



## A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE NO SISTEMA UNIMED: desafios e tendências

### INTEGRATED CARE AT UNIMED SYSTEM: challenges and tendencies

#### Cloer Vescia Alves

Médico Clínico, Consultor Médico, Coordenador dos Cursos de Atenção Integral à Saúde da Faculdade Unimed. Atuação em Clínica Médica e Atenção Primária à Saúde desde 1990.

Pós-graduação em Gestão da Atenção Primária (Cambridge Health Alliance). MBA em Gestão de Serviços de Saúde (Universidade Federal Fluminense). MBA em Gestão Executiva (UNILINS). MBA em Altos Estudos de Política e Estratégia (Escola Superior de Guerra). Mestrado em Engenharia Elétrica (Biomédica) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

#### Lincoln Cubiça De Carvalho

Médico de Família e Comunidade, Consultor Médico, Gestor do curso de Atenção Primária à Saúde - Unimed São José do Rio Preto.

Graduação em Medicina pelo Centro Universitário de Volta Redonda (2009). Pós-Graduação Latu-Sensu em Endocrinologia e Metabologia pela Faculdade de Medicina de Valença-RJ (2010-2012), MBA em Gestão de Empresas pela FGV-RJ (2014-2016). Título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e Endocrinologia.

#### André Lúcio De Cassias

Médico de Família e Comunidade, Consultor em Tecnologia em Saúde, Professor, Gestor da Amparo Saúde Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (2000). Residência em Medicina da Família, PUC-PR (2012), MBA Gestão de Atenção Primária em Saúde, Cambridge Health Alliance/FELUMA (2015).



## RESUMO

As diversas mudanças e transformações ocorridas no campo da saúde no século XXI trazem uma série de desafios, entre eles está a necessidade de se adequar os atuais procedimentos padrão de operadoras de saúde às novas necessidades da sociedade, como o envelhecimento da população, a violência e a multimorbidade. Neste artigo, será avaliado como a Unimed poderá se adaptar a essa realidade através da promoção da Atenção Integral à Saúde (AIS), com foco maior na prevenção e na pessoa, substituindo o modelo atual cujo foco está na doença. Primeiramente faremos uma contextualização do cenário de atuação da Unimed, em seguida apresentaremos o histórico e as inovações do modelo da AIS e sugerimos maneiras de implantar este modelo nas Unimeds, destacando suas vantagens e desafios. Por fim, elencamos algumas tendências dos modelos de AIS, especialmente no que tange ao desenvolvimento de novas tecnologias.

**Palavras-chave:** Atenção Integral à Saúde. Gestão em saúde. Saúde Suplementar.

## ABSTRACT

Many changes and transformations are currently in course in the 21<sup>st</sup> century. They bring a series of challenges such as the necessity to suit the regular healthcare proceedings to society's new needs as population ageing, violence and multimorbidity. In this article we will discuss how Unimed can adapt to this reality through the promotion of Integrated Care, focusing on the prevention of diseases, substituting the regular model which focus is on the diseases. In the first place we will contextualize the scenery in which Unimed acts, then we will present a brief history of the Integrated Care model and its innovations. We will also suggest how to implement its model on Unimed, highlighting its advantages and challenges. Finally, we are going to introduce some tendencies regarding the Integrated Care models, especially the ones related to the development of new technologies.

**Keywords:** Integrated Care. Healthcare Management. Health System.



## 1 INTRODUÇÃO

O Século XXI chegou impondo importantes mudanças e transformações em diferentes segmentos, especialmente nos sistemas de saúde, que passaram a enfrentar dificuldades crescentes frente ao atual panorama. A sustentabilidade está ameaçada e isso decorre de um somatório de causas, porém, fundamentalmente, de um modelo desarticulado e de fragilidades estruturais em contraposição a fenômenos globais como: transição demográfica, transição epidemiológica e transição tecnológica, além de aspectos específicos do mercado da saúde brasileiro que impactam na precificação dos serviços, bem como na cotação de materiais e insumos, especialmente no segmento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME). Nesse contexto, a oferta de serviços pela demanda e a falta de orientação quanto ao percurso assistencial levam à hiperutilização, tornando-se um problema que afeta tanto a saúde pública quanto a suplementar, pois o financiamento é restrito e a busca por melhores condições de saúde é geral.

Na Unimed, há clara inadequação do modelo - hospitalocêntrico e curativo – que serve para atendimento às condições agudas e, ao mesmo tempo, ineficiente e fragmentado para o cuidado às condições crônicas.

Os serviços das cooperativas médicas alcançam 84% do território nacional (Unimed, 2016), a partir da capilaridade de suas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) e, ainda que seja possível interoperar pelo intercâmbio, o sistema carece de integração mediante suporte de um robusto Registro Eletrônico de Saúde (RES). Essa realidade traz problemas e dificuldades, tanto pela fragmentação da atenção quanto pela falta de articulação dos diversos serviços nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Portanto, os obstáculos são inúmeros e estão presentes desde o atendimento do beneficiário na ponta do sistema até a tomada de decisão pela alta gestão, marcadamente, pela falta de informações estruturadas que deem o adequado substrato ao gestor. Tal situação afeta a eficiência e os resultados da Unimed, pois segue operando sem condições adequadas à conectividade e à interoperabilidade plenas entre os diversos pontos de sua RAS, o que gera desperdício de meios e de recursos, além de comprometer a qualidade, à medida que dificulta o monitoramento e controle, bem como enfraquece a auditoria sistêmica (MENDES, 2011).

Para enfrentamento desse cenário, a Unimed necessita se posicionar de modo assertivo e sinérgico, pois não há mais espaço para decisões isoladas em cada OPS, visto que os fenômenos são mundiais e sistêmicos. Todavia, além das situações globais, no Brasil ainda



coexistem circunstâncias que o colocam na esteira dos contrastes. A sociedade brasileira conseguiu grandes avanços no combate à miséria e à fome nas últimas décadas, porém, ao mesmo tempo, se deparou com o aumento da prevalência de sobrepeso e a incidência elevada da obesidade na população (JENKINS, 2011). Coexistem, ainda, doenças infectocontagiosas que já deveriam ter sido controladas: Dengue, Chikungunya e Zika, além de Febra Amarela, numa demonstração mista de descaso e incompetência na área de saúde pública e fraco engajamento do setor de saúde suplementar no tocante à prevenção.

Outra peculiaridade brasileira e que impacta também na Unimed é a “endemia” relacionada aos agravos à saúde por causas externas, especialmente no que tange à violência interpessoal e ocorrências de trânsito, onde o Brasil – desafortunadamente – ainda figura como campeão mundial às avessas. Agrava ainda mais esse panorama, frente a essa tripla carga de doenças na população, a insistente modalidade de regulação do setor de saúde suplementar, que segue privilegiando a produção de procedimentos atrelados à doença, denominado *fee for service*, do inglês, pagamento por serviço, o que termina por fortalecer a competição predatória no mercado.

A histórica e crônica falta de acesso aos serviços públicos de saúde tende a se agravar no país, pois, além da prolongada crise econômica que o afeta e restringe a capacidade de financiamento, a transição demográfica brasileira ocorrerá em pouco mais de duas décadas, fenômeno que ocorreu em diversos países ao longo de sete, oito ou mais décadas. Isso significa dizer que, se a sociedade brasileira já vem sofrendo pela carência de infraestrutura e deficiente qualidade dos serviços de saúde pública, a situação poderá se tornar caótica em menos de duas décadas, o que aumentará ainda mais a pressão sobre o setor suplementar, já bastante exaurido com o atual modelo, pois é de alto custo, ineficiente e, portanto, insustentável.

Ao mesmo tempo, como se já não bastassem todas as ameaças já referidas nesse cenário, seguem surgindo no horizonte decisões judiciais cada vez mais contraditórias, num processo enviesado de “judicialização” da assistência, principalmente no tocante à área da Medicina. Muitos são os casos em que as demandas estão relacionadas à solicitação de procedimentos experimentais e alternativos, sem qualquer comprovação científica, mas autorizados judicialmente. Há nítidos prejuízos em custo-efetividade às OPS, sem que haja essencial qualificação dos serviços de saúde, que seguem afetados pela alta sinistralidade.



## 2 MUDANÇA DE CULTURA

Os beneficiários, de modo geral, ainda aguardam pela doença como fator desencadeante da atenção e do cuidado à saúde, o que determina um comportamento voltado à intervenção em detrimento da promoção e prevenção, em seus diversos níveis. Há utilização dos serviços sem orientação de percurso assistencial, o que favorece verdadeira peregrinação frente aos serviços desarticulados e às ações reativas por parte da Unimed, cuja estrutura tende a atender à demanda gerada, em boa parte, espontaneamente, e sem mecanismos eficientes de controle, visto que há carência de RES.

Na prática, o beneficiário, ao procurar uma unidade da Unimed, ingressa no “labirinto” do modelo fragmentado e busca, por si, identificar quais os passos e necessidades que deveriam ser priorizadas, o que representa um risco pelo descontrole e excesso de intervenções repetidas. Neste caso, não somente o custo aumenta, mas, sobretudo, o excesso de intervenção afeta o conceito central da prevenção quaternária (*primum non nocere*). Há um nítido viés cultural na população, cuja percepção de valor agregado em saúde alinha-se com acesso fácil à tecnologia e à resolução “imediate” dos problemas, enaltecendo exames de imagem em detrimento do raciocínio clínico. Tal abordagem faz preponderar a preocupação e a procura por “doenças” e boa parte dos profissionais da saúde esquece que existem “doentes”. Na esteira da assistência, a média e a alta complexidade cumprem seu papel com avanços da ciência, mas a um custo insustentável (JENKINS, 2011). Há que se prover melhor orientação do percurso assistencial, pois ainda há tímida responsabilização dos indivíduos sobre a sua própria saúde, o que fragiliza a atenção e o cuidado, cuja transformação e adaptação não aconteceram no tempo certo (MENDES, 2011).

### 2.1 Sustentabilidade

Um novo modelo de atenção com base na Atenção Primária à Saúde (APS) surge como proposta também para a Unimed, sendo que já está consolidado na Europa há diversas décadas, afirmando-se como ótima opção para reestruturação, desde que os serviços estejam articulados em rede e apoiados num robusto RES. Este conceito se reforça com base em princípios como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, articulados sob o desenho de RAS (MENDES, 2011). O novo modelo articula-se com as



modernas práticas de gestão e utiliza a epidemiologia clínica como ferramenta para melhor gerenciamento do risco em saúde (ANS, 2009). A APS exerce papel tanto de porta de entrada como de elemento central do sistema, tendo como premissa a utilização da informação em saúde, a partir de uma abordagem proativa de gerenciamento do risco, com base no registro da informação de forma estruturada e em meio eletrônico, o que viabiliza a interoperabilidade pela conectividade. Ao mesmo tempo, a Medicina Preventiva, prática bastante adotada na Unimed há décadas, necessita convergir e se integrar em rede, o que facilitará a articulação dos serviços, desde que haja RES e diretrizes norteadoras voltadas à Atenção Integral à Saúde, reforçando um novo conceito em valor agregado: um sistema é tão melhor quanto mais positivo forem os resultados em saúde e qualidade de vida dos beneficiários (STARFIELD, 2002). A meta a ser alcançada reside no cuidado integral e coordenado, prospectivo, diferentemente da abordagem assistencial vigente, de cunho retrospectivo. A atenção centrada na pessoa busca a interseção entre essas abordagens, apontando como solução as denominadas linhas de cuidado, que constituem modelos de atenção matriciais, integrando ações de promoção à saúde, vigilância, prevenção de riscos e doenças nos diversos níveis, assistência e reabilitação (ANS, 2009).

### **2.2 Engajamento político e Governança**

A Unimed necessita avançar na possibilidade de melhoria contínua na utilização de boas práticas alinhadas às melhores evidências, como fatores imprescindíveis à qualificação dos serviços e da RAS. O realinhamento conjunto da estratégia e readequação de processos podem ser conduzidos simultaneamente, desde que haja a percepção de que se trata de uma prioridade e desafio sistêmico, a fim de que a interoperabilidade propicie sinergia e ganho em escala, potencializando o conceito de rede, que permanece ainda incipiente apesar dos esforços que vêm sendo empreendidos. As diretorias dos diferentes níveis organizacionais e representativos necessitam se engajar politicamente, a fim de que as transformações garantam desde a implantação à consolidação da AIS.

Ao longo de sua história de mais de cinco décadas, a Unimed tornou-se a maior cooperativa de trabalho médico do mundo, diversificou suas atividades e criou complexos cooperativos empresariais com atuação em diferentes nichos: saúde, seguros, participações, além de fomentar o desdobramento de organizações voltadas ao crédito no setor financeiro. A partir das cooperativas Singulares de médicos cooperados, Federações e Confederação, o



sistema aumentou sua complexidade e conquistou 40% do mercado de planos de saúde no Brasil. Há grandes transformações à frente, sendo que a governança necessita alinhar-se à estratégia para enfrentar novos desafios e tendências, a partir de um sistema com melhores resultados. Vê-se, nesse contexto, um movimento assertivo na Unimed do Brasil que, em 2017, ao criar a Diretoria de Gestão em Saúde, deu demonstração de liderança e de alinhamento aos melhores conceitos e princípios norteadores dos sistemas de saúde que buscam sustentabilidade (Unimed, 2017).

### 2.3 Expansão do modelo – Desafios

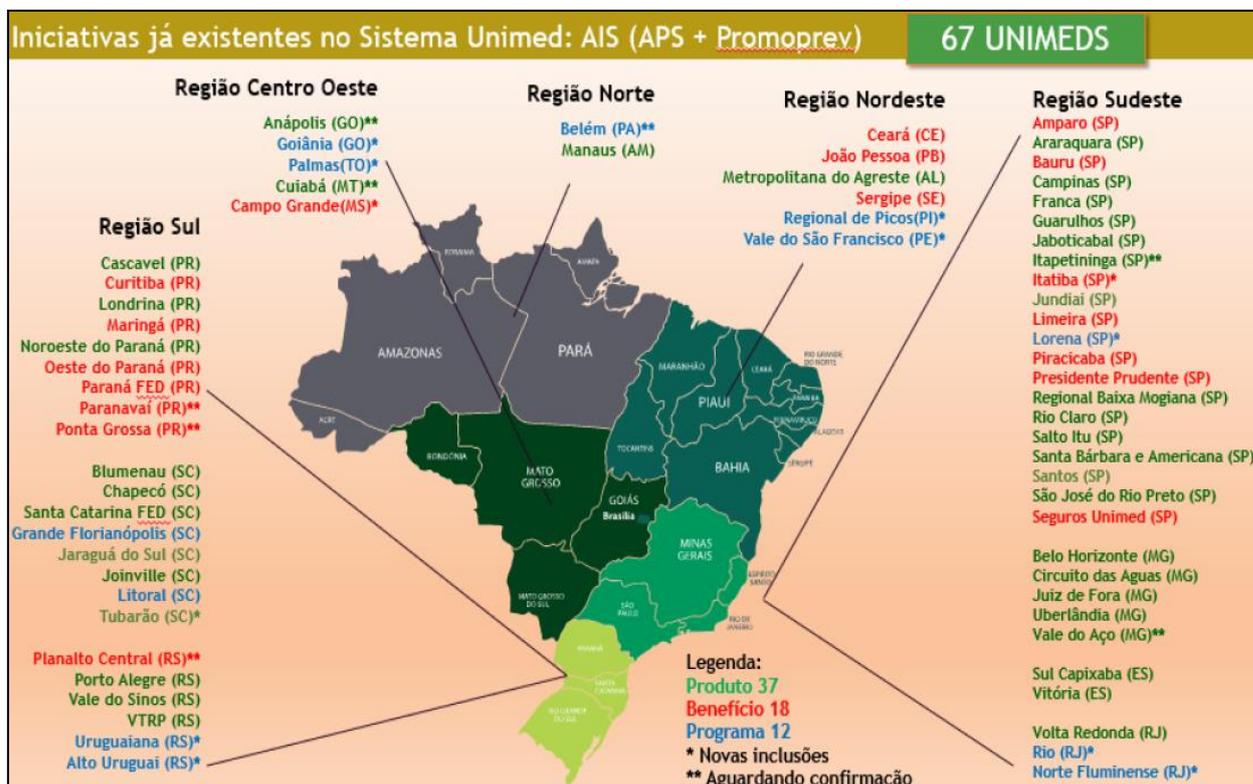
A expansão da Atenção Integral à Saúde como estratégia a nortear o modelo de atenção nas carteiras da Unimed vem oscilando não somente no tocante à metodologia para vinculação de beneficiários aos profissionais, mas, principalmente, por questões outras relativas ao déficit gerado pela alta sinistralidade em algumas carteiras ou mesmo por escolhas específicas (produto, benefício ou programa), com diferentes parâmetros, o que pode falsear o planejamento sistêmico, especialmente num contexto que já conta com numerosos projetos distribuídos no país (Figura 1). Cabe ressaltar, ainda, que a estratégia de ampliação dos serviços e expansão do modelo AIS no Sistema Unimed encontra-se fortemente associada aos seguintes fatores principais:

- a) intrínsecos (aceitação pelos médicos cooperados, aprovação em assembleia, motivação política, engajamento de lideranças, governança, sinistralidade, escolha da abordagem, dentre outras);
- b) extrínsecos (regulação da ANS, mercado, tendências, dentre outros);
- c) intermediários (indução pela Unimed do Brasil, Federações e dirigentes).

A expansão proposta pela atual gestão da Unimed do Brasil (2017) aponta para uma meta de 80% das Unimeds com iniciativa em AIS até 2021. Por se tratar de um processo dinâmico e sujeito à influência de variáveis não controladas pela gestão confederativa, compreende-se que a proposta mencionada de expansão da Estratégia AIS possa sofrer atualizações e adequações, à medida que a transformação aconteça, uma vez que o próprio mecanismo de retroalimentação sistêmica serve para alavancar ou frear as iniciativas, conforme os resultados forem sendo alcançados ao longo do tempo, onde as variáveis intrínsecas e extrínsecas exercem forte influência.



Figura 1: Expansão da Atenção Integral à Saúde na Unimed



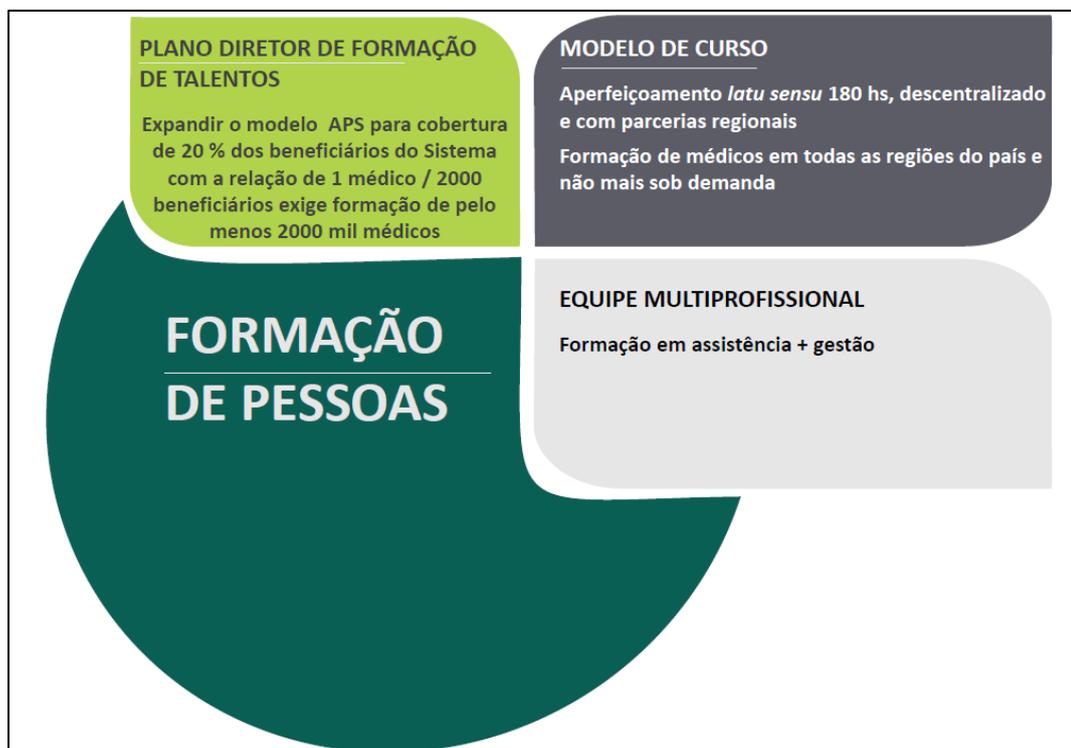
Fonte: Plano Diretor de Educação, 2018.

No tocante à expansão do modelo, a Educação segue desempenhando papel primordial e passa a ter como norteamento, as premissas e diretrizes da Unimed do Brasil para o desencadeamento de ações específicas, a fim de que se inicie a operacionalização do processo de capacitação de pessoas, sob a ótica da Educação Continuada e Permanente, a partir das propostas emanadas do Comitê de Atenção Integral à Saúde (CAS), como um dos elementos centrais da proposta de expansão da Estratégia AIS.

Menciona-se, portanto, que recentes orientações da área de Atenção à Saúde da Unimed do Brasil, alinhadas pelo CAS, já trouxeram uma proposta para operacionalização das ações (Figura 2), mas ainda não definitivas.



Figura 2: Diretriz do Plano Diretor de formação de talentos



Fonte: Unimed do Brasil, CONAI 2018.

Ao mesmo tempo, torna-se possível estabelecer relações proporcionais para definição dos quantitativos de profissionais, não somente médicos, mas também dos principais integrantes das equipes AIS e que deverão ser simultaneamente capacitados (principalmente enfermeiros), com base no marco definido pela gestão. Cabe ressaltar que não existe uma proporção considerada ideal para constituição das equipes APS, ainda que certos parâmetros usuais e premissas sejam conhecidos e aceitos mundialmente como norteadores, mas com variações bastante significativas nos vários países e sistemas de saúde estudados e adotados como referenciais.

Portanto, cabe uma análise também de alguns fatores inerentes ao Sistema Unimed no tocante à proporcionalidade desses profissionais, o que demanda estudo das características das cestas de serviços incorporados em cada operadora, além de variáveis relacionadas ao georreferenciamento, percurso assistencial, cobertura, dentre outras. Quanto à capacitação, a construção de grades curriculares específicas poderá variar em função da escolha de



conteúdos e temas voltadas à assistência e à gestão, cuja proporção dependerá de uma análise simultânea do contexto local e necessidades regionais a serem elencadas, no caso de turmas *in company*.

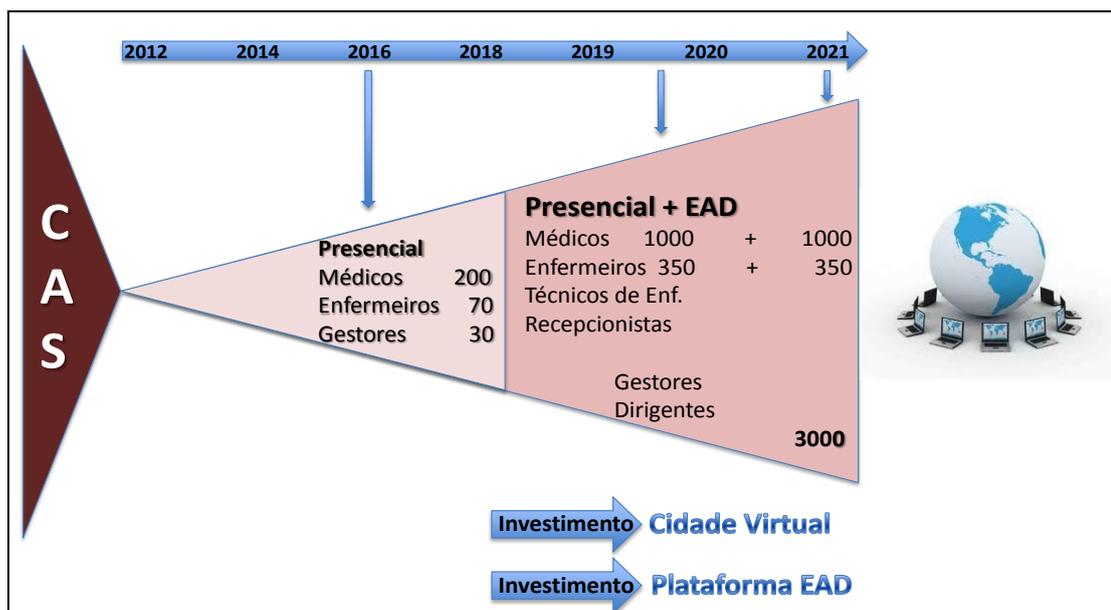
A definição do quantitativo de profissionais (médicos e enfermeiros) encontra-se atrelada a conceitos explicitados no Volume 2 do Manual de Atenção Integral à Saúde e, portanto, sujeita a variações de acordo com o estágio de desenvolvimento do projeto em cada operadora, cujo panorama político local possui especificidades a serem observadas oportunamente.

Desse modo, a título de exemplificação, se forem considerados 4.000.000 de beneficiários (vidas) a serem vinculados aos profissionais, sob a ótica da APS na porta de entrada, poder-se-ia referir que cerca de 2.000 médicos seriam minimamente necessários, com variações para mais ou para menos em função dos escores (pontos). Portanto, não se trata de um número fechado, por conta das variáveis que podem interferir significativamente no resultado do cálculo (jornada de trabalho, capitação, remuneração, multidisciplinaridade, tipo de porta, percurso assistencial, qualificação profissional, resolução da equipe, rede, meta, dentre outros).

Tal concretização depende de muitos fatores e também de uma análise multivariável como oportunidade de aprimoramento do método para que aconteça a almejada expansão, à medida que as ações de Educação Continuada e Permanente forem desdobradas de modo vinculado às variáveis intrínsecas.

Os quantitativos dos demais profissionais que fazem parte da assistência às carteiras são definidos em função dos perfis de cada carteira e pacotes de serviços, sob a ótica multidisciplinar para gerenciamento do cuidado, gerenciamento de condições crônicas e atenção domiciliar integrada, o que leva à alteração na proporção dos profissionais envolvidos na estruturação da AIS (Figura 3).

**Figura 3: Diagrama direcionador do Plano Diretor de Educação da Unimed do Brasil**



Fonte: Unimed do Brasil, 2018.

Nesse sentido, a Faculdade Unimed apresenta-se como parceira estratégica da Unimed do Brasil para inserção e expansão da Estratégia AIS, como ente institucional voltado à Educação e capaz de operacionalizar as necessárias e adequadas soluções.

### 3 VISÃO OPERACIONAL: DESAFIOS À IMPLANTAÇÃO E RESULTADOS

O sistema suplementar de saúde vem historicamente de uma construção baseada em especialidades e alta complexidade em rede ampla. Por muitos anos o sistema vendeu aos seus clientes produtos com este foco, a fim de captar carteiras e gerar valor. Entretanto sabe-se que a sustentabilidade está comprometida neste formato. A rede de Atenção Primária no sistema Unimed tem se tornado um desafio relevante nos últimos anos desde sua implantação passando pela operação e gestão dos serviços. Nesse sentido, afirma-se o modelo de AIS calcado na Atenção Primária à Saúde ampliado a nível mundial na segunda metade do século XX, com objetivo de melhorar a resolutividade dos sistemas com melhor gestão de recursos (STARFILED, 2002).

#### 3.1 Principais conceitos e princípios

O conceito de Atenção Primária origina-se no Relatório Dawson, documento do governo Inglês que visava de um lado, contrapor-se ao modelo americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa



referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral.

Segundo Dawson, os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária com especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação, hierarquizando o sistema de saúde. De acordo com Castro (2015), no que concerne à APS, nas últimas décadas tem ocorrido mudanças na definição do seu espaço e papel em diferentes sistemas, incluindo sistemas nacionais de saúde, que expressam também alterações nas relações público-privadas. Embora os interesses do setor privado sejam mais evidentes nos serviços de média e alta complexidade, tem-se observado o aumento crescente de sua participação na prestação de serviços de APS. Nos últimos anos, observou-se uma tendência de reorientar a assistência à saúde a partir da ênfase nos cuidados primários, inclusive com apoio da OMS. Na opinião de Atun (2004), tal ênfase se assenta não só em argumentos de eficiência em termos de saúde, mas também econômicos. Neste aspecto envolve-se inclusive a forma de remuneração de equipe médica (Capitação + Performance) com indicadores de resultados e processos, além disso avaliar a eficiência do serviço e a profundidade dos pilares executados. Modelos novos de acesso, agenda devem ser considerados.

### **3.2 Definições voltadas à implantação**

O processo de implantação do serviço de APS em singulares do sistema deve respeitar etapas relevantes para o sucesso como: definição de produto, Plano de Marketing, Prontuário Eletrônico aderente, processo seletivo de equipe assistencial adequado e robusto, forma de remuneração não atrelada a *fee for service* e, sim, baseada em valor; dimensionamento correto de equipes e carteiras e processos de gestão eficazes.

### **3.3 Formação do painel**



A elaboração do Painel Médico de equipe deve respeitar a literatura com referências sólidas, o dimensionamento correto é condição que impactará diretamente na satisfação, acesso, capacidade de coordenação e manutenção do vínculo, ou seja, nos pilares da APS. O painel pode ser trabalhado por pontuação ou por vida (*Panel Size, Best Advices, College of family phisicians of Canada, 2012*). Um tamanho de painel padrão para todos os médicos de família não existe, mas os médicos podem definir tamanho ideal do painel usando abordagens que levam em conta a oferta e a demanda de serviços. Deve-se notar que nenhum desses métodos mede qualidade ou eficiência. Existem várias maneiras de calcular um painel “ativo” virtual. Um médico pode contar um painel de pacientes nos últimos 12 meses levando em conta a utilização pregressa da carteira e seus comportamentos, mas pode estar faltando quem não fez consulta no último ano. Um médico pode contar com seu painel de pacientes nos últimos 36 meses, mas podem se arriscar a alguns pacientes não estarem mais ativos ou terem mudado de médico. O número mais importante é a taxa de consulta. A melhor maneira de descobrir um painel "ativo" de pacientes seria descobrir sua taxa de consulta de doze meses no cálculo do painel.

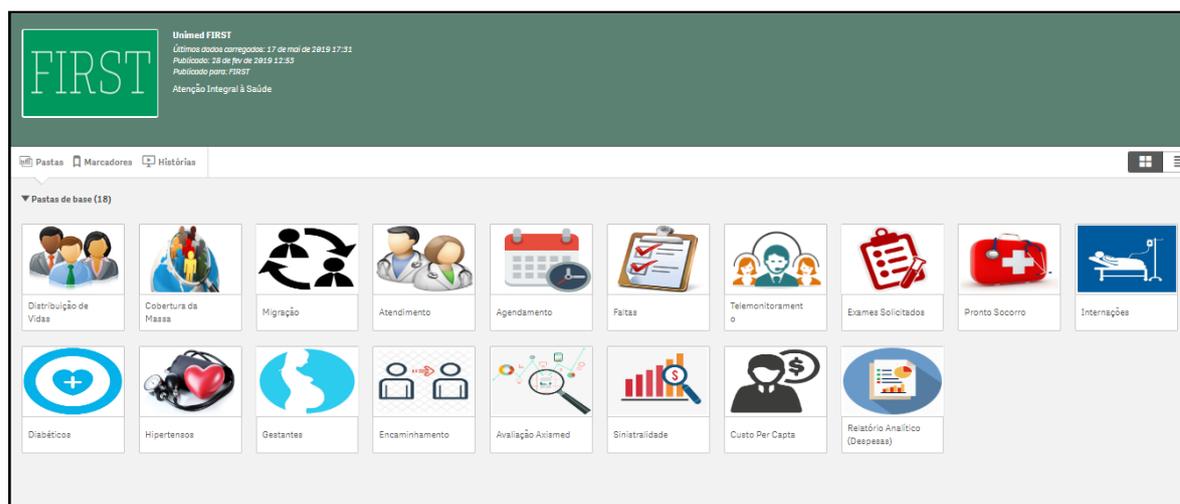
### 3.4 Modelo de gestão

A gestão da operação envolve gerir o acesso (agendas) de forma assertiva e resolutiva. O acesso avançado pode prover as carteiras acesso ao serviço nos momentos de maior necessidade e impactar na resolutividade do serviço, que pode ser aferida pelo volume de uso de Pronto-Atendimento.

Ressalta-se que atender a demanda do dia no mesmo dia é um grande diferencial competitivo e gera valor ao cliente, além de referenciar a porta-de-entrada no sistema. Desta forma o paciente sabe que pode contar com a APS (AIS) nos momentos de necessidades imprevistas. Pode-se trabalhar inúmeros formatos de acesso avançado conforme bibliografia citada, 50%/50%, 60%/40%, 70%/30%, 80%/20%. De forma geral, garantir o acesso em até 48h e, sobretudo, no mesmo dia pode contribuir na consolidação do modelo e na melhora de indicadores, além de outras ferramentas. Por fim, para gestão global e estratégica do serviço, ferramentas de tecnologia e apoio de setor de Tecnologia de Informação são fundamentais. Sugere-se, por exemplo, a construção de ferramenta BI (*Bussiness Intelligence*) para gestão clínica e administrativa do serviço sendo elencados indicadores principais para monitorar (Figura 4).



Figura 4: Modelo de ferramenta de BI.



Fonte: Unimed São José do Rio Preto, 2019.

Estas ferramentas permitem direcionar planos de ação eficazes e rápidos para atingir melhores resultados e garantir a experiência do cliente dentro da APS (AIS). Além disso, permitem monitorar as carteiras e garantir distribuição adequada de vidas entre as equipes, além de monitorar a capacidade e definir o momento adequado de expansão mantendo produtividade. Quanto às questões clínicas, um arcabouço de dados são importantes na coordenação do cuidado, como por exemplo: e-mails, ou mensagem através de aplicativos de conversa, sentinelas cada vez que o paciente passa em serviços fora da APS como internações, emergências e outras consultas permitem o telemonitoramento e orientações de cuidado pela APS em tempo hábil para evitar desperdícios em saúde ou agravos de doenças e quadros agudos, colocando o paciente no melhor percurso assistencial possível.

#### 4 TENDÊNCIAS - A TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA A SUSTENTABILIDADE DA AIS E DO SISTEMA DE SAÚDE

Nas últimas décadas, a tecnologia transformou significativamente a forma como vários setores da sociedade, organizações e indivíduos manejam suas informações. Em um processo irreversível, os registros em papel estão sendo substituídos por registros eletrônicos, possibilitando inúmeros benefícios proporcionados por este meio. O mesmo vem ocorrendo na área da saúde, onde profissionais e instituições, vêm adotando cada vez mais os prontuários eletrônicos, e suas vantagens tecnológicas, em suas atividades.



Neste contexto de inovação tecnológica, a atenção primária tem por característica utilização de prontuário eletrônico, o qual representa enorme impacto na atividade médica, na interação com o paciente, nas formas de remuneração e nos resultados em saúde.

