

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**O IMPACTO DO GERENCIAMENTO DE CASOS CRÔNICOS NOS
CUSTOS ASSISTENCIAIS E NA GERAÇÃO DE VANTAGENS
COMPETITIVAS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado em Gestão

PAOLA LANZALOTTA MARCELINO



VILA REAL, 2012

PAOLA LANZALOTTA MARCELINO

**O IMPACTO DO GERENCIAMENTO DE CASOS CRÔNICOS NOS
CUSTOS ASSISTENCIAIS E NA GERAÇÃO DE VANTAGENS
COMPETITIVAS: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação de Mestrado em Gestão

Orientação:

Prof.^a. Doutora Luísa Mafalda Ribeiro

Prof. Doutor Carlos Machado dos Santos

VILA REAL, 2012

Dissertação original submetida à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Vila Real, Portugal, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Gestão.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Doutora Luísa Mafalda Ribeiro, orientadora desta dissertação de Mestrado, pela confiança e cordialidade.

Ao Prof. Doutor Carlos Machado dos Santos, orientador conjunto desta dissertação de Mestrado, pela confiança, comprometimento e acessibilidade demonstrados no decorrer da elaboração da investigação.

A Prof^a. Doutora Carla Susana da Encarnação Marques pela retaguarda oferecida durante todo o Mestrado.

Ao Dr. Walter Guimarães e ao Dr. Eduardo Guimarães, diretores da SAUDE SISTEMA, por permitirem e estimularem a realização do estudo de caso da empresa, pela confiança, apoio e compreensão.

A Viviane Campos, amiga e sócia, pelo apoio incondicional, dedicação, ajuda e, especialmente, pela paciência e carinho.

Ao Thiago Moreira, noivo querido, pela habitual parceria, apoio técnico, compreensão e incentivo contínuo.

A minhas amadas mãe e irmã, pelo apoio na correção ortográfica, energia, torcida e exemplo.

A tia Selma e ao Marcos Gonzaga, colegas do Mestrado, pela troca de experiências, pelos sábados de estudo e pela parceria maravilhosa.

Aos beneficiários da SAUDE SISTEMA que colaboraram com o preenchimento do questionário, instrumento fundamental dessa dissertação.

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro, tanto a rede pública quanto a privada, tem experimentado uma crise que resulta da dificuldade crescente em financiar a assistência à saúde de seus cidadãos e clientes, com conseqüente necessidade de ajustes e reformas. Mediante esse cenário, a presente investigação pretende avaliar o impacto do Gerenciamento de Casos Crônicos, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves, nos custos assistenciais e na geração de vantagens competitivas para o “negócio” subsidiando assim, a tomada de decisão da esfera privada na implementação e/ ou na ampliação da modalidade ora apresentada. Apesar dessa estratégia ser amplamente difundida, nenhum estudo que avaliasse, simultaneamente, tais variáveis, foi identificado na literatura disponível. O estudo de caso foi o instrumento metodológico central adotado na investigação que se realizou com os 150 pacientes acompanhados pela SAUDE SISTEMA, operadora de plano de saúde situada no estado de Minas Gerais.

PALAVRAS-CHAVE: promoção da saúde, gerenciamento de casos crônicos, custos assistenciais, vantagem competitiva.

ABSTRACT

The Brazilian health system, both public and private, has experienced a crisis that results from increasing difficulties in financing the health care of their citizens and customers, with the consequent need for adjustments and reforms. This research aims to assess the impact of Chronic Case Management, in addressing the chronic conditions of the sickest patients in the healthcare costs and composition of competitive advantage business subsidizing the decision making in the private sphere of implementation and / or expansion of the model now presented. Although this strategy is widespread, no study to evaluate both these variables was identified in the available literature. The case study will be the methodological tool adopted in the analysis of the 150 patients followed by SAUDE SISTEMA, operator of health plan located in the state of Minas Gerais.

KEYWORDS: health promotion, management of chronic conditions, healthcare costs, competitiveness.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMO.....	II
ABSTRACT.....	III
ÍNDICE GERAL.....	IV
ÍNDICE DE TABELAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	X

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO A PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO 001

1.1 – INTRODUÇÃO.....	001
1.2 – RELEVÂNCIA, OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO.....	002
1.2.1 - RELEVÂNCIA.....	002
1.2.2 – OBJETIVOS.....	009
1.2.2.1 – OBJETIVO GERAL.....	009
1.2.2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	009
1.2.3 – MODELO CONCEITUAL DA INVESTIGAÇÃO.....	011
1.3 – ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO.....	012

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... 013

2.1 – CONTEXTO: SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL.....	013
2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	021
2.3 – O PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS CRÔNICOS.....	027
2.4 – A CRIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE: FONTE DE VANTAGEM COMPETITIVA.....	034
2.5 – A GESTÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS.....	039

CAPÍTULO III - METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO..... 044

3.1 – TIPO DO ESTUDO.....	044
3.2 – OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	045
3.2.1 – OBJETIVO GERAL.....	045
3.2.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	045
3.3 – HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO.....	046
3.4 – ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS.....	047
3.5 – INSTRUMENTOS DE MEDIDAS.....	049
3.5.1 – QPVA.....	049
3.5.2 – SF36.....	053
3.5.3 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA OPS.....	054
3.6 – POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	056
3.7 – APLICAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	056
3.7.1 – VALOR AGREGADO.....	056
3.7.2 – QUALIDADE DE VIDA.....	057
3.7.3 – CUSTOS ASSISTENCIAIS/ ECONOMIA GERADA.....	058
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	060
4.1 – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO.....	061
4.2 – PERCEPÇÕES SOBRE O VALOR AGREGADO PELO GCC AO PLANO DE SAÚDE.....	068
4.3 – SF36 – PERCEPÇÕES SOBRE O IMPACTO DO GCC NA QUALIDADE DE VIDA.....	070
4.4 – IMPACTO DO GCC NA REDUÇÃO DOS CUSTOS.....	075
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES.....	081
5.1 – CONCLUSÕES.....	081
5.2 – LIMITAÇÕES.....	085
5.3 – CONTRIBUIÇÕES.....	087
5.4 – SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	087
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	089

APÊNDICES.....	105
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE VALOR AGREGADO (QPVA).....	105
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	108
APÊNDICE C – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	111
ANEXOS.....	114
ANEXO A - QUESTIONÁRIO SF36.....	114

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 01	QPVA, variáveis e embasamento teórico.....	050
TABELA 02	Especificações para o cálculo dos domínios do SF36.....	053
TABELA 03	Características sócio-demográficas da população investigada.....	061
TABELA 04	Distribuição dos respondentes por idade x gênero.....	063
TABELA 05	Média de patologias por gênero.....	063
TABELA 06	Distribuição das patologias por gênero.....	066
TABELA 07	Distribuição das patologias por idade.....	067
TABELA 08	Valores obtidos para cada domínio do SF36.....	071
TABELA 09	Descritivas das variáveis de custo.....	076
TABELA 10	Descritivas da economia.....	079

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 01	Modelo conceitual da investigação.....	011
FIGURA 02	Portifólio de produtos da SAUDE SISTEMA.....	020
FIGURA 03	Valor em saúde.....	036

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do número de patologias para a população masculina.....	64
GRÁFICO 02 Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do número de patologias para a população feminina.....	65
GRÁFICO 03 Fatores x graus de importância na escolha e/ ou manutenção do plano.....	68
GRÁFICO 04 Índice dos domínios do SF36.....	72
GRÁFICO 05 Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do custo mensal pré GCC.....	77
GRÁFICO 06 Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do custo mensal pós GCC.....	78
GRÁFICO 07 RFS/ Economia gerada no 2º semestre de 2011.....	78

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMB	Associação Médica Brasileira
ANS	Agência Nacional de Saúde
AIVD's	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diária
CA	Custos Assistenciais
CH	Custo Histórico
CHM	Custo Histórico Mensal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPI	Custo Pós Intervenção
DA	Despesas Administrativas
DM	Diabete Mellitus
DMAA	Disease Management Association of America
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IS	Índice de Sinistralidade
GCC	Gerenciamento de Casos Crônicos
QPVA	Questionário de Percepção de Valor Agregado
HR-QoL	Health-Related Quality of Life
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPS	Operadora de Plano de Saúde
MAT/MED	Materiais e Medicamentos

NPH	Notingham Health Profile
NSH	National Health Service
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RFS	Resultado Final gerado pelo Serviço
RO	Resultado Operacional
RT	Receita Total
SAUDE	Sistema Assistencial Unificado de Empresas
SF36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short-form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIR	Taxa Interna de Retorno
TM	Ticket Médio
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

1.1 INTRODUÇÃO

A presente investigação focará a saúde privada brasileira, desenvolvida pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS), que visam prestar assistência de qualidade dentro de uma adequada relação de custo-benefício ou seja, que a diferença entre a receita total e os custos assistenciais gere resultados positivos e satisfatórios aos investidores.

Já é consenso conforme demonstrado por diversos estudos, que os altos custos operacionais dos serviços de saúde, pública ou privada, estão associados ao envelhecimento populacional, à elevada prevalência das doenças crônicas, à constante incorporação tecnológica que ocorre no setor e à falta de estratégias alternativas ao hospital (Agência Nacional de Saúde [ANS] e Organização Panamericana de Saúde [OPAS], 2012; Júnior e Paula, 2008; Mayhew, 2009; Moineddin *et al.*, 2010; Paulo *et al.*, 2010; Scott, 2010; Wong *et al.*, 2010).

Torna-se imperativa a necessidade de cuidar da saúde, de forma rentável e sustentável, no longo prazo no Brasil. Para tanto, enfatizaremos a estratégia do Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) que parece constituir um investimento rentável na medida em que contribuiu com a redução das internações e da permanência hospitalar além de ter influenciado positivamente a qualidade de vida dos pacientes podendo assim, consolidar-se como prática de gestão em saúde (ANS e OPAS, 2012; Kirb *et al.*, 2010; Helge *et al.*, 2007; Mayhew, 2009; Porter e Teisberg, 2007; Tomita *et al.*, 2010; Wong *et al.*, 2010).

Segundo Ferguson e Weinberger (1998), “o GCC é realizado através de prestadores médicos e não-médicos para manter contato contínuo com pacientes através de visitas domiciliares, visando prevenir a exacerbação de doenças através de acompanhamento contínuo e de técnicas de educação” (p. 123).

1.2 RELEVÂNCIA, OBJETIVOS E HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

1.2.1 RELEVÂNCIA

Há quatro razões principais que justificam a realização da presente investigação:

1. O sistema de saúde brasileiro, tanto a rede pública quanto a privada, tem experimentado uma crise que resulta da dificuldade crescente em financiar a assistência à saúde de seus cidadãos e clientes, com consequente necessidade de ajustes e reformas. Existem dois fatores que nos levam a sustentar esta afirmação:

a) A transição demográfica e epidemiológica

Segundo Wong *et al.* (2010), nos países de todo o mundo o setor da saúde enfrenta o desafio do envelhecimento da população. A prevalência das doenças crônicas tende a subir e assim, o número de pessoas que necessitarão de cuidados de longa duração também. Esse processo terá efeito significativo sobre os serviços de saúde em termos de planejamento de capacidade e de custos.

As doenças crônicas constituem uma das principais causas de mortes em todo o mundo. No Brasil, são responsáveis por 72% das mortes (ANS e OPAS, 2012). A extensão dessa epidemia silenciosa não encontrou respostas em determinados governos, políticas ou profissionais a fim de transformar os antigos sistemas de saúde, configurados pela prática curativa e centrados na assistência hospitalar. Logo, gerir a saúde e outras necessidades das pessoas idosas é um problema universal.

As profundas mudanças na pirâmide populacional são notórias e o fenômeno da transição demográfica brasileira já não fica atrás do que ocorre nos países desenvolvidos (Júnior e Paula, 2008).

No Brasil, a situação de saúde é marcada por uma transição demográfica muito acelerada e uma transição epidemiológica peculiar. Assim, a população acima de 60 anos, que atualmente não passa de 9% do total, atingirá em 2025, os 15%, ou seja, mais de 40 milhões de pessoas. Dados recentes divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] revelam que quase 80% de tal grupo populacional referiram ser portadoras de doenças crônicas. Portanto, a transição demográfica aponta, no horizonte, para uma presença relativa maior de doenças crônicas no país (ANS e OPAS, 2012, p. 20).

Neto e Malik (2011), mencionaram que existem quatro movimentos na evolução epidemiológica brasileira:

(a) redução da mortalidade pelas enfermidades infecto-contagiosas (melhoria das condições de vida, acesso à água tratada, imunizações, antibióticos), (b) aumento da ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis (envelhecimento, violência, exposição a agentes frutos da degradação e/ ou do mau uso do meio ambiente, estilo de vida), (c) o aparecimento de novas enfermidades, as chamadas enfermidades emergentes (AIDS, novas viroses) e (d) reaparecimento de velhas enfermidades que estavam com um perfil de ocorrência decrescente (dengue, cólera, hanseníase, tuberculose) (como citado em ANS e OPAS, 2012, p. 47).

Ressaltaram ainda que suas consequências sobre a demanda por serviços e consumo de tecnologia são diretas, exercendo uma imensa pressão sobre os custos do sistema de saúde.

É inegável que o envelhecimento da população cria novas demandas sobre os serviços de saúde. No entanto, cabe salientar que apesar da idade ser identificada

como um fator crítico na utilização dos serviços de saúde, a utilização dos serviços não é simplesmente resultado da falta da saúde, nem é resultado inevitável do envelhecimento da população. Fatores como a disponibilidade e os tipos de serviços bem como aspectos contextuais e sociais podem ter influências diretas e indiretas sobre a utilização dos serviços de saúde (Moineddin *et al.*, 2010).

Vão se consolidando internacionalmente, as evidências de que as situações de saúde hegemônicas pelas condições crônicas não podem ser respondidas, conseqüentemente, por sistemas de saúde fragmentados e organizados para o enfrentamento das condições agudas, por meio de equipamentos de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar (...). No modelo de atenção as condições crônicas a variável chave não é o tempo de resposta. Nele, as intervenções podem variar, desde a promoção da saúde, que abrange toda a população, passando, no nível seguinte pelas intervenções de prevenção das condições de saúde voltadas a população com fator de risco e enfim, para a população com condição crônica de alto risco, a chamada “gestão de caso” adapta-se a tal contingência (ANS e OPAS, 2012, p. 20).

Segundo Campos *et al.* (2008), o “Triângulo de Kaiser”, em referência à OPS americana Kaiser Permanente, descreve a abordagem da população de doentes crônicos em três níveis: pacientes crônicos de alta complexidade (topo da pirâmide), pacientes crônicos de alto risco e pacientes crônicos de nível menor. Nesses três níveis, a concentração de pacientes idosos é maior.

Frente a esse cenário, a escassez de estratégias de apoio pós-alta hospitalar (como o GCC ou a “gestão de caso”) constitui, simultaneamente, gargalo e oportunidade. Direciona-se a atender aqueles 1% a 5% da população brasileira que é portadora de

condições muito complexas e que por isso mesmo tornam-se consumidoras potenciais de percentual significativo dos recursos financeiros (ANS e OPAS, 2012). Doenças crônicas demandam cuidados prolongados, pois não são passíveis de cura.

b) A incorporação das inovações tecnológicas na área da saúde

Segundo Filho e Amaral (2007), o grande impacto das inovações tecnológicas traz, por si só, um grau de inflação nos custos em saúde além de aumentar a demanda por assistência de maior complexidade contribuindo com o crescimento dos custos assistenciais e, em especial, da assistência hospitalar. As instituições financiadoras de serviços de saúde, no âmbito público ou privado, também se preocupam com outro aspecto em crise no modelo tradicional vigente: a abordagem médica tecnicista e centrada na incorporação acrítica de novas tecnologias.

Deve ser lembrado que não há associação direta entre alocação de recursos e qualidade do atendimento prestado. Como por exemplo, nos Estados Unidos, país campeão mundial de gastos em saúde e que vem se envolvendo, há décadas, em guerras, onde a principal causa de amputação de membros não é o trauma, mas sim a Diabetes (ANS e OPAS, 2012).

As iniciativas destinadas a reduzir os custos através da prevenção das internações são, indubitavelmente, o carro-chefe para a redução dos custos do tratamento hospitalar e, conseqüentemente, do custo assistencial. Encontrar alternativas para as internações hospitalares, especialmente de pessoas idosas, e ajudá-las a viver independentemente pelo maior tempo possível em suas próprias casas constitui objetivo chave das políticas de saúde de diversos países. No entanto, faltam provas

sobre o funcionamento dessas alternativas e se são financeiramente rentáveis (Mayhew, 2008).

É nesse cenário que os fatores econômicos consolidam-se como elementos primordiais nas mudanças do sistema de prestação de serviços de saúde brasileiro, tanto pelo aspecto financeiro quanto pela necessidade de melhorar os resultados assistenciais (Filho e Amaral, 2007).

2. A imperativa necessidade de cuidar da saúde, de forma rentável e sustentável, no longo prazo no país.

O setor de saúde no Brasil, a exemplo do que ocorre em diversos países, possui mazelas que comprometem, em menor ou maior grau, a sua eficiência. Trata-se de um segmento expressivo que movimenta, aproximadamente, R\$ 174 bilhões, por ano, (8,8% do PIB nacional) disputados por todos os seus participantes. Essa disputa, no entanto, não privilegia, tão pouco estimula a criação de valor para os clientes e resulta numa fórmula explosiva que reúne qualidade inconstante, custos ascendentes e acesso limitado (Campos *et al.*, 2008, p. 14).

É preciso mudar para evoluir, mudar para sustentar, mudar para prover saúde. Essas mudanças devem gerar resultados em saúde, ou seja, contribuir para que as pessoas vivam mais e melhor. Devem abordar os diversos graus de necessidades de saúde, contemplando a gestão de fatores ou componentes de risco, a fim de evitar ou minimizar os agravamentos das condições de saúde dos pacientes; promover a detecção precoce e o tratamento das doenças e suas complicações. Além disso, devem regular os serviços de saúde de forma a atender as necessidades de saúde

com a adequada utilização dos recursos no longo prazo (Campos *et al.*, 2008; Porter e Teisberg, 2007).

Tais mudanças tendem ainda a produzir ajustes e reformas no atual modelo de prestação de cuidados brasileiro. Segundo Paulo *et al.* (2010), “é provável que seja cada vez maior a importância do auto-monitoramento pelo paciente, a prestação de cuidados de saúde no domicílio, os planos de tratamento interdisciplinar, uma percentagem maior dos cuidados médicos prestados por profissionais não médicos, materiais educativos direcionados à saúde e um maior envolvimento e formação dos cuidadores informais” (p.162).

Enfim, a atual dinâmica da saúde converge para a inversão da lógica do modelo vigente: prática preventiva em detrimento da curativa e modalidades alternativas de cuidado em sobreposição à hegemonia da assistência hospitalar.

Cabe salientar que a presente investigação não irá incidir sobre as tendências da saúde e/ ou nos possíveis ajustes e reformas do sistema de saúde brasileiro. Pretende mensurar e avaliar os resultados advindos da aplicação do GCC, na SAUDE SISTEMA, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves os quais concentram os custos assistenciais por serem, em grande parte, idosos que necessitam frequentemente do cuidado hospitalar e que não dispõem de estratégias de apoio pós-alta.

Conforme mencionaram Júnior e Paula (2008), “se a assistência domiciliar for capaz de prevenir internações, for mais barata do que a assistência hospitalar e agregar qualidade à vida das pessoas será, certamente, o ponto de partida para a reformulação das políticas de saúde brasileiras” (p. 124).

3. A escassez de estudos do GCC focado na gestão dos custos assistenciais, aplicados à abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves, na melhoria da qualidade de vida e na geração de vantagens competitivas para a OPS.

São escassas as investigações que avaliam o impacto do GCC nos custos assistenciais e na geração de vantagens competitivas (Barry e Robinson, 2001; Filho e Amaral, 2007; Freund *et al.*, 2010; Helge *et al.*, 2007).

Essa parece ser a primeira investigação a avaliar a importância percebida, pelos pacientes e familiares, sobre o valor agregado pelo GCC na manutenção do atual produto (plano de saúde).

4. A necessidade da SAUDE SISTEMA em verificar os resultados alcançados através do GCC.

Estruturado em outubro de 2009, com apenas 13 pacientes, o GCC expandiu-se gradativamente. Muitos ajustes operacionais precisaram ser feitos para que os resultados do programa pudessem ser mensurados. Nesse momento, datado no 1º semestre de 2011, alcançou-se a capacidade máxima (definida no planejamento estratégico da empresa), de 150 beneficiários em gerenciamento pelo programa. A constatação dos resultados do programa tornou-se necessária por duas razões: a) subsidiar a tomada de decisão das diretorias geral e médica da SAUDE SISTEMA frente à suspensão, manutenção ou ampliação da estratégia. b) informar à ANS (órgão regulador das OPS) os resultados obtidos através do programa a fim de contribuir com a manutenção de sua condição de “aprovado” mediante a agência. Esse item, será especificado no capítulo 2.1.

Pretende-se nessa investigação, apurar os resultados obtidos em termos de redução de custo assistencial e de geração de vantagens competitivas no 2º semestre de

2011. O ofício de autorização para a realização da presente encontra-se no Apêndice C.

A realização da presente será facilitada por ocuparmos o cargo de gerente de promoção da saúde da SAUDE SISTEMA desde julho de 2009. Houve uma fusão de interesses pessoais (ingresso no Mestrado) e profissionais (verificação dos resultados obtidos pelo programa). Enfim, relevância acadêmica e prática, respectivamente.

1.2.2 OBJETIVOS

1.2.2.1 OBJETIVO GERAL

A presente investigação pretende avaliar o impacto do GCC, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves, na redução do custo assistencial e na geração de vantagens competitivas para a SAUDE SISTEMA_ OPS brasileira.

Para facilitar a compreensão do objetivo geral estabeleceu-se objetivos mais específicos.

1.2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mensurar se há redução do custo assistencial (composto pelos custos das consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações) ou economia gerada através do GCC, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves da SAUDE SISTEMA;

2. Avaliar a percepção dos pacientes acompanhados pelo programa sobre o impacto do GCC na qualidade de vida e, conseqüentemente, na geração de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;

3. Avaliar a importância percebida, pelos pacientes e/ ou familiares, sobre o valor agregado pelo GCC na manutenção do atual produto (plano de saúde) constituindo fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;

4. Apurar e apresentar à SAUDE SISTEMA os resultados alcançados por meio do GCC subsidiando a decisão da diretoria quanto à suspensão, manutenção ou ampliação do programa.

Sugestões de outros objetivos específicos:

1. Verificar se há relação entre maior percepção de qualidade de vida, pelos pacientes acompanhados pelo GCC, e menor custo assistencial para a OPS;

2. Avaliar o impacto do GCC no índice de sinistralidade (razão entre a receita total e os custos assistenciais totais) da OPS.

O presente estudo tem as principais limitações:

1. Apuração do custo assistencial pós programa de apenas um semestre;

2. Apuração do custo assistencial total não tendo sido avaliadas as suas componentes individualmente (consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações);

3. Comparação tradicional das variáveis de custo através da avaliação dos resultados “antes x depois” do programa, não tendo o referencial de um grupo de controle;

1.2.3 MODELO CONCEITUAL DA INVESTIGAÇÃO

Para melhor compreensão da investigação, elaborou-se um modelo conceitual. O contexto é a saúde privada brasileira. Nesse, focou-se a realização do GCC pela SAUDE SISTEMA bem como algumas de suas relações com as variáveis em análise (custo assistencial, qualidade de vida e valor agregado) além das hipóteses da presente.

O modelo conceitual da investigação encontra-se abaixo representado:

