permanente que permeia discussões de gestores dos sistemas de saúde em todo o mundo (Souza e col, 2014; Del Nero, 2014; Neto e col, 1998). Particularmente no Brasil, a exemplo do que ocorre na saúde pública, esta demanda passou a ter caráter emergencial também na saúde suplementar decorrente do equivocado modelo “hospitalocêntrico” onde são recorrentes situações críticas como: as longas filas de espera em serviços de emergências, a dificuldade de acesso às consultas e procedimentos em áreas básicas e a falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (Goldwasser, 2015). O abandono progressivo da medicina preventiva sobrepujada pela medicina de demanda tem reduzido a prática médica ao manuseio de tecnologias no diagnóstico e tratamento de sintomas oriundos de órgãos e sistemas enfermos, ficando em um segundo plano a verdadeira essência da profissão, o cuidado holístico do indivíduo (Paim, 2014). Outro fator de análise que contribui para a crise assistencial decorre das mudanças de hábitos da sociedade que passou a tratar saúde como bem de consumo. Influenciado pelo dispositivo constitucional (lei nº 8.080, 1990) que

determinou: “a saúde é direito do cidadão e dever do estado”, mas alheio ao dispositivo complementar da mesma lei: “o dever do estado não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade”, o cidadão adquiriu o hábito de terceirizar ao sistema a responsabilidade com os cuidados de sua própria saúde. Geralmente não adota hábitos de vida saudáveis buscando serviços de assistência médica apenas quando é afetado por algum sintoma ou doença e raramente com a finalidade de prevenção (Varella e Ceschin, 2015). Como prevenir é sempre menos oneroso e mais efetivo do que tratar tardiamente, tal comportamento é prejudicial ao próprio indivíduo, que é acometido por doenças que teoricamente poderiam ser prevenidas, como para a sociedade, que terá de arcar com os custos mais elevados de seu tratamento. A utilização não racional e o uso excessivo de tecnologias são os principais fatores envolvidos nos elevados índices aplicados nos reajustes de mensalidades dos planos de saúde (Varella e Ceschin, 2015).

Em meio a esta conjuntura, os médicos que atuam na saúde suplementar se encontram no epicentro do sistema, pressionados pelo cidadão consumista de tecnologias mas negligente nos cuidados com a própria saúde, por prestadores ávidos em realizar eventos em oposição aos auditores das operadoras de planos de saúde treinados para glosá-los e todos sob a supervisão de um sistema judiciário que não raro decide à revelia de evidências científicas, contratos e orçamentos. As consequências da disseminação do modelo em que a remuneração é paga pelo número de serviços produzidos (*fee-for-service*) no sistema de saúde, foi a sobreutilização de serviços com a queda da qualidade na atenção e aumento desnecessário dos custos; também influenciou o surgimento de uma geração de médicos que trabalham por demanda, executam consultas rápidas e geram pedidos de exames nem sempre orientados pela necessidade do paciente ou pela evidência científica. A percepção de que a remuneração depende basicamente da produção e não necessariamente da qualidade, a pressão dos pacientes em oposição à falta de tempo para orientar, a busca de proteção contra eventuais processos, são os principais motivos para aderirem e persistirem nesta conduta (Bichuetti e Mere Jr, 2016). Evidente que esta forma reativa e equivocada de atuação gerou consequências negativas para o próprio profissional: longas jornadas de trabalho, baixos honorários, abdicação de direitos trabalhistas e previdenciários e comprometimento da própria saúde são queixas recorrentes. O índice de depressão

e suicídio na classe médica quando comparados a outras classes profissionais tem alcançado índices alarmantes, sendo as condições estressantes de trabalho o motivo mais frequentemente relatado em pesquisas sobre o tema (Meleiro, 1998).

O diagnóstico das enfermidades que debilitam o sistema é cada vez mais claro, porém, assim como na prática clínica onde as ações não finalizam com o diagnóstico mas ao contrário se iniciam, é preciso encontrar o remédio correto, estabelecer estratégias adequadas, continuadas, que promovam não necessariamente a “cura” do sistema, mas a sua sobrevivência de forma mais saudável gerando satisfação e bem estar a todos que dele dependam. É premente a necessidade de alertar a sociedade e conscientizar os diversos players para a crise do atual modelo, direcionar estratégias para uma nova forma de atenção que agregue qualidade e tenha realmente a promoção de saúde e satisfação do cliente como principais objetivos.

É neste cenário que se insere a proposta de implantação de um Modelo Assistencial Integrado em Pediatria no ambiente da Saúde Suplementar. Os usuários e pediatras tem sofrido os efeitos negativo do atual modelo (Freire e col, 2007). Como a assistência pediátrica envolve geralmente a realização de procedimento clínicos com menor demanda de tecnologias, desperta pouco interesse de investimento no setor privado. Adicionalmente uma quantidade significativa de pediatras esta abandonando a atividade privada devido aos baixos valores pagos por consultas pelos convênios em oposição aos altos custos de manutenção dos consultórios. No setor público, o governo tem priorizado programas com ênfase em medicina de família como o *MAIS MÉDICOS* no qual o atendimento pediátrico tem sido também realizado por clínicos gerais ou médicos de família. Tais situações, além de reduzir a possibilidade da criança ter um pediatra exclusivo, comprometem o mercado de trabalho e desestimulam a formação de novos profissionais, o que faz prever uma perda de qualidade na assistência à população infantil na saúde pública e suplementar (Freire e col, 2007). Programas de prevenção respaldados pela comunidade científica internacional e que tanto colaboraram para redução da morbi-mortalidade infantil podem ser comprometidos devido ao fechamento de serviços públicos e privados de assistência pediátrica. As consequências já são perceptíveis pelo recrudescimento de doenças que estavam sob controle ou pelo diagnóstico tardio de doenças e epidemias cujo melhor controle

dependeria de um diagnóstico mais precoce (Barreto e col, 2011). A progressiva redução de consultórios pediátricos, local onde é realizada a atenção primária aos usuários da saúde suplementar, obriga as famílias buscarem atendimento para situações pouco complexas na rede hospitalar, sobrecarregando e desviando os serviços de emergências da sua real finalidade, o atendimento prioritário, rápido e eficiente de situações com risco de morte. Já não é raro nestes ambientes encontrar crianças que não tem pediatra e realizam consultas somente ali, familiares com recém nascido egressos de maternidades buscando atendimento para situações simples como uma obstrução nasal ou a queda do coto umbilical, crianças que nunca passaram por uma consulta de puericultura, que não possuem calendário vacinal completo, que abandonaram precocemente o aleitamento materno. Adolescentes também sofrem as repercussões do modelo por não encontrarem ambiente específico para atendimento tanto em hospitais infantis como de adultos. É preciso priorizar um modelo que resgate a essência da assistência pediátrica, aquele que vai além de tratar crianças enfermas mas, o de orientar e cuidar para que tenham condições de um desenvolvimento saudável e de se tornarem adultos com plenas capacidades de se auto-proverem e colaborarem para o necessário desenvolvimento socioeconômico do país. É neste contexto que o estudo se insere, gerar reflexão e soluções para a crise assistencial que assola não só as emergências pediátricas de uma capital brasileira, mas repensar e melhorar o modelo de assistência pediátrica oferecido por uma grande OPS, visando oferecer aos pediatras ampliação do mercado e melhores condições de trabalho, e às famílias, fácil acesso a uma rede integrada de assistência, sem descontinuidade da atenção ou duplicidade de ações. A matriz deste novo modelo terá como base a adoção de um sistema informatizado de agendamento de consultas, o compartilhamento das informações clínicas do usuário através da integração dos prontuários em todos os níveis da assistência e a implantação de um Centro de Atenção Integral em Pediatria, ocupando nível intermediário entre os consultórios e os hospitais. O estudo, de abordagem quanti-qualitativo, foi desenvolvido a partir de: 1) indicadores assistenciais na área de pediatria fornecidos pela OPS, 2) pesquisa por meio eletrônico sobre a satisfação dos usuários e pediatras que atuam em consultórios privados e serviços de emergência credenciados a OPS, e 3) dinâmica de grupo com pediatras e gestores hospitalares sobre os resultados da pesquisa eletrônica. Adicionalmente foi realizado *benchmarking* com três serviços de

emergência pediátrica em outros municípios com iniciativa semelhante. O relatório final, contido neste trabalho de conclusão de curso do MBA em Gestão em Saúde da Fundação Getúlio Vargas será apresentado aos dirigentes da OPS.

1.2 - O Problema da Pesquisa

A Atenção primária e integral à saúde da criança não tem sido o foco estratégico do modelo assistencial prestado por uma grande OPS de uma capital brasileira. As consequências são percebidas em queixas recorrentes dos usuários sobre o longo tempo de espera para realizar consultas em serviços de emergência, em dificuldades de agendar consultas nas diversas especialidades pediátricas ou mesmo em consultas de puericultura em que possam receber orientações básicas (vacinação, monitorização do desenvolvimento, segurança, saúde escolar). Além destas queixas de dificuldades de acesso ao sistema, os usuários também relatam dificuldades de obter continuidade da atenção decorrente de frequentemente não conseguirem consultas com o mesmo profissional ou serviço em um prazo adequado, fato que os obrigam a buscarem outros profissionais que não possuem acesso as suas informações clínicas. Há necessidade de repensar e reorganizar o modelo assistencial de forma a gerar melhores condições de trabalho para o pediatra e viabilizar ao usuário rápido e fácil acesso a um sistema integrado sem descontinuidade da atenção. Neste contexto, sob o enfoque de gestão, as perguntas que se pretendeu responder nesta pesquisa foram: Onde, Quando, Por Que e Como a OPS deve implantar um modelo assistencial integrado de pediatria para otimizar custos, melhorar indicadores de qualidade e gerar satisfação a todos os envolvidos com este sistema?

1.3 - Objetivos Final e Intermediário da Pesquisa

O principal objetivo deste trabalho foi analisar o modelo de assistência pediátrica praticado por uma Operadora de Plano de Saúde (OPS) de uma grande

capital brasileira; o segundo objetivo foi propor soluções para os problemas de atendimento aos usuário da OPS nos serviços de emergência pediátrica.

1.4 - Delimitação

O estudo foi delimitado a área assistencial de pediatria. O Período compreendido entre o início e o final do MBA em Gestão em Saúde da Fundação Getúlio Vargas (janeiro/2015 a Setembro 2017) foi utilizado para a escolha do tema, coleta e análise dos dados e redação do trabalho.

1.5 – Metodologia da Pesquisa

1.5.1 - Quanto a natureza

Esta pesquisa é aplicada, porque busca a solução de um problemas através de metodologia científica e visa uma aplicação prática em seu desdobramento para corresponder aos anseios dos usuários, gestores e demais players envolvidos na assistência pediátrica ofertada pela OPS.

1.5.2 - Quanto a forma de abordagem do problema

A presente pesquisa é quanti-qualitativa porque as análises foram baseadas no uso de medidas objetivas (indicadores fornecidos pela OPS, pesquisas de satisfação com profissionais e usuários) e subjetivas (dissertativas) decorrente de

análises das medidas objetivas em dinâmica de grupo constituído por 6 pediatras que atuam em consultórios e serviços de emergência pediátrica.

1.5.3 - Quanto aos fins

A pesquisa é explicativa e metodológica em suas finalidades, porque buscou identificar os fatores que determinam e contribuem para a ocorrência do problema e propõem caminhos e alternativas para solucioná-lo.

1.5.4 - Quanto aos meios

Utilizou-se de: 1) estudo de caso, visto que foi selecionado o segmento assistencial de uma grande OPS; 2) pesquisa de campo, para realizar levantamento de dados nos locais onde ocorrem o problema; 3) pesquisa de avaliação, para analisar projetos implantados por outras OPS que tiveram problemas semelhantes; 4) pesquisa bibliográfica, para extração de conhecimentos divulgados sobre o tema; e 5) pesquisa diagnóstica, com o objetivo de nortear o caminho a ser seguido pela OPS diante de um problema que envolve mudanças no modelo de assistência pediátrica.

1.5.5 - Organização do Estudo

Esta pesquisa foi elaborada e redigida segundo as normas adotadas para Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do MBA em Gestão em Saúde da Fundação Getúlio Vargas. Está organizada da seguinte forma:

Parte 1 – Cenário da Assistência Pediátrica de Uma Grande OPS de Uma - Capital Brasileira.

- ✓ Indicadores de atendimento
- ✓ Pesquisa de satisfação com usuários
- ✓ Pesquisa de satisfação com pediatras
- ✓ Benchmarking com outras OPS
- ✓ Dinâmica de grupo com pediatras e gestores
- ✓ Análise dos dados

Parte 2 – Proposta de Resolução do Problema

- ✓ Integração eletrônica da rede assistencial pediátrica
- ✓ Implantação de um centro de atenção integral em pediatria

Discussão

Conclusão

Referencias Bibliográficas

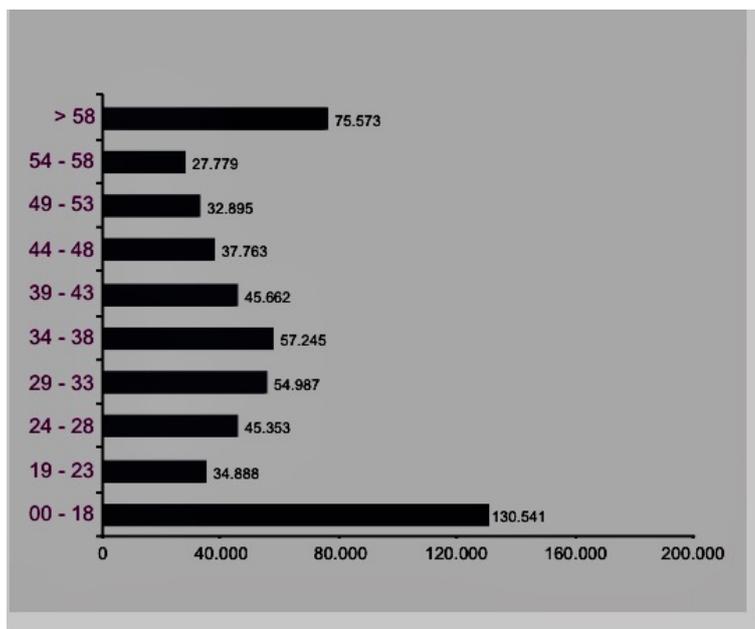
Anexos

2. PARTE 1. Cenário da Assistência Pediátrica de Uma Grande OPS de Uma Capital Brasileira.

2.1. Indicadores de Atendimento

A OPS possui participação no mercado (*Market Share*) de 40,47% em sua área de abrangência; De acordo com os dados obtidos do relatório de gestão/2016, a empresa possui aproximadamente 1114 colaboradores e 4379 médicos ativos para atender um total de 547.806 usuários; destes, aproximadamente 23,8% situam-se na faixa etária compreendida entre 0 a 18 anos, aproximadamente 130.541 crianças. A participação dos beneficiários por faixa etária é ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1: Participação dos beneficiários por faixa etária:



Fonte: Dados fornecidos pela OPS

Entre os médicos ativos, 496 são pediatras (11,3%), destes, 78 (15,7%) não executaram consultas nos últimos 12m, 412 (84,08%) realizaram consultas regularmente, sendo que 176 (35,4%) tiveram produção acima da média - 172

consultas/mês, 2065 consultas/ano e 236 (47,5%) tiveram produção abaixo da média - 19 consultas/mês, 236 consultas/ano. A relação do número de pediatras ativos por crianças é de 1:263. Em 2017 a média mensal de consultas realizadas até o mês de agosto foi de 36.254, sendo 9.079 (25,04%) em emergências e 27.175 (74,95%) em consultórios. Das consultas realizadas em consultórios, 17.743 (65,29%) foram consultas eletivas e 9.432 (34,7%) consultas que integram o procedimento padronizado em puericultura. As consultas eletivas e de puericultura foram distribuídas em 461 consultórios. A evolução anual e a média mensal do número de consultas pediátricas realizadas por Pessoa Física (PF) são ilustrados nas tabelas 1. e 2.

Tabela 1: Evolução anual do número de consultas pediátricas realizadas por PF

	Total 15	Total 16	Total 17*
Emergência	143.086	120.381	72.635
Eletiva	213.029	217.335	141.947
Puericultura	112.250	115.655	75.457
Total	468.365	453.371	290.039

Fonte: Dado fornecido pela OPS *janeiro a agosto de 2017

Tabela 2: Evolução anual da média mensal de consultas pediátricas realizadas por PF

	Média 15	%	Média 16	%	Média 17	%
Emergência	11.924	30,55	10.032*	26,55	9.079	25,04
Eletiva	17.752	45,48	18.111	47,93	17.743	48,94
Puericultura	9.354	24,42	9.638	25,51	9.432	26,01
Total	39.030		37.781		36.254	

Fonte: Dado fornecido pela OPS

Avaliamos o número de consultas de emergências realizadas em 4 serviços. O número de consultas realizadas de 01/08/2016 a 31/07/2017 são ilustrados na tabela 3.

Tabela 3: Número de consultas pediátricas realizadas em emergências por PF e PJ

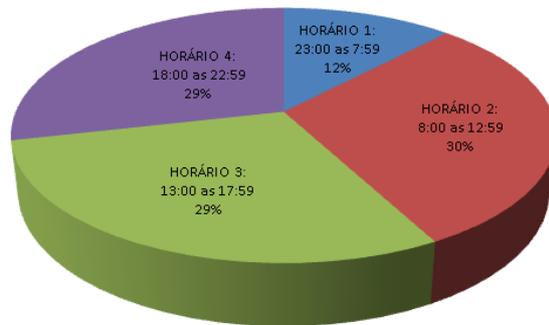
Prestador	Ano	Mês	Dia	Hora	%
A	78.923	6577	219	9	42
B	58.740	4895	163	7	31
C	29.300	2.442	81	3	16
D	21.073	1.756	59	2	11
Total	188.036	15.670	522	22	100
Média	47.009	3.917	131	5	

Fonte: Dado fornecido pela OPS

A porcentagem de consultas realizadas de acordo com o horário de atendimento, de segunda a sexta-feira, é ilustrada no gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição dos pacientes por horários de consultas

Comparativo do Horário das Consultas de Emergência (Seg a Sex)



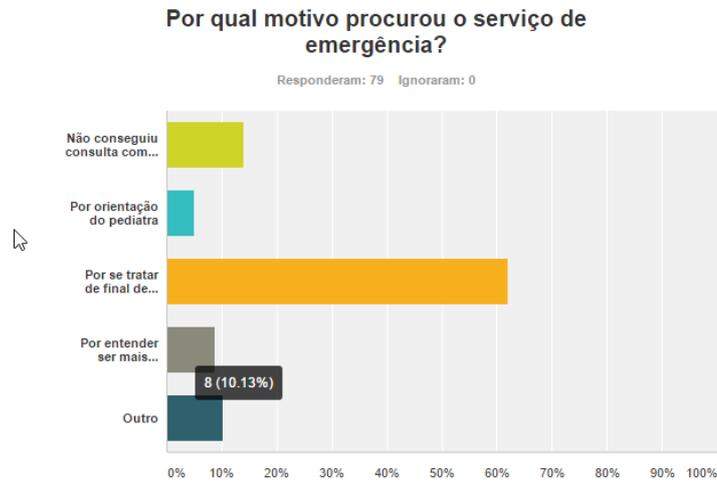
O período das 8 às 12 h concentra 30% dos atendimentos; das 13 às 18 h, 29%; das 18 às 23 h, 29% e das 23 às 8 h, 12%. Aos sábados e domingos, o horário das 8 às 12 h teve acréscimo no número de consultas de 4% e o das 13 às 18h, acréscimo de 3%.

2.2. Pesquisa de satisfação com os usuários

Diante da necessidade de medir junto aos usuários a satisfação com o atendimento prestado pelos serviços de emergência, adotou-se a estratégia de realizar pesquisa por meio eletrônico, com perguntas fechadas e espaço para comentários, direcionada aleatoriamente aos usuários atendidos nestes serviços no mês de maio/2016. De um total de 634 usuários contatados, 79 atenderam a solicitação (12,46%). Em relação a motivação para procurar os serviços, os principais motivos são ilustrados no gráfico 3. Atendimento nos finais de semana e dificuldade de agendamento de consulta eletiva com pediatra foram as causas mais citadas.

Gráfico 3: Motivação para realizar consultas em emergência

P3

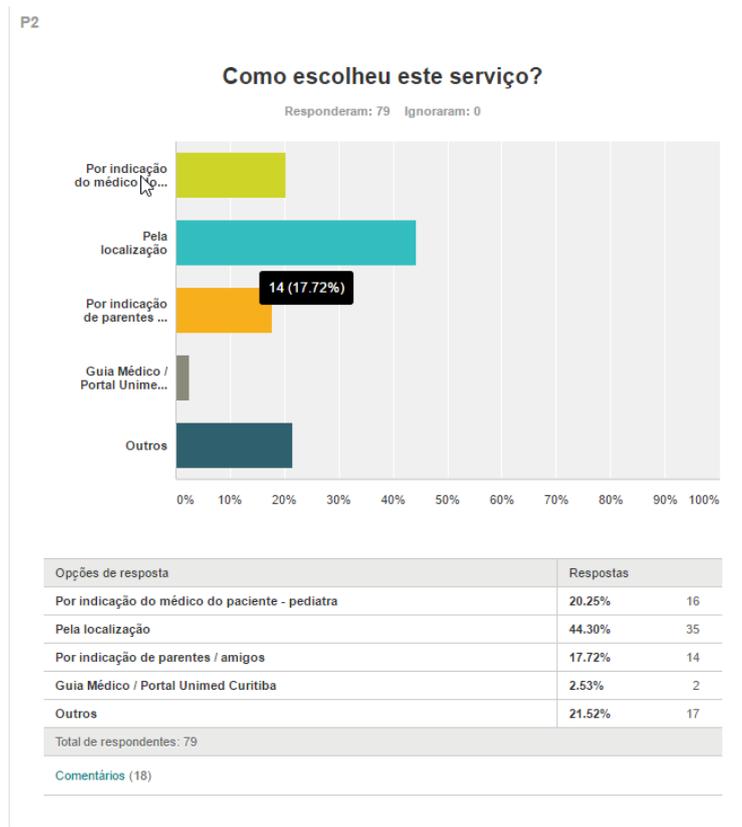


Opções de resposta	Respostas
Não conseguiu consulta com o pediatra	13.92% 11
Por orientação do pediatra	5.06% 4
Por se tratar de final de semana / horário noturno / feriado	62.03% 49
Por entender ser mais prático consultar no serviço de emergência	8.86% 7
Outro	10.13% 8
Total	79

[Comentários \(11\)](#)

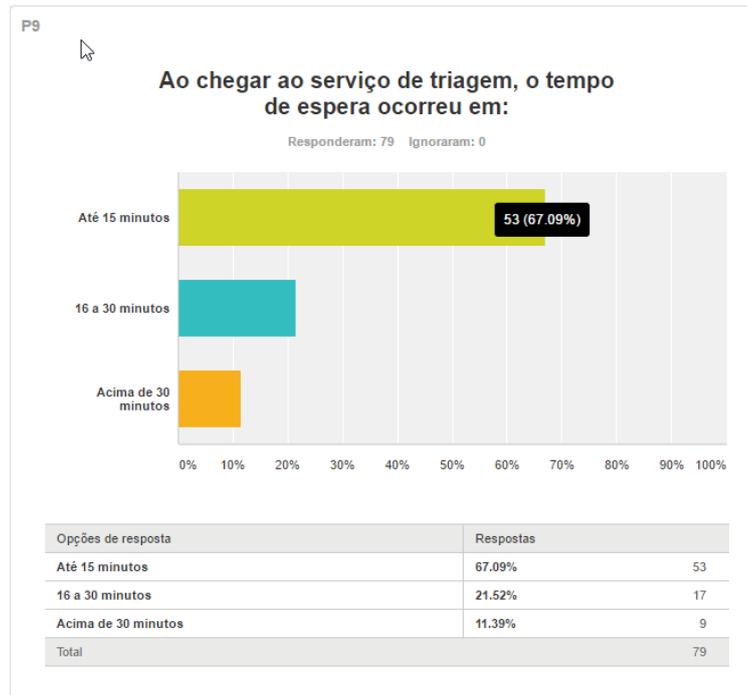
Os principais fatores que nortearam a escolha do serviço são ilustrados no gráfico 4. Localização e indicação do pediatra ou parentes foram as principais motivações.

Gráfico 4: Motivação para escolha do serviço



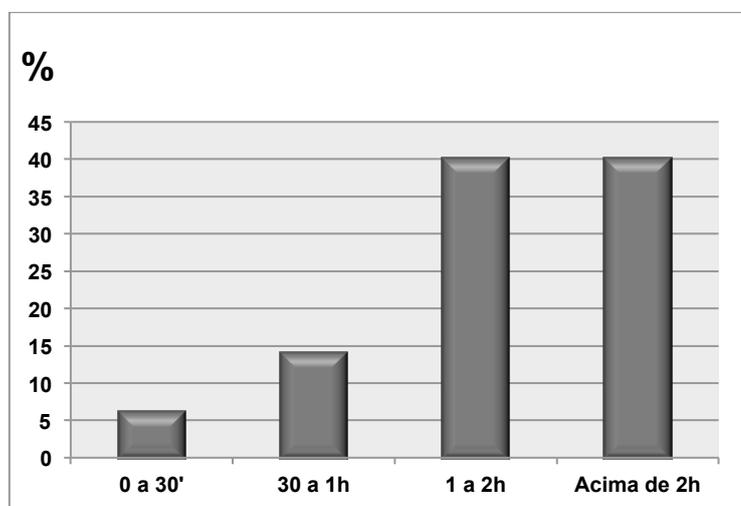
Em relação ao tempo de espera para realização da triagem, a maioria dos usuários recebeu acolhimento inicial no período de 15 minutos, ilustrado no gráfico 5.

Gráfico 5: Tempo de Espera para Triagem



O tempo médio de espera para atendimento médico é ilustrado no gráfico 6. 6% dos pacientes foram atendidos em até 30 minutos, 14% em 1 hora, 40% entre 1 e 2 horas, 40% acima de 2 horas.

Gráfico 6: Tempo de Espera para Atendimento Médico



Comentários descritos por usuários sobre o tempo de espera para atendimento:

“A OPS, deve respeitar seus associados e realizar convênio com outros hospitais pediátricos para poder atender melhor e diminuir esse tempo absurdo de espera, porque quando procuramos atendimento médico para uma criança, com certeza precisamos de um local adequado, um serviço adequado, condições humanas e um tempo razoável de atendimento. O que não tenho encontrado com o atendimento que a OPS tem oferecido. MUDEM! MELHOREM! “

“A OPS precisa urgentemente ampliar a rede de hospitais conveniados. Para quem mora no bairro é necessário cruzar toda a cidade para chegar até o Hospital, já que os demais hospitais atualmente conveniados são superlotados ou ruins. Outros Hospitais infelizmente não atendem pediatria pela OPS. Complica demais a vida da gente. Já passei por várias situações de emergência, bebê chorando, doente, madrugada e ao consultar o aplicativo de um determinado Hospital e ver o tempo de espera, quase 20 atendimentos na fila de espera para o atendimento, ou seja, quase 2 horas de cadeira, simplesmente não levei meu bebê para a emergência. Isso é uma grave deficiência da OPS. Precisam ampliar a rede e incluir bons hospitais em regiões estratégicas da cidade”.

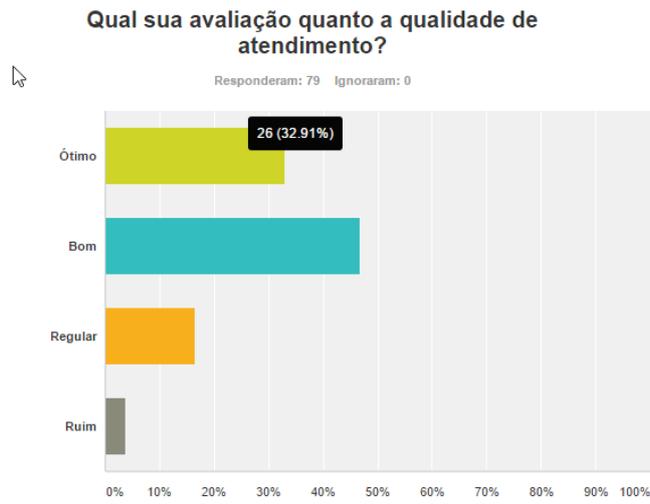
“ O atendimento é bom, mas em todas as vezes que levei minha filha a espera superou 2h, já fomos a diversos horários e dias da semana, e o atendimento só é mais rápido durante a madrugada. Só que em todos os prontos atendimentos infantis, a espera é semelhante, ou seja, não existem médicos suficientes em nenhum deles”.

“Registro que, em ocasião anterior, fui muito bem atendido neste hospital. No entanto, como esta pesquisa se refere à última ocasião em que tivemos necessidade de procurar o pronto-atendimento pediátrico, realmente não consegui ser atendido a contento, pela previsão de tempo de espera superior a 3 horas”.

A opinião do usuário sobre a qualidade geral do atendimento é ilustrada no gráfico 7 e especificamente sobre o atendimento médico, no gráfico 8. Embora a maioria dos usuários tenham considerado o atendimento geral e médico, ótimo ou bom, 20,26% consideraram o atendimento geral e 17,72% o atendimento médico, regular ou ruim.

Gráfico 7: Percepção de qualidade do atendimento

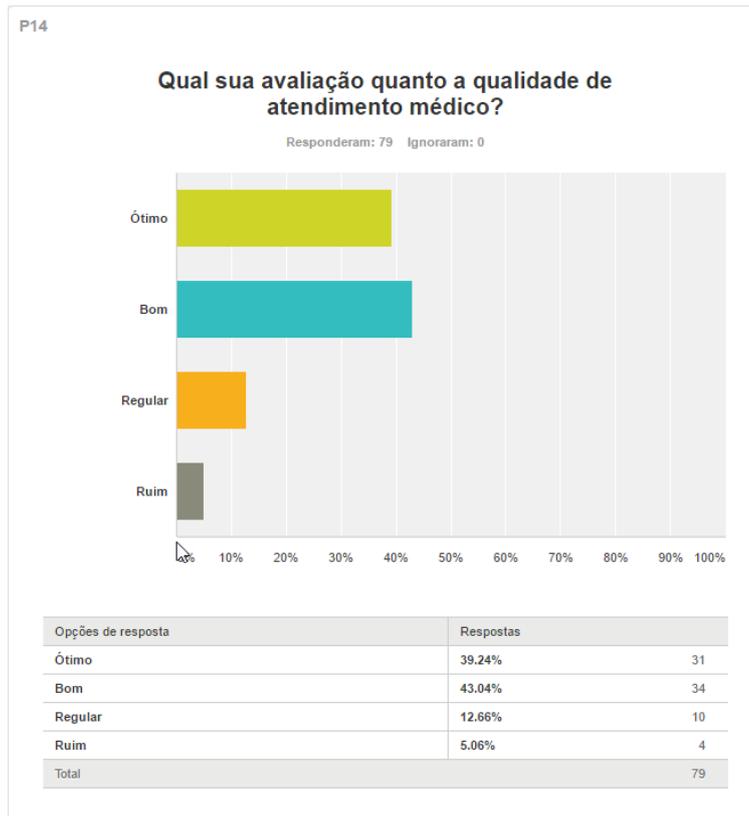
P5



Opções de resposta	Respostas
Ótimo	32.91% 26
Bom	46.84% 37
Regular	16.46% 13
Ruim	3.80% 3
Total	79

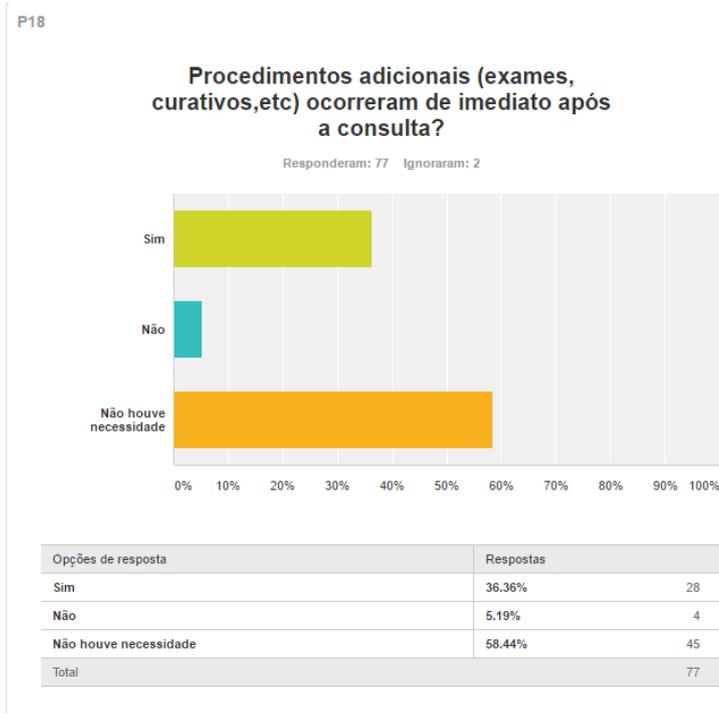
Comentários (12)

Gráfico 8: Percepção de qualidade do atendimento médico



O índice de usuários que necessitaram procedimentos complementares a consulta é resumido no gráfico 9. Em 36,36%, dos atendimentos houve necessidade de exames, pequenas intervenções e curativos após as consultas.

Gráfico 9: Necessidade de realização de procedimentos adicionais



A resolutividade do problema que motivou o atendimento e a necessidade eventual de buscar uma nova consulta são ilustrados nos gráficos 10 e 11. Para 20,25% dos usuários o atendimento não foi resolutivo e houve necessidade de buscar uma nova consulta.

Gráfico 10: Resolutividade

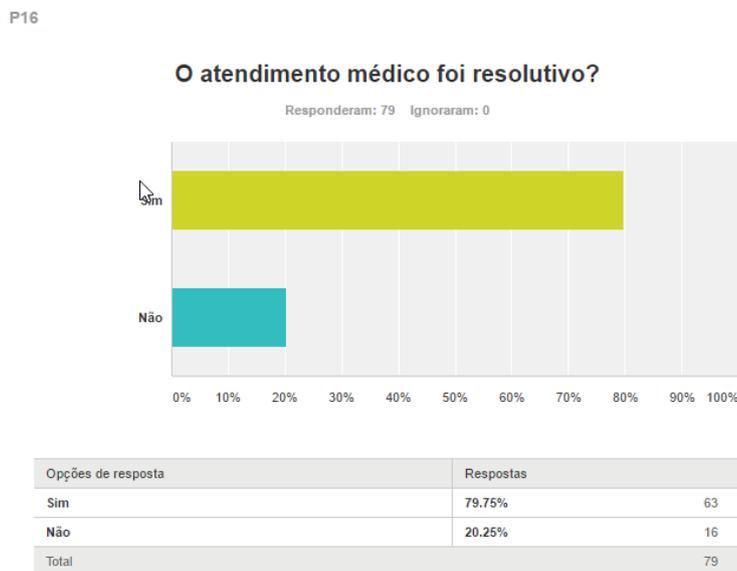
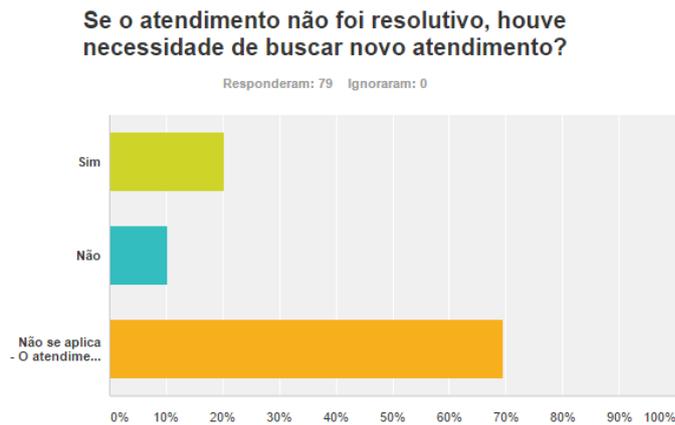


Gráfico 11: Necessidade de Reconsulta

P17



Opções de resposta	Respostas
Sim	20.25% 16
Não	10.13% 8
Não se aplica - O atendimento foi resolutivo	69.62% 55
Total	79

2.3. Pesquisa de satisfação com pediatras

Para avaliar a satisfação dos pediatras com as condições de trabalho e a forma como orientaram os usuários em consultas, foi realizada uma pesquisa por meio de canal eletrônico com perguntas fechadas e espaço para comentários. De um total de 485 pediatras contatados, 199 responderam os questionários (41,03%). A orientação que forneceram aos usuários por ocasião do atendimento sobre eventuais problemas que pudessem vir a apresentar após a consulta é ilustrado nos gráficos: 12, 13, 14. Não orientam retorno no próprio consultório, 40% dos pediatras; Não fornecem telefone para contato, 45,23%; Orientam procura a um serviço de emergência, 92,96%.

Gráfico 12: Orientação aos usuários sobre eventuais problemas

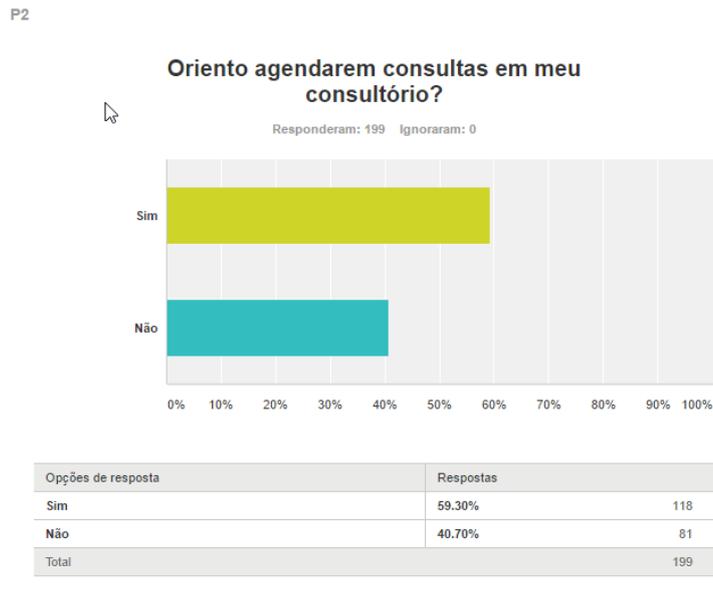


Gráfico 13: Orientação aos usuários sobre eventuais problemas

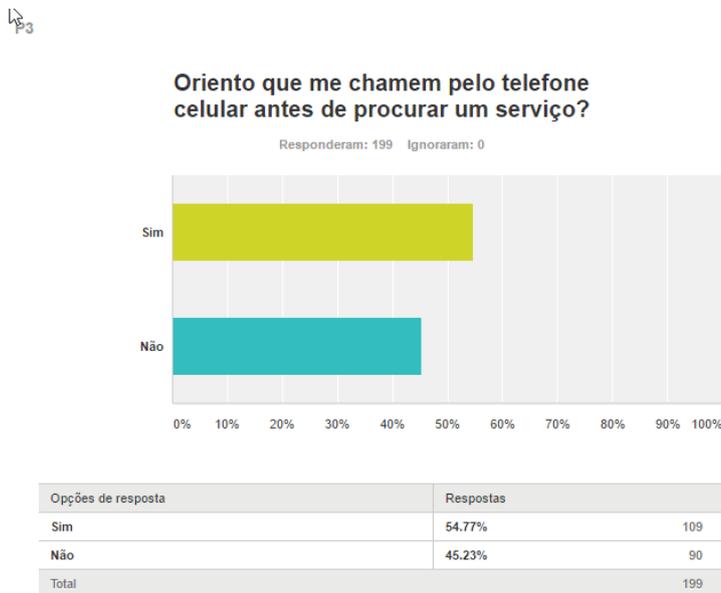
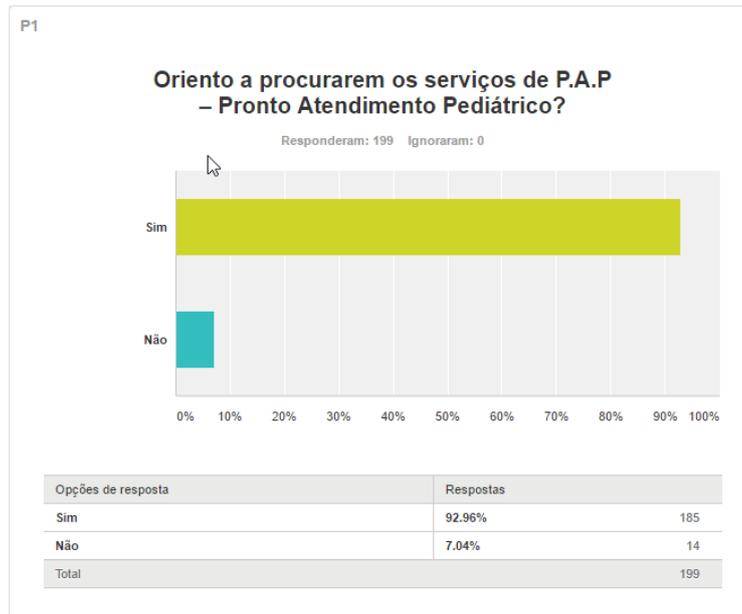
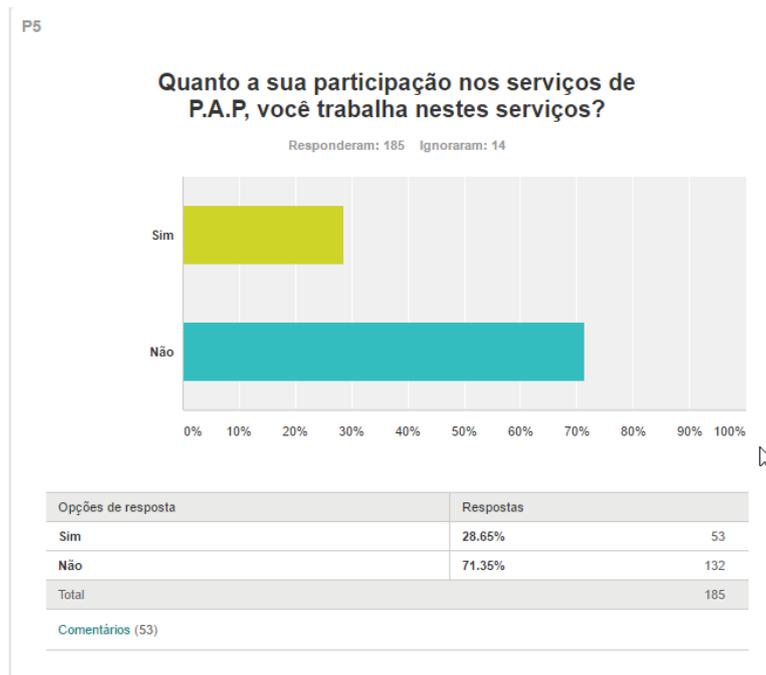


Gráfico 14: Orientação aos usuários sobre eventuais problemas



Sobre os encaminhamentos de usuários para os serviços de emergência, gráfico 15, a grande maioria (71,35%) dos pediatras o fazem para serviços em que não trabalham.

Gráfico 15: Participação dos pediatras nos serviços de emergência

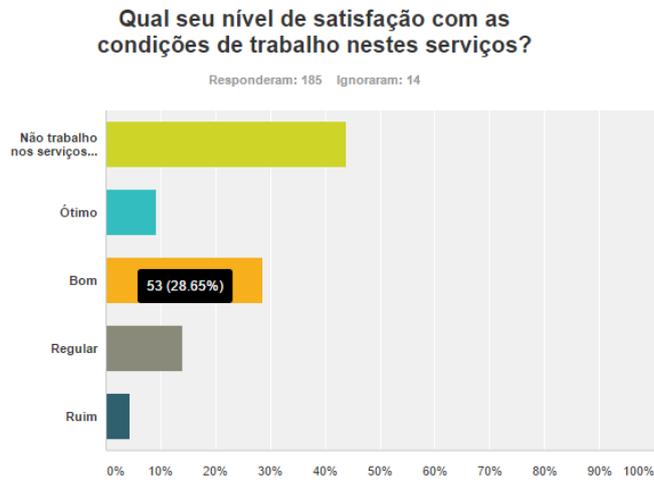


Sobre a satisfação dos pediatras com as condições de trabalho nos serviços de emergência, da amostra pesquisada, 81 deles não trabalham nestes serviços e

não os avaliaram; 106 indivíduos afirmaram trabalhar nestes serviços, dentre eles, 16,03% consideraram suas condições de trabalho ótimas; 50% boas; 26,4% regulares; 7,54% ruins; ilustrado no gráfico 16.

Gráfico 16: Nível de satisfação dos pediatras com os serviços de emergência

P6

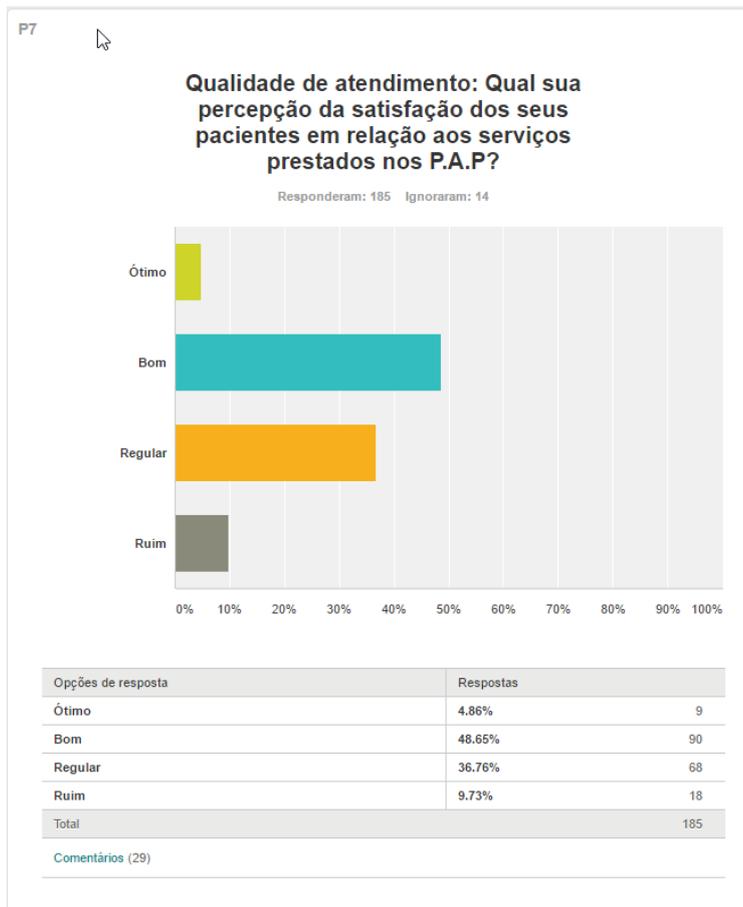


Opções de resposta	Respostas
Não trabalho nos serviços de P.A.P	43,78% 81
Ótimo	9,19% 17
Bom	28,65% 53
Regular	14,05% 26
Ruim	4,32% 8
Total	185

[Comentários \(16\)](#)

Sobre a satisfação dos seus clientes com a qualidade dos serviço recebidos, 4,86% consideram que os clientes o acharam ótimo; 48,65%, bom; 36,76%, regular; e 9,73%, ruim. lustrado no gráfico 17.

Gráfico 17: Percepção dos pediatras sobre a satisfação dos seus clientes atendidos em serviços de emergência



Comentários dos pediatras sobre a assistência pediátrica ofertado pela OPS:

“Os familiares reclamam da demora no atendimento, grande volume de pacientes, buscam a urgência e emergência para consultas de rotina por não encontraram pediatras em consultórios que atendam pelos planos...”

“Sugiro fazer um mapeamento dos clientes para a escolha da localização de um novo serviço, priorizando áreas com alta demanda e poucos recursos de atendimento”.

“A necessidade de construir serviço próprio ou credenciar um novo serviço é urgente, pois serviços fecham e o volume de consultas é cada vez maior, estressando qualquer profissional em qualquer serviço”.

“A exemplo de outras OPS, ambulatório e pronto atendimento pediátrico em um serviço próprio oferecem melhores condições aos pacientes devido à infraestrutura. aos médicos reduz os custos do consultório”

“Acho interessante a construção de um serviço próprio de pediatria, com boa localização que pudesse atender os usuários”.

“Acho excelente a construção de um centro pediátrico da OPS. Tenho pacientes que consultaram em serviços de outras OPS e ficaram satisfeitos...”

“Acho essencial a discussão na OPS sobre a necessidade de construir um serviço próprio. Represento a Sociedade de Pediatria em alguns setores da diretoria e já havíamos solicitado esta possibilidade . Gostaria ainda de planejar um centro de especialidades para seguimento do Recém nascido”

2.4. Benchmarking com outras OPS

2.4.1 - OPS 1

O Serviço de Pronto Atendimento Pediátrica foi implantado inicialmente junto com o Pronto Atendimento de Adultos. Posteriormente foi identificada a necessidade de desvincular o atendimento adulto do pediátrico, sendo estruturado espaço específico para o atendimento infantil. O Atendimento de Ortopedia continua sendo compartilhado com o Pronto Atendimento Adulto. Realizam atendimentos a usuários da OPS e particulares. Não atendem demais operadoras. Na estrutura de gestão possuem: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Coordenador Médico, Coordenador de especialidade.

O histórico demonstra que 85% dos atendimentos são de consultas de baixa complexidade. A taxa de retorno em 72h atualmente é de 11%, considerada alta. A meta é de 5%. O número de atendimento mensal oscila entre 1.400 a 2000 consultas. Os atendimentos de observação e medicação correspondem a 30% das consultas realizadas.

Os picos de atendimento ocorrem nas segundas-feiras e sábados. Os horários de maior procura são às 10 h, 14 h e 19 h. Em relação as metas de atendimento, o tempo médio de espera na recepção é de 5 minutos, 3 h de permanência na unidade, média diária de atendimento de 90 consultas, sendo 30 em pediatria.

A avaliação quanto à satisfação do atendimento é realizada através de pesquisa encaminhada aos usuários via SMS posterior a consulta. A procura pelo

serviço próprio comparado a rede terceirizada é de 50%. Após inauguração do Pronto Atendimento Pediátrico há entendimento pela maioria dos beneficiários que o atendimento é exclusivo. O serviço segue o modelo tradicional vigente de assistência, pediatras trabalham por demanda, não utilizam protocolos de tratamentos ou atenção integral. O aspecto positivo desta estrutura física é a facilidade de acesso dos usuários aos serviços de reabilitação, disponíveis no mesmo local, contemplam Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição. A área também dispõe de serviço administrativo, local para Atenção Primária à Saúde (APS) exclusiva para colaboradores e Centro de Infusão de Quimioterápicos e Imunobiológicos.

2.4.2 - OPS 2

O Serviço de Pronto Atendimento Pediátrico foi desenvolvido em 2 anos e inaugurado em 15/6/2016. A partir do desenvolvimento do projeto, foi contratado profissional com conhecimento específico da área para condução e implantação do serviço. Estrategicamente não realizaram divulgação na mídia, visando um crescimento gradativo e espontâneo a fim de estruturar progressivamente o serviço. O espaço foi adaptado para atendimento em saúde dentro do possível, visto que foi implantado em um prédio antigo. Os processos foram muito bem estruturados. Os atendimentos são definidos por cores distintas a fim de facilitar o fluxo. Os protocolos médicos foram elaborados em conjunto com a equipe médica e implantados em dezembro/2016. Não cobram por medicamentos prescritos/aplicados nos pronto atendimento pediátrico, independentemente da cobertura. Os atendimentos são exclusivos aos beneficiários. No mesmo prédio possuem pronto atendimento adulto e pediátrico e serviço de infusão para quimioterápicos e imunobiológicos. Os pediatras estão satisfeitos com as condições de trabalho, são remunerados por um valor fixo de plantão o que reduziu o conflitos relacionados ao atendimento de pacientes prioritários e mais graves. Não foram observados longas filas ou tempo elevado de espera, sendo os pacientes acolhidos de forma rápida e eficiente. Ainda carecem de monitorização de indicadores epidemiológicos e de qualidade.

2.4.3 - OPS 3

O Serviço de Pronto Atendimento Geral foi inaugurado em 2009, atende no mesmo prédio adulto e crianças, porém em ambientes separados. A recepção é compartilhada mas a sala de espera é distinta. A entrada, triagem e consultórios são distintos (esquerda adulto / direita pediatria). Possuem fluxos e protocolos bem definidos, bem como indicadores para controle e monitoramento dos resultados. Os protocolos médicos foram definidos pelos especialistas. Os medicamentos utilizados e que não fazem parte do atendimento/cobertura contratual são cobrados do paciente. Adotam a mesma regra aplicada pela rede credenciada. Na receita médica fornecidas durante a consulta pediátrica, há mensagem orientando os usuários a procurarem pediatra para acompanhamento.

As consultas no pronto atendimento pediátrico representam aproximadamente 70% do volume de atendimentos da OPS, os 30% restantes ocorrem em consultórios e hospitais. Recebem também pacientes em caráter particular, o qual representa 3% dos atendimentos. Os médicos registram presença em ponto eletrônico. As equipes trocam turno ao mesmo tempo, evitando aumento do tempo de espera para consultas em horários críticos. O serviços de imagem (Raio X e US) atende também pacientes externos com entrada e recepção distinta, sendo o atendimento realizado das 7 às 19h em contraponto ao funcionamento 24h do serviço de emergência. O serviço de copa é utilizado pela equipe (administrativa, enfermagem e médica). Oferecem alimentação aos pacientes que estejam em observação por mais de 6h, o que indica um bom acolhimento. A alimentação é fornecida por empresa terceirizada mas, acompanhada por nutricionista própria. Possuem serviço de copeira. Possuem ala restrita a funcionários onde estão localizados os vestiários, copa, sala de refeição e estar médico (por sexo). O beneficiário não paga a consulta de retorno até 12h. A estrutura de gestão compreende: Superintendência - Gerente Assistencial – Coordenador de Pronto Atendimento, Diretor Clínico e Diretor Técnico. Também há coordenador de escala que é o líder dos plantonistas. A cobertura dos médicos em férias é realizada por médicos contratados por período temporário. Adotam os seguinte indicadores de qualidade:

- Transferência para internação: 0,5% dos atendimentos;
- Tempo médio de atendimento – entrada até a consulta: 30 a 35 minutos;

- Tempo médio de triagem – entrada até a triagem: 8 minutos
- Tempo médio de triagem: 0:1:44 minutos;
- Tempo médio triagem para consulta: 20 minutos;
- Tempo médio total de atendimento: 1:25h
- Custo médio da consulta: R\$ 140,00 – Ticket médio: R\$ 120,00;
- Picos de atendimento: 10h e 19h;
- Da 1h às 6h é realizada menos de 1 consulta/hora.

Outros dois serviços são disponibilizados no mesmo prédio, consultório farmacêutico para entrega e orientação de medicamentos oncológicos orais, ambulatório de curativos. O resumo das informações referentes à estrutura física e operacional das três operadoras encontram-se resumidos na tabela 4. Os valores de remuneração para os pediatras são ilustrados na tabela 5.

Tabela 4: Benchmarking da estrutura física e operacional das OPS

	OPS 1	OPS 2	OPS 3
Nº Habitantes da cidade	406.693	553.393	390.011
Nº Usuários OPS	170.000	188.000	106.00
População estimada 0 a 18a	34.000	37.600	21.200
Atendimentos/dia	60 a 80	70 a 80	75
Nº Atendimento mensal	1400 a 2000	2.100 a 2400	2.000 a 2.250
Área do Serviço	1200m ²	X	1342m ²
Funcionamento	24h	24h	24h
Recepção	3 posições	2 posições	3 posições
Sala Espera	42 lugares	X	X
Sala de Triagem	2	2	1
Tempo Espera Triagem	3 a 5'	5'	2'
Protocolo de Triagem	Manchester	Manchester	Manchester
Tempo de atendimento	20'a 3h	1h	1h25
Consultórios	3	3	2
Sala Observação	5 leitos, 2 poltronas	6 leitos	4 leitos
Quartos Apoio	4	2	2
Laboratório	Não	sim	sim
RX/US	sim	telemetria	sim
Número Médicos	20 pediatras	19 pediatras	27 pediatras
Turno Plantão Pediatras	6h	12h	6h e 12h
Médico Plantão	2	2	2 (3 domingo)
Inalação	4 poltronas	4 poltronas	7 poltronas
Sala de Gesso	1	1	1
Sala de Procedimentos	1	1	1
Sala de Emergência	2 leitos	1 leito	2 leitos
Isolamento	1 quarto	0	1 quarto
Sistema	Tasy	MV	Tasy
Estacionamento	Terceirizado	Não	Terceirizado
Internamento	Rede	Rede	2 Hospitais
Taxa de retorno	11%	X	X
Necessidade de Observação - Medicação	30% das consultas	30% das consultas	25%

Tabela 5: Valores médios de remuneração pago aos médicos pelas OPS (julho 2017)

(Média de atendimento de 3 a 4 consultas/hora)

	Consulta horário normal	Consulta horário noturno	Hora diurno	Hora noturno	12h diurno	12h noturno
OPS 1	46,00	59,80	184,00	239,20	2.208,00	2.870,00
OPS 2	33,33	43,33	133,33	173,33	1.600,00	2.080,00
OPS 3	37,56	37,56	150,25	187,81	1.803,00	2.253,00

2.5. Dinâmica de grupo com pediatras e gestores

A análise dos resultados das pesquisas realizadas com pediatras e usuários foi conduzida sob a forma de dinâmica de grupo envolvendo gestores e profissionais que atuam no setor. O objetivo foi aprofundar o conhecimento sobre a maneira de

pensar e agir destes *players*, reconhecendo suas necessidades e conflitos na resolução do problema. A discussão conjunta proporcionou *insights* e novas ideias, importantes para repensar o modelo assistencial. A dinâmica iniciou com uma pergunta norteadora aberta que foi intensamente debatida pelo grupo: Qual as explicações para os problemas levantados nesta pesquisa? Citaram uma mudança importante no país a partir do início do ano 2000, período em que houve crescimento econômico, aumento de poder aquisitivo e maior acesso das populações das classes C e D aos planos de saúde. Ainda que posteriormente tenha havido uma desaceleração da economia e como consequência, o retorno de uma parte significativa desta população ao SUS, muitos usuários mudaram seus hábitos de consumo, buscando mais opções de atendimento, agilidade, horários não conflitantes com a jornada de trabalho dos pais ou horário escolar da criança e principalmente adquiriram uma postura mais crítica e exigente com os serviços que recebem. Assim passaram a buscar consultas médicas com diferentes profissionais, em horários não usuais, noturno, finais de semana, geralmente coincidentes com o período em que menos profissionais estão disponíveis. Também foi abordado a redução do número de consultórios pediátricos e mudança da forma de atuar do pediatra que tem feito opção por trabalhos em que ocorram menos vínculos com os pacientes. O grupo questionou que a faixa etária recomendada pela sociedade de pediatria para atendimento com pediatras, 0 a 18 anos, nem sempre é contemplada pelos serviços. Assim, usuários adolescentes convivem com dificuldades de acesso a serviços infantis por falta de estrutura física adequada para atendê-los, e também a serviços de adultos onde nem sempre encontram a expertise profissional para lidar com esta faixa etária. Lembraram que medidas adotadas pela OPS inibiram ainda mais a vinculação dos pacientes com os pediatras de consultório. A não remuneração de segunda consulta realizadas em período inferior a 15 dias estimula a postergação dos agendamentos somente para períodos em que o médico será remunerado para fazê-lo, gerando prejuízo para os pacientes que realmente necessitam ser monitorados em um prazo menor de tempo, obrigando-os a buscarem outros serviços ou profissionais. Perguntados sobre a implantação de um modelo de atenção integral, respaldaram um modelo que favoreça a integração da assistência atualmente realizada por diferentes profissionais e serviços, visto que o atendimento exclusivo por um único profissional esta cada vez mais difícil de ser mantido no sistema de saúde público e suplementar. Enfatizaram a necessidade de

elaboração de protocolos e a eleição de uma forma mais justa e coerente de remuneração. Devido a diversidade de atuação dos profissionais é preciso que o modelo reduza as consultas em serviços de emergências sem desestimular os atendimentos em consultórios.

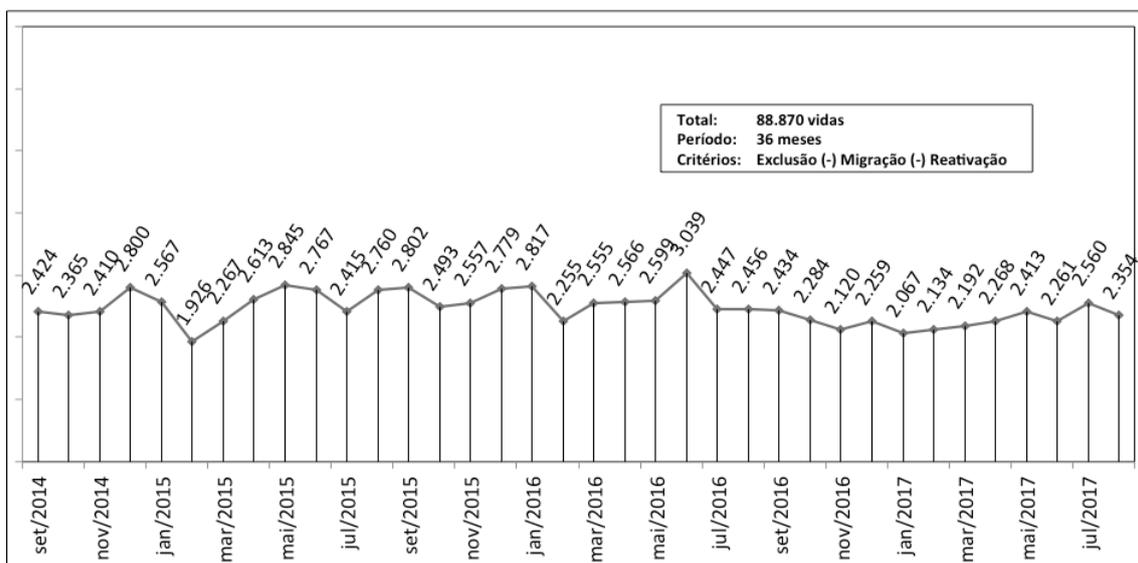
2.6 – Análise

Para melhor análise dos resultados é importante relatar a evolução histórica dos problemas assistenciais em pediatria enfrentados pela OPS nos últimos 5 anos. No final de 2012, o número médio mensal de atendimentos realizados em serviços de emergência (PF + PJ) era de aproximadamente 11.000 consultas/mês, sendo elas distribuídas em 6 serviços. Atualmente este número é de aproximadamente 15.670 consultas/mês distribuídas em 4 serviços, um aumento de 70,1% em 5 anos. Já em 2012, 75% das consultas concentravam-se em dois hospitais que alegavam prejuízos na manutenção dos serviços e para aliviá-los cobravam taxa de sala dos médicos, correspondentes a 15% do valor da consulta. Assim os médicos que recebiam e pagavam valores variáveis dependentes de sua produção começaram ficar desestimulados com o trabalho em emergências. Os hospitais não conseguiam manter um número mínimo de plantonistas para atender a demanda, o que comprometia a qualidade do atendimento aos usuários evidenciado pelo alto tempo de espera, baixo tempo de consulta, elevado índice de sinistralidade (exames/consulta), e alto índice de retorno. Em 2013 as medidas adotadas para amenizar os problemas foram credenciar novos médicos e remunerar para os hospitais a taxa de sala, desonerando os médicos do pagamento. Mesmo com estas medidas, 2 serviços de emergência pediátrica foram fechados e o movimento de ambos foi absorvido pelos outros 4 serviços, que apesar de terem melhorado a estrutura de atendimento continuaram com fluxo acima da capacidade operacional. Evolutivamente, em 2015 a OPS incluiu em seu rol mínimo de procedimentos as consultas padronizadas de puericultura. Esta medida estabeleceu um valor diferenciado para as consultas que contemplam orientações de puericultura, estimulando os pediatras a executá-la em consultório. O Programa, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e incorporado no rol de procedimentos da ANS, tem como objetivo monitorizar o desenvolvimento físico, cognitivo, mental e psicossocial da criança desde o nascimento até a adolescência. Inclui orientações

sobre aleitamento materno, alimentação, cobertura vacinal, sono, sexualidade, desempenho escolar e atividades lúdicas, cognitivas e físicas melhor indicadas para as diferentes faixas etárias. Também envolve a realização de exame físico específico para monitorização do estado nutricional, acuidade visual e auditiva e desenvolvimento pôndero-estatural. O foco é a prevenção, evitando uma série de doenças da vida adulta que possuem início na infância, em contraposição à medicina puramente sintomática que lotam os serviços de emergência. Desde que foi implantada, houve uma redução de 5,51% na média mensal de consultas PF em emergência e um aumento de 5,05% na média mensal de atendimentos em consultórios, porém, ainda não está claro se o aumento constatado na realização deste procedimento reflete realmente uma maior consciência dos pediatras e usuários em realizá-lo ou se simplesmente foram consultas comuns informadas como de puericultura motivada apenas pelo estímulo econômico.

Mesmo com as ações adotadas pela OPS a partir de 2013 e a redução nos últimos 36m de aproximadamente de 88.870 vidas na faixa etária de 0 a 18 anos, (Gráfico 18), o fluxo de usuários que procuram serviços de emergência aumentou. Adicionalmente os dados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que a insatisfação com os serviços ainda é patente; 20,26% dos usuários que realizaram consulta nestes locais relataram insatisfação, acharam o atendimento não resolutivo e repetiram a consulta com outros profissionais.

Gráfico 18: Redução mensal da carteira de clientes PF faixa etária 0 a 18 anos



Fonte: Dados fornecidos pela OPS.

Entre os pediatras que trabalham ou encaminham pacientes aos serviços de emergência, 46,8% manifestaram a percepção que os usuários estão insatisfeitos com os atendimentos. A insatisfação com a qualidade dos serviços também impacta na percepção de qualidade da assistência médica pois 17,72% manifestaram insatisfação com o atendimento médico.

Outros fatores mais subjetivos colaboram para a insatisfação dos usuários, envolvem mudanças de hábitos do indivíduo em uma sociedade cada vez mais acelerada e com vínculos frágeis de relacionamentos. Estas mudanças atingiram a relação médico- paciente. A participação da mulher no mercado de trabalho motivou a sociabilização precoce das crianças que passaram a frequentar berçários, creches e escola já no período de amamentação. Crianças provenientes de famílias menos nucleares e sociabilizadas mais precocemente, estão expostas e vulneráveis aos fatores de riscos psicológicos, culturais, econômicos e ambientais da atualidade. As famílias não dispõem de tempo para levá-las ao pediatra e se adaptaram à praticidade de ir a um pronto atendimento sem a necessidade de realizar agendamento prévio. Já não possuem pediatras exclusivos que se disponham a realizar atendimentos personalizados e compromisso de disponibilidade 24h para orientação; nesta pesquisa 45,23% dos pediatras entrevistados não orientam seus pacientes quando estes solicitam orientação por telefone ou mensagens em caso de necessidade, 92,96% orientam seus paciente a irem diretamente a uma emergência pediátrica, sendo que 71,35% encaminham para um serviço em que não trabalham. A dinâmica de grupo ressaltou que a não remuneração de consultas de retorno em prazo menor de 15 dias é um importante fator para este comportamento.

A concentração de atendimento em apenas dois serviços, 75% das consultas foram realizadas nos hospitais A e B, é uma causa importante do elevado tempo de espera; em média 80% dos pacientes recebem atendimento em um período superior a 1h. Adicionalmente, os usuários estão procurando consultas em horários e dias não usuais; os número de pacientes por hora que chegam aos serviços é uniforme entre 8h e 23h de segunda a sexta-feira e sofre acréscimo de 3 a 4% aos sábados e domingos pela manhã, porém o número de profissionais que atuam nos serviços neste período tende a ser menor, criando filas e aumentando o tempo de espera.

A distribuição do número de consultas por pediatra ainda é baixo e provavelmente desigual. Entre os pediatras credenciados, 15,7% não realizaram consultas nos últimos 12 meses e 84,08% realizaram consultas regularmente;

destes, 47,5% tiveram produção abaixo da média e 35,4% tiveram produção acima da média. Ainda que a OPS possua um número confortável de pediatras por usuários (1:263) e uma rede ampla de consultórios para atendê-los (461), tais números não serão necessariamente fator de resolução do problema sem que ocorra o aumento da produção individual dos pediatras que possuem baixa ou nenhuma produção. Também é importante a adoção de estratégias que promovam a consulta de menor complexidade em ambiente ambulatorial e que organize o fluxo de pacientes nas emergências; envolve um plano de comunicação aos usuários e incentivo econômico aos profissionais para que realizem consultas com enfoque mais preventivo e não apenas sintomático. A OPS necessita incrementar programas e metodologias que melhorem a eficiência dos atendimentos, investindo mais e melhor, priorizar os atendimentos ambulatoriais em detrimento ao excesso de consultas pouco complexas porém custosas realizadas nos hospitais.

O olhar para o futuro demonstra um cenário de retomada da economia e provável retorno aos planos de saúde de uma parcela considerável de usuários que foram marginalizados da assistência pela crise econômica. A OPS deverá preparar-se para recebê-los. O maior desafio será locar adequadamente os recursos para oferecer qualidade na assistência a custos sustentáveis e competitivos, visto que o mercado de saúde está em franca transformação. O caminho é um sistema integrado de prestação da assistência. É necessário que se transforme a rede prestadora em um caminho mais longitudinal e que se amplie o número de serviços que se disponham a atender usuários em horários não usuais mas com grande fluxo de atendimentos, investir em medidas que reduzam a concentração de consultas nas emergências hospitalares já existentes e em tecnologia como por exemplo, programas que favoreçam o agendamento de consultas, aplicativos que auxiliem os usuários a buscarem serviços em horários de menor demanda e ainda implantar e integrar prontuários eletrônicos nos diversos níveis da assistência. Outro aspecto importante é a necessidade de reformular o modelo de remuneração, o *fee-for-service* depreciou muito a qualidade da assistência. Há uma clara necessidade estratégica de encontrar um modelo mais adequado, p. ex. valor fixo + plus por qualidade, gravidade da patologia ou resolutividade. Também há necessidade de obter informações epidemiológica dos atendimentos, favorecendo análises contínuas de custo/utilidade, quanto custa cada doença, projeções epidemiológicas de quantas crianças com determinada doença existem na carteira e como implantar programas

para assistí-las; questões de extrema relevância para realizar previsão orçamentária. A implantação dessas medidas envolve em alguns aspectos a quebra de paradigma do modelo assistencial atual. Para que sejam viabilizadas, investimentos deverão ser alocados objetivando a integração eletrônica da rede assistencial e a implantação de um Centro de Atenção Integral em Pediatria, ocupando nível secundário entre os consultórios e hospitais, propostas que serão detalhadas na parte 2.

3. Parte 2. Proposta de Resolução do Problema

3.1 - Integração Eletrônica da Rede Assistencial Pediátrica

A exemplo do que tem ocorrido em vários setores, a tecnologia está revolucionando a assistência em saúde. A utilização crescente de agendas e prontuários eletrônicos integrados, o desenvolvimento e uso em escala de aplicativos e dispositivos médicos para mobile, a atuação à distancia através da telemedicina e a internet das coisas, são exemplos de estratégias já implementadas em várias organizações de saúde. A manutenção do *market share* da OPS em um mercado progressivamente competitivo envolve a inovação do modelo tradicional de prestação de serviços e atendimento, priorizando sempre a satisfação do usuário.

Entre os objetivos estabelecidos pela OPS em seu planejamento estratégico incluem melhorias nas soluções em Tecnologia em Informática (TI) e neste contexto os esforços deverão se concentrar na criação de um ambiente virtual de interoperabilidade, viabilizado na implantação e integração de sistemas em diversos pontos de atendimento médico, o que propiciará uma visão única dos dados dos pacientes por todos os *players* envolvidos na assistência. O projeto de desenvolvimento de um registro eletrônico de saúde envolve a utilização de agenda 100% online e prontuário eletrônico. Estes instrumentos além de mais agilidade nos agendamentos de consultas e atendimentos na recepção, auxiliarão os pediatras na abordagem clínica visto que as informações provenientes de consultas, exames e procedimentos previamente realizados poderão ser acessadas a cada atendimento do usuário em todos os níveis da assistência. Esta é uma medida de extrema importância pois favorecerá a continuidade da assistência, a utilização de protocolos e uma linguagem mais uniforme entre os profissionais. Implantá-la de forma padronizada é estratégico para redução da sinistralidade, pois evitará o desperdício com repetição de exames.

A agenda 100% online além de estratégica para a OPS, trará benefícios para os usuários e pediatras. Favorecerá a disponibilização de horários de atendimento aos usuários da OPS sem que isto interfira com a autonomia do profissional em sua agenda de horários. Para o profissional, além da possibilidade de ampliar o volume de atendimentos no consultório, a agenda conterà funcionalidades como:

elaboração de lista de espera para cobrir possíveis faltas de pacientes às consultas, opção de encaixes, lembrete de consulta aos usuários via SMS, parametrização de restrições por gênero e faixa etária, entre outros. O acesso ao sistema ocorrerá pela inserção de usuário e senha previamente cadastrados, o que permitirá rastreabilidade. O sistema carregará automaticamente a disponibilidade do médico e após a marcação ou execução da consulta as informações serão armazenadas para novos atendimentos. Para o usuário, propiciará a facilidade de realizar agendamentos por diferentes canais (telefone, aplicativos e mensagens) com todos os profissionais e serviços cadastrados. Se houver necessidade de acessar um serviço de pronto atendimento poderá monitorizar a distância e agendar o melhor momento para acessá-lo.

A inserção de dados do usuário no Prontuário Eletrônico durante a realização de consultas será baseado no SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise, Procedimentos), método amplamente conhecido e facilmente aderente à rotina dos médicos. Possibilitará nos atendimentos subsequentes que outros médicos conheçam o que foi proposto e realizado para dar seguimento ao tratamento orientados por protocolos cientificamente respaldados. O método contempla a evolução clínica dos pacientes por coleta de dados Subjetivos (anamnese histórico pessoal, histórico familiar) e Objetivos (exame físico, exames complementares); posteriormente é realizada a Análise: (diagnóstico, prognóstico, decisão terapêutica e problemas) e finalmente o Plano de abordagem do problema (solicitação de exames, tratamentos, encaminhamento, programa de cirurgias). Além do SOAP, o programa conterá campos para preenchimento de receitas, pedido de exames e atestado, entre outros formulários. Também deverá contemplar medidas de segurança como rastreamento por assinatura digital (e-CPF), garantias de legalidade e formulários no padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (TISS), para favorecer a análise *online* dos procedimentos e o envio da produção médica ao final do atendimento para a operadora. O uso do programa seguirá o seguinte passo-a-passo: 1) acesso por usuário e senha, 2) automaticamente a lista de todos os pacientes que estão agendados aparecerá na tela, 3) ao clicar no nome do usuário que será atendido, o sistema apresentará seus dados cadastrais e o resumo das consultas anteriores, 4) evolução pelo método SOAP, 5) o programa conterá campos para a visualização e solicitação de exames e procedimentos incluindo a codificação pela Terminologia

Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), 6) emissão de receita, declaração e atestados, quando necessário, 7) finalização.

Um grande número de consultórios pediátricos e serviços de emergência já possuem algum tipo de sistema de agendamento e prontuário eletrônico implantado. A OPS deverá adotar estratégias contemplando diálogo e comunicação para demonstrar a todos os *players* a utilidade e benefícios de integrar estes diferentes sistemas. Porém ainda que esta integração agilize a assistência e reduza custos e desperdícios, não atingirá por si só o objetivo mais nobre, atualmente contemplado na visão, missão e valores da empresa, o de priorizar a saúde dos seus usuários como bem maior. No modelo atual falta um local que contemple a atenção integral às crianças e funcione como um elo entre os consultórios pediátricos (atendimento primários) e emergências hospitalar (atenção terciária). Será necessário investir em um centro secundário que ofereça apoio e complemento a assistência prestada nos 496 consultórios pediátricos e que também tenha rápida conexão com os hospitais conveniados nos casos realmente emergenciais.

3.2 - Implantação do Centro de Atenção Integral em Pediatria

A pesquisa com os usuários e a análise dos indicadores de assistência demonstraram claramente que o modelo atual induz os usuários a buscarem atendimento pediátrico em serviços de emergência. Quando atendidos no primeiro nível da atenção (consultórios pediátricos), seja por indisponibilidade do profissional ou falta de estrutura dos consultórios, são orientados a buscar atendimento hospitalar para realização de consultas, exames e procedimentos de baixa complexidade. Uma parte dos usuários inclusive já não possuem pediatras e buscam diretamente assistência nas emergências. A inversão desta tendência pode ser viabilizada com a criação de um centro secundário que atenda os usuários conforme as suas necessidades e de acordo com os conceitos do atendimento integral em saúde. O centro deverá contemplar consultas de pronto atendimento, realização de pequenos procedimentos, orientações sobre cuidados básico em saúde, vacinação, consulta com especialistas e reabilitação infantil. Em resumo, este centro secundário se ocupará da atenção integral e demandas geradas pelos consultórios pediátricos e as emergências hospitalares darão suporte a este centro atendendo os casos realmente graves e com demanda de internamento.

A atenção integral surgiu da necessidade de mudança no conceito de atendimento ao ser humano, melhor definida como um modelo biopsicossocial. O modelo prioriza não somente as pessoas doentes mas também os saudáveis. Será importante criar condições para que o usuário busquem atendimento nesta Unidade de Cuidado Integral não só para tratar doenças mas também para receberem orientações e participarem de ações preventivas. Será importante facilitar o acesso, seja por agendamento ou procura direta. A utilização de *call center* e aplicativos poderá orientar os usuários sobre os horário de menor demanda e mais rapidez no caso de pronto atendimento.

Alguns desafios terão de ser enfrentados para implantação. Ampliar os cuidados de uma população nos momentos em que ela esta saudável e doente, inicialmente pode causar aumento dos custos assistenciais, mas a tendência é a redução na medida em que o modelo for entendido e utilizado. Outro fator importante envolve a adesão dos pediatras e gestores de hospitais. Será preciso conscientizá-los de que o projeto é “ganha-ganha”, reduzirá o fluxo da baixa complexidade aos hospitais ao mesmo tempo em que selecionará os casos que realmente necessitam intervenções mais complexas; ampliará o mercado, renda e condições de trabalho dos pediatras e oferecerá atendimento qualificado e humanizado aos usuários. Será muito importante a definição de como remunerar os profissionais, o modelo de remuneração com valor fixo mais incentivos com base em um programa de metas mostrou-se o mais efetivo no *bench marking* realizado com outras operadoras. A implantação de protocolos de atendimento será estratégico para a redução de internamentos; resultados de estudos sobre este modelo praticado indicam: redução de atendimentos em emergências e internamentos, aumento de custos com medicamentos de uso crônico (pacientes se tornam mais aderentes aos tratamentos) e redução nos gastos em saúde (Andrade e col, 2004; Lima, 2012).

3.3 - Estudo de viabilidade:

O projeto está em alinhamento com o planejamento estratégico da OPS. Na diretriz Mercados e Clientes um dos os principais objetivos estabelecidos é o de envolver, fidelizar e ampliar a carteira de clientes. A visão geral é de que o centro ofertará aos clientes agilidade no atendimento, atenção personalizada e integral,

satisfação e segurança. Ao cuidar adequadamente de uma faixa etária jovem, a OPS estará investindo em sua sustentabilidade, visto que as crianças bem tratadas de hoje serão os clientes do amanhã. Entre os objetivos específicos destacam-se a retenção de clientes, controle dos custos e redução da concentração/dependência dos prestadores; O estudo sobre as perdas de vidas da carteira de clientes realizado pelo departamento comercial apontou que nas faixa etária mais jovens, destacando-se a de 0 a 18 anos, concentraram perdas acima de 20%. É possível especular que tanto o desemprego como a qualidade da assistência atualmente ofertada às crianças são fatores que motivam os pais mais jovens a buscarem outras opções e dificulta a aquisição de novos clientes. Sobre o controle de custos, a migração dos procedimentos de baixa complexidade e terapias dos hospitais para um centro secundário colaborará para a redução de custos. Finalmente, sobre a concentração e dependência dos prestadores, os indicadores demonstraram que os atendimentos em emergência concentram-se em dois serviços. A criação do centro secundário poderá reduzir esta concentração. A OPS dispõem de um terreno localizado em um bairro próximo a região central, equidistante dos serviços de emergência hospitalar, sendo o tempo de acesso a qualquer um dos serviços inferior a 20 minutos, ilustrado no quadro 6.

Tabela 6: Distancia e Tempo de Acesso aos Serviços de Emergência

Prestador	Distância em Km	Tempo em minutos
Hospital A	1,4	5
Hospital B	5,4	16
Hospital C	5,9	20

3.3.1 - Referências para estudo de custo – janeiro 2017

- ✓ Contratar escritório de arquitetura
- ✓ Metro Quadrado Construído – Computável: R\$ 3.000,00
- ✓ Metro Quadrado Construído – Não Computável: R\$ 2.000,00
- ✓ Composição da estrutura: Legislação vigente – RDC 50
- ✓ Contratar Empresa de Consultoria Tecnológica
- ✓ Estrutura de Informática: Equipamentos, Sistema Operacional, Telemedicina.

- ✓ Móveis/Mobiliário/Equipamentos: Cotação (simulação)
- ✓ Depreciação/Amortização: Mobilizado – 5 a 25 anos
- ✓ Improdutividade (CLT): 20%
- ✓ Funcionamento
 - PA: 24h
 - Centro de Especialidades - Segunda a sexta-feira - das 9 h às 21 h
 - Serviço de imagem - Segunda a sexta-feira - das 7 h às 19 h
 - Centro de Terapias Infantil - Segunda a sexta-feira - das 7 h às 19 h
- ✓ Salários e Encargos
 - Equipe apoio: Plano de cargos e salários da OPS
 - P.A.
 - Horário Diurno: Valor Hora R\$ 85,00 + Consultas R\$ 25,00.
 - Horário Noturno: Valor Hora R\$ 100,00 + Consultas R\$ 25,00.
 - Horário Diurno CLT (com encargos) - Valor Hora R\$ 142,80 + Consultas R\$ 25,00.
 - Horário Noturno CLT (com encargos) - Valor Hora R\$ 168,00 + Consultas R\$ 25,00.
 - Centro Médico de Especialidade:
Valor Hora: R\$ 201,60 (c/ encargos) + Consulta R\$ 20,00. Obs.: no valor da Hora foram considerados o valor do Custo Operacional (administrativo) e taxa referente o aluguel dos consultórios.
- ✓ Capacidade de atendimento no pronto atendimento: 12.100 consultas/mês; 403 consultas/dia; corresponde a 80% da demanda de atendimentos pediátricos de emergência (capacidade total).
- ✓ Capacidade de atendimento no centro de especialidades: 6.048 consultas/mês, 288 consultas/dia; correspondente a 31% da demanda de atendimentos em especialidades (capacidade total).
- ✓ Capacidade de atendimento no centro de reabilitação infantil – 360 sessões/dia; 7.567/mês; corresponde a 65% da demanda mensal atual.

3.4- Análise de Financeira

3.4.1 - Premissas Consideradas

- ✓ Período de obras de 11 meses;
- ✓ Investimento na obra e equipamentos diluídos nos 11 meses;
- ✓ Inauguração com 30% da capacidade total;
- ✓ Rump up de teoricamente 24 meses para capacidade total;
- ✓ Despesas e custos distribuídos linearmente nos 24 meses;
- ✓ Regime tributário cumulativo de PIS COFINS;
- ✓ Regime de Lucro Real para IRPJ;

- ✓ Pagamentos de Honorário Médico por cooperativa, para diminuição de impostos (DRE ? Gerencial);

- ✓ Considerado aporte mensal da OPS em caso de necessidade de Capital de Giro (fluxo de caixa negativo);

3.4.2 - Premissas Não Consideradas que deverão ser reanalisadas

- ✓ Despesas pré-operacionais e de projeto;
- ✓ Despesas de criação duma nova Pessoa Jurídica;
- ✓ Despesas de preparação do terreno para obras;
- ✓ Taxas de liberação de obras (INSS sobre Obra);
- ✓ Despesas de Marketing (inauguração e mensal);
- ✓ Mão de obra com Terapias (parceria)
- ✓ Provisão para custos trabalhistas com vínculo empregatício médicos;
- ✓ Despesas de um Executivo para Gestão;
- ✓ Geração de Demanda

3.4.3 – Estimativa de Custos

O custo evitável com a internalização do pronto atendimento e terapias é significativo e tornam o projeto viável, porém os valores não serão divulgados por cláusula de confidencialidade com a OPS.

3.4.5 - Proposta de melhorias dos Resultados

1. Alocar andares vazios para unidades administrativas ou aluguel;
2. Atendimento às outras OPS e particulares
3. Atuar no CNPJ atual, reduzindo tributos;
4. Lançar novo plano “plus” para atendimento no Centro Médico pediátrico;

4. Discussão

Nos aspectos macroeconômicos é senso comum entre os gestores de saúde da saúde suplementar brasileira de que situações complexas como, a baixa liquidez, o excesso de exigências regulatórias da ANS, os avanços tecnológicos da medicina (inflação médica), o uso irracional do plano pelos usuários, o desperdício e a judicialização dificultam o custeio e a sustentabilidade do setor (Souza, 2014). A previsão orçamentaria do setor estimada em 2017 para oferecer assistência a cerca de aproximadamente 35 milhões de usuários é de aproximadamente R\$ 140 bilhões. Ainda que estes valores sejam expressivos, não estão necessariamente gerando uma assistência qualificada ou se traduzindo em melhora dos indicadores de saúde. Tal situação projeta um cenário futuro muito adverso se não houver quebra de paradigmas que favoreça o aprimoramento do modelo assistencial. O modelo atual, adotado por grande parte das OPS, tem sido negligente com o atendimento primário à saúde e também com a hierarquização da assistência. Estimula a recorrência, a repetição e o excesso de consumo de procedimentos o que o torna mais oneroso (Prado e col, 2007). Os gestores se ocupam mais com o controle de custos gerados pela doença do que com os cuidados as pessoas para evitar que elas fiquem doentes e gerem estes custos. Ao invés de estimular os cuidados com a saúde se ocupam prioritariamente com os gastos gerados pela doença.

Os dados demonstrados nesta pesquisa devem alertar os gestores da OPS sobre a necessidade de implementar medidas organizacionais e gerenciais sobre o modelo assistencial. A visão de futuro para melhorar a assistência paradoxalmente deve resgatar conceitos antigos de prevenção em saúde, viabilizados em gestões que envolvam os *players* e promovam a coordenação entre os diferentes níveis da assistência, que estimulem a educação dos usuários sobre as responsabilidades que possuem com a própria saúde e o uso racional dos recursos assistenciais e que principalmente tenham a sustentabilidade do negócio e o bem estar físico e mental do usuário como razão maior de suas estratégias. A proposta de implantação do modelo de atenção integral destacado nesta pesquisa contempla os principais eixos estratégicos considerados efetivos para a assistência à criança: gestão, parcerias, humanização e acolhimento, prevenção e promoção de hábitos de vida saudável, redução da morbimortalidade (Campos, 2007).

Na proposta é contemplada a porta de entrada e o caminho que o usuário deve percorrer em uma rede assistencial, com segurança e sem descontinuidade para que ele tenha cuidado integral de sua saúde. O vínculo com profissionais e serviços do nível primário e secundário humaniza o atendimento e evita o desperdício com exames e procedimentos desnecessários realizados em diferentes clínicas e hospitais. A viabilidade de implantação do Centro de Atendimento Secundário em Pediatria não deve se ater apenas aos aspectos econômicos, mas também aos vícios assistenciais demonstrado neste estudo. O grande desafio da OPS é compatibilizar necessidade dos usuários com a oferta e demanda de serviços. O uso racional dos recursos é um fator fundamental para enfrentar este desafio. Neste contexto, a implantação do centro e o compartilhamento das informações clínicas propiciarão maior vínculo dos usuários aos profissionais do primeiro nível de assistência e reduzirão o desperdícios com exames e procedimentos repetidos. Também organizará os encaminhamentos para, especialistas, reabilitadores e para atendimentos hospitalares, propiciando a utilização dos recursos de forma mais racional com a possibilidade real de obter melhores indicadores de saúde infantil e econômicos. Estima-se que 85% das demandas em saúde podem ser resolvidos no nível primário e secundário.

5. Conclusão

Apesar de apresentar um número suficiente de pediatras para oferecer assistência aos seus usuários, a OPS possui um “gargalo” assistencial na área de pediatria, tendo como consequência a utilização excessiva dos serviços de emergência. A falta de um registro eletrônico integrado dos usuários dificulta o acesso dos usuários aos serviços, o conhecimento compartilhado da informação clínica do usuário pelos profissionais, e o gerenciamento pela OPS, o que torna a assistência menos resolutiva e mais onerosa. A implantação de um sistema de registro eletrônico e a criação de um Centro de Atenção Integral em Pediatria poderá solucionar os problemas de atendimento nos serviços de emergência pediátrica e viabilizar o cuidado integral da criança através de um sistema integrado de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C., GOYA, N., MARTINS, J.R.T. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. SANARE, Revista de Políticas Públicas, ano V,n.1, 2004: 9-19.

BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G; BASTOS, F.I.; XIMENES, R.A.; BARATA, R.B.; RODRIGUES, L.C. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs (2011). Lancet. 28;377(9780):1877-89. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60202-X. Epub 2011.

Bichuetti, J. L.; Mere Jr, Y.A (2016). site da Harvard Business Review. <http://hbrbr.uol.com.br/modelos-de-remuneracao-na-saude/>

BRAGA, R.; SOUSA, F.; e COL. Compliance na Saúde: Presente e futuro de um mercado em busca da autorregulação, 2016. Editora Sanar Ltda, Salvador, BA. ISBN 978-85-67806-61-7.

CAMPOS, J.S. IN LOPEZ, F.A.; CAMPOS JR, D. Tratado de Pediatria, 1ª edição – Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007. Editora Manole Ltda, Baruerio, SP. ISBN 85-204-2437-6.

DEL NERO, C.R., in SACARRPI,M.J., Gestão de clínicas médicas, 2004. Ed. Futura – prefácio

FREIRE E COL IN LOPEZ, F.A.; CAMPOS JR, D. Tratado de Pediatria, 1ª edição – Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007. Editora Manole Ltda, Baruerio, SP. ISBN 85-204-2437-6.

GOLDWASSER, R.S.; LOBO M.S.C.; ARRUDA, E.F.; ANGELO, S.A.; LAPA E SILVA, J.; SALLES A.A. DAVID, C.M. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro, 2016. Rev Saude Publica; 50:19.

KOTLER, P – Marketing de Serviços Profissionais – 2º edição, 2002. Editora Eletrônica Verba Agencia. ISBN 85-204-1550-4.

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>

Lima, S.C.C.A – Dissertação de Mestrado, 2012.

<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6736>

MELEIRO, A.M.A.S. Rev Ass Med Brasil (1998); 44(2): 135-40.

NETO, V.A.; PASTERNAK, J.; Managed Care: Mais barato ou mais caro? Jovem médico 1998.

Souza, P.M.S., in LUCA, L.; Governança Corporativa em Saúde: conceitos, estruturas e modelos. IBGC – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Saint Paul Editora, São Paulo. ISBN 978-85-8004-089-0

PAIN, J.S. in GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C. Políticas e sistema de saúde no Brasil, 2014. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.459-491, tab, graf.

PRADO, S.R.L., FUJIMORI, E., CIANCIARULLO, T.I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança (2007). Sistema de Información Científica RedalycRed de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Texto & Contexto Enfermagem 2007, 16 (3)

VARELLA, D.; CESCHI, M. A saúde dos planos de saúde, 1ª ed. 2014. Editora Paralela, São Paulo. ISBN 978-85-65530-77

ANEXOS

1. Formulário da Pesquisa Realizada com os Pediatras

	<p>PESQUISA MÉDICO PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO (PAP)</p>
---	---

Prezado Dr. da especialidade pediatria

A OPS tem o compromisso de buscar a melhoria continua na qualidade dos serviços prestados por sua rede credenciada, objetivando sempre a satisfação do cliente.

A sua participação é primordial e importante para avaliar sua percepção e sugestões quanto à qualidade do atendimento nos PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO (PAP).

Desta forma, solicitamos a gentileza quanto ao preenchimento do Formulário de Pesquisa a seguir.

1. LOCAL DE ATENDIMENTO		
Qual orientação você presta aos seus clientes em situações que demandam atendimento emergencial:	S	N
Oriento a procurarem os serviços de P.A.P – Pronto Atendimento Pediátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oriento agendarem consultas em meu consultório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oriento que me chamem pelo fone celular antes de procurar um serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. REDE CREDENCIADA	
Para qual serviços de P.A.P você encaminha seus pacientes?	
Hospital Pequeno Príncipe	<input type="checkbox"/>
Hospital Nossa Senhora das Graças	<input type="checkbox"/>
Instituto da Criança	<input type="checkbox"/>
Hospital Menino Deus	<input type="checkbox"/>
Novaclínica	<input type="checkbox"/>

3. Quanto a sua participação nos serviços de P.A.P		
	S	N
Você trabalha nestes serviços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem sim, em qual:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Qual seu nível de satisfação com as condições de trabalho nestes serviços?	
Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Ruim	<input type="checkbox"/>

4. QUALIDADE DO ATENDIMENTO	
5. Qual sua percepção da satisfação dos seus pacientes em relação aos serviços prestados nos P.A.P?	
Ótimo	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Ruim	<input type="checkbox"/>

justifique:

6. REDE CREDENCIADA	
Qual sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados nos P.A.P na rede prestadora da Unimed ?	
Ótimo	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Ruim	<input type="checkbox"/>
justifique	

7. NOVOS MODELO DE SERVIÇOS	
Qual sua opinião sobre a Unimed Curitiba ter serviço de Pronto Atendimento e Centro de Especialidades em Pediatria?	
Favorável	<input type="checkbox"/>
Desfavorável	<input type="checkbox"/>

	S	N
Se favorável, você trabalharia neste serviço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Comentários e sugestões adicionais:

2. Formulário da Pesquisa Realizada com os Usuários

	<h3 style="margin: 0;">PESQUISA DE SATISFAÇÃO EM PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO</h3>
---	---

A OPS tem o compromisso de buscar a melhoria continua na qualidade dos serviços prestados por sua rede credenciada, objetivando sempre a satisfação do cliente.

A sua participação é primordial e importante para que possamos mensurar e diagnosticar a qualidade dos atendimentos prestados e, assim auxiliar os nossos prestadores no aprimoramento.

Desta forma, solicitamos a gentileza quanto ao preenchimento deste Formulário de Pesquisa, referente ao último atendimento de emergência realizado em hospital pediátrico pelo seu dependente.

Local de Atendimento

LOCAL DO ATENDIMENTO
Identifique o hospital do atendimento.

MOTIVO DA ESCOLHA (LOCAL)	
Como escolheu este serviço?	
Por orientação do médico do paciente	<input checked="" type="checkbox"/>
Pela localização	<input type="checkbox"/>
Por indicação de parentes/amigos	<input type="checkbox"/>
Guia Médico / Portal Unimed Curitiba	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

MOTIVO DO ATENDIMENTO	
Por qual motivo/causa procurou este serviço?	
Vômito	<input type="checkbox"/>
Febre	<input type="checkbox"/>
Cortes	<input type="checkbox"/>
Fraturas	<input type="checkbox"/>
Engasgos	<input type="checkbox"/>
Traumas e/ou quedas	<input type="checkbox"/>
Dificuldade Respiratória	<input type="checkbox"/>
Queimadura	<input type="checkbox"/>
Ingestão de objetos	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>
TEMPO DE ATENDIMENTO	

MOTIVO DO ATENDIMENTO	
O tempo de espera para ao atendimento foi de:	
Até 30 minutos	<input type="checkbox"/>
De 30 minutos a 1 hora	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 horas	<input type="checkbox"/>
Acima 2 horas	<input type="checkbox"/>

Recepção/Central de Atendimento

QUALIDADE DO ATENDIMENTO	
Qual sua avaliação quanto a qualidade de atendimento:	
Ótimo	<input type="checkbox"/>
Bom	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>
Ruim	<input type="checkbox"/>
Se Ruim, justifique:	

ESTRUTURA FÍSICA		
Quanto ao local de atendimento:	S	N
Atendimento individualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local de espera apropriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havia sanitários no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Setor de Triagem

TEMPO DE ATENDIMENTO	
1. - Ao chegar ao serviço de triagem, o tempo de espera ocorreu em:	
1.1. 15 min	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2. 15 a 30 min	<input type="checkbox"/>
1.3. acima de 30 min	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

QUALIDADE DO ATENDIMENTO	
1. Qual sua avaliação quanto a qualidade de atendimento:	
1.1. Ótimo	<input checked="" type="checkbox"/>
1.2. Bom	<input type="checkbox"/>
1.3. Regular	<input type="checkbox"/>
1.4. Ruim	<input type="checkbox"/>

Se Ruim, justifique:

ACOMPANHAMENTO		
	S	N
O atendimento na triagem foi classificado adequadamente quanto ao risco da criança?		
Atendimento individualizado?		
O atendimento foi cortês?		

Consultório Médico

QUALIDADE DO ATENDIMENTO	
1. – Qual sua avaliação quanto a qualidade de atendimento Médico:	
1.1. Ótimo	X
1.2. Bom	
1.3. Regular	
1.4. Ruim	

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO		
	S	N
As informações/orientações prestadas pelo médico sobre o tratamento foram esclarecedoras?		
O atendimento médico foi resolutivo?		
Se não, houve necessidade de buscar novo atendimento?		

Geral

AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR		
	S	N
Procedimentos adicionais (ex.: exames, curativos, etc.), ocorreram de imediato após a consulta?		
Foram realizados no local todos os exames solicitados?		
Teve facilidade de acesso ao local (estacionamento, ônibus, etc.)		
Você indicaria este hospital?		
Se não, por que?		

AVALIAÇÃO GERAL DO ATENDIMENTO			
ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM