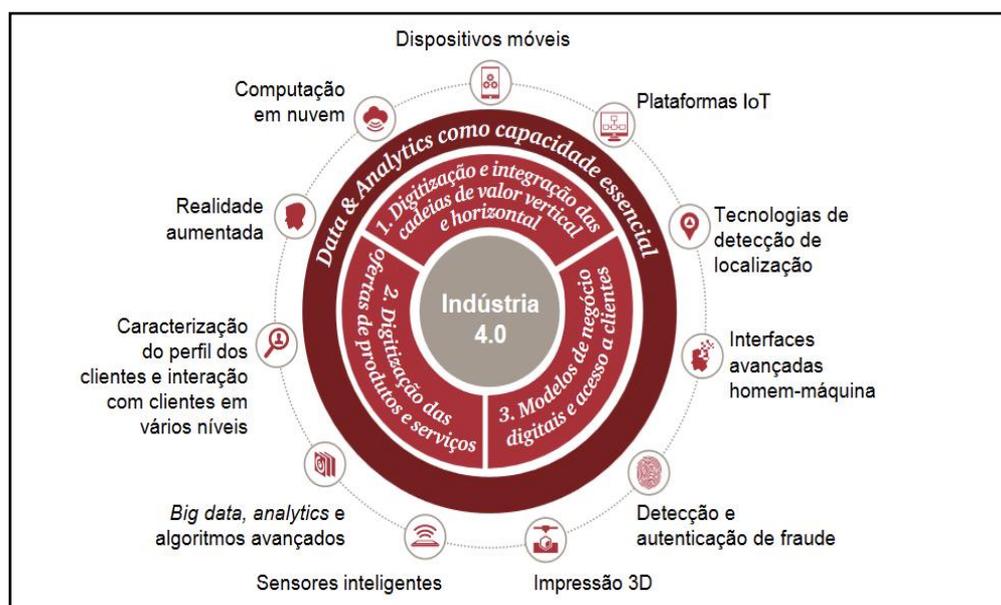
Este processo de mudança em busca da sustentabilidade, decorrente dos determinantes sociais e epidemiológicos (adensamento tecnológico, envelhecimento da população, mudança de carga de doenças de agudas para crônicas - cronificação das enfermidades, multimorbidade, judicialização da saúde) já detalhados acima, recentemente conta com o impulso de uma nova forma de produção, a chamada indústria 4.0. Com isso o processo de fornecimento de atenção à saúde vem cada vez mais se aproximando de ferramentas tecnológicas como prontuários eletrônicos, plataformas de análise de riscos e aplicativos educacionais.

A indústria 4.0, que tem como fundamento básico que conectando máquinas, sistemas e ativos, as empresas poderão criar redes inteligentes ao longo de toda a cadeia de valor que podem controlar os módulos da produção de forma autônoma. Ou seja, as fábricas inteligentes terão a capacidade e autonomia para agendar manutenções, prever falhas nos processos e se adaptar aos requisitos e mudanças não planejadas na produção. A tradução desta realidade para a saúde significa dizer que teremos sistemas ativos cuidando das pessoas, identificando riscos e programando a “manutenção” com planos de cuidados individualizados e sistematizados pelos sistemas de informação.

A quarta geração industrial permitirá que sensores, máquinas, processos e pessoas se conectem como uma comunidade colaborativa. Com o sistema cibernético-físico, cria-se uma plataforma que possibilita a interação entre sistemas de diferentes naturezas (Figura 5).

A internet das coisas conecta o mundo físico das máquinas com o mundo cibernético da internet. A big data é a aliada das tecnologias citadas para a manipulação e análise dos dados gerados pela conexão de diferentes sistemas.

**Figura 5: Princípios da Indústria 4.0.**



Fonte: Estrela *et al*, 2018.

Existem seis princípios da indústria 4.0, que definem os sistemas de produção inteligentes que tendem a influenciar os sistemas de saúde:

- Capacidade de operação em tempo real: consiste na aquisição e tratamento de dados de forma praticamente instantânea, permitindo a tomada de decisões em tempo real.
- Virtualização: sistemas supervisórios permitem a rastreabilidade e monitoramento remoto de todos os processos.
- Descentralização: a tomada de decisões poderá ser feita pelo sistema cyber-físico de acordo com as necessidades da produção em tempo real.
- Orientação a serviços: utilização de arquiteturas de software orientadas a serviços aliado ao conceito de Internet dos serviços.
- Modularidade: Produção de acordo com a demanda, acoplamento e desacoplamento de módulos na produção.

Estes princípios aplicados na indústria 4.0 estão sendo incorporados cada vez mais pelos sistemas de saúde, onde as pessoas passam a ser monitoradas em seu “funcionamento” e rastreadas através de indicadores de saúde.

#### 4.1 Necessidade de interoperabilidade e interconectividade

Nesta realidade, a disponibilidade de informações em saúde por meio de sistemas de informação só pode ser proporcionada com a utilização de sistemas que sejam capazes de



trocar dados de forma segura e consistente. Para isso, estes sistemas necessitam ser interoperáveis, capazes de trocar informações.

Uma das características mais importantes de tais sistemas é a utilização de terminologias em saúde, permitindo a codificação dos termos clínicos de maneira robusta e consistente. Uso de tabelas e padrões de interoperabilidade permitem a transição de dados e criação de um repositório de informações de saúde, onde todos os pontos de tecnologia podem convergir as informações de determinada pessoa, criando um robusto banco de dados, útil para dirimir duplicidade de esforços, diminuir risco de erro e estratificar subpopulações de maior risco para receberem maior cuidado, através de processo de análise epidemiológica clássica e também por análises automatizadas dos dados, chamada *machine learning*. Este repositório tem sido comumente chamado de Registros Eletrônicos em Saúde.

### **4.2 Melhor comunicação entre profissionais, pessoas e melhores planos de cuidados**

Os desafios de atendimento de pessoas cada vez mais multimórbidas, traz a necessidade de planos de cuidados que não podem ser excessivamente complexos, não devem ter conflitos como medicamentos com interação, necessitam de comunicação entre os diversos profissionais e serem gerenciados através de um painel de controle. A tecnologia em saúde, prontuários e aplicativos têm apresentado melhor personalização dos planos de cuidado e vem trazendo informações facilmente compreensíveis para a pessoa leiga, isto é melhor *health literacy*, termo definido como o grau em que os indivíduos podem obter, processar e compreender as informações básicas de saúde e os serviços de que precisam para tomar decisões de saúde adequadas.

### **4.3 Segurança do Paciente**

Outro aspecto que a tecnologia em saúde tem trazido é a segurança do paciente. Ausência de danos evitáveis ao paciente durante o processo de assistência médica e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Para esse mínimo aceitável necessita-se de mensurações constantes e sistematizadas, noções coletivas do conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto no qual foi dado cuidado contra o risco de não tratamento ou outro tratamento.

Para isso, os sistemas de informação estão cada vez mais habilitados em apoiar o médico e as pessoas em suas escolhas.



#### **4.4 A interface do encontro do médico e a pessoa**

O encontro do médico e a pessoa devem ser customizados e individualizados, e isso, transparecerá na interface eletrônica, onde o médico traz sua vivência, padrões e preferências, chamada de padronização eletrônica da semiologia, e a pessoa traz suas características de necessidade de cuidado próprias da sua condição, sua história médica, alergias e plano de cuidado, incluindo realizados e programados.

#### **4.5 Formas de remuneração por valor**

Neste novo contexto os sistemas tecnológicos permitem melhores formas de remuneração. Com a tendência de uma remuneração com base no valor, aumentando o foco em qualidade e melhores entrega e diminuindo incentivos danosos às pessoas, como excesso de exames e procedimentos.

Na atenção primária, as melhores formas de remuneração tem se mostrado ser um misto da composição de pagamento por capitação (onde o médico recebe um dado valor mensal por cada paciente de sua carteira, ajustado por sua faixa etária e sexo) com um componente de indicadores de qualidade, como índice de internamentos desnecessários, procura por pronto socorro e controle de enfermidades crônicas.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de inserção da Estratégia da Atenção Integral à Saúde chegou à Saúde Suplementar no Brasil e vem provocando grandes transformações, tendo no Sistema Unimed um de seus maiores protagonistas.

As iniciativas de Operadoras de Planos de Saúde no âmbito das Cooperativas Médicas já ultrapassaram sessenta projetos implantados, sob diferentes modalidades, mas mantendo a mesma vertente do foco na APS, sendo a porta de entrada e elemento central da Rede de Atenção à Saúde.

Reafirma-se o compromisso com a mudança sistêmica, alavancada principalmente pelo protagonismo das ações da Unimed do Brasil em sinergia com as Federações, Singulares e Operadoras Unimed, a partir do norteamto técnico-científico proposto pelo Comitê de Atenção Integral à Saúde. Reforçam-se a necessidade e o compromisso com a constante renovação das práticas adotadas, especialmente com base na geração de oportunidades que vêm permitindo o compartilhamento de experiências e resultados obtidos por meio das diversas iniciativas em avanço em diferentes regiões do país.

O Registro Eletrônico de Saúde passou a ser um dos projetos prioritários para alicerce do processo de transformação e de inserção do novo modelo, cuja pesquisa e busca por inovação em saúde vêm sendo decisivos e passaram a abrir novos caminhos, para que as melhores referências e as mais fortes evidências possam ser debatidas e exploradas de modo construtivo.

Na base do movimento em prol da Estratégia AIS na Unimed encontram-se as iniciativas voltadas à Educação Continuada e Permanente, sendo a Faculdade Unimed a multiplicadora dessas ações. Em reforço, a Unimed do Brasil vem realizando reuniões plenárias, congressos e, sobretudo, incentivando que haja produção de trabalhos científicos pelas equipes dos serviços na ponta para adequada divulgação, no sentido de difundir a informação e possibilitar que esta se transforme em conhecimento à disposição do sistema, de modo a alcançar a sua ampla capilaridade.

Os resultados positivos já começaram a ser colhidos nas OPS Unimed. Há um longo caminho a ser percorrido no tocante ao adequado controle da sinistralidade, em prol da sustentabilidade, frente a um cenário desafiador.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 3. ed. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. CFM. SBIS. *Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde*, Versão 4.2. Mimeo 2016.

CANADÁ. O Colégio de Médicos de Família. *Tamanho do Painel Médico*. Melhores Recomendações, 2012.

DAWSON, Berthran Edward. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 93, 1964.

DIAS, T.F.F. *Método para mapeamento entre terminologias em saúde, visando a interoperabilidade entre sistemas de informação*. 2014, 86f, Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação Interunidades Bioengenharia, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2014.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Institute of Medicine. *Health literacy: A prescription to end confusion*. 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2ji4gg3>. Acesso em: 18 set 2014.

ESTRELA, V.; MONTEIRO, A.; FRANÇA, R.; ABDELJALIL, K.; RAZMJOOY, N.; IANO, Y. Health 4.0 as an Application of Industry 4.0 in Healthcare Services and Management. 4. *Medical Technologies Journal*, v. 2: 4, jan/mar, 2018.

GOULART DA SILVA, D. *Indústria 4.0: Conceitos, tendências e desafios*. 2017. 35 f. (Trabalho de Conclusão de Curso em Tecnologia) Automação Industrial - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2017.

GREG IRVING, A.L.N.; DAMBHA-MILLER, H.; OISHI, A.; TAGASHIRA, H.; VERHO A.; HOLDEN, J. *Variações internacionais na atenção primária do tempo de consulta do médico: uma revisão sistemática de 67 países*. BMJ Open, 2017.

GUSSO, G.; CASSIAS, A.L. Capítulo 50: Seleção do Prontuário Eletrônico para Atenção Primária à Saúde, in: Gusso, G., *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*, Artmed, 2 ed. 2018;

JENKINS, C. David. *Construindo uma saúde melhor*. Organização Pan-Americana da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002.



UNIMED do Brasil. *Manual de Atenção Integral à Saúde*, Volume 1, São Paulo, 2013.

UNIMED do Brasil. *Manual de Atenção Integral à Saúde*, Volume 2, São Paulo, 2014.

UNIMED do Brasil. *Unimed Ciência*, nº 1, vol. 1 p. 1-188, São Paulo, 2016.

UNIMED do Brasil. *Unimed Ciência*, nº 2, vol. 1 p.189-304, São Paulo, 2017.

WOLLMANN, A.; DA ROS, C.; VOTH LOWEN, I.M.; REIKDAL MOREIRA, L.; TERUMI KAMI, M.; GORI GOMES, M.A.; POLI NETO, P. *Novas possibilidades de organizar o Acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde*. Curitiba 2014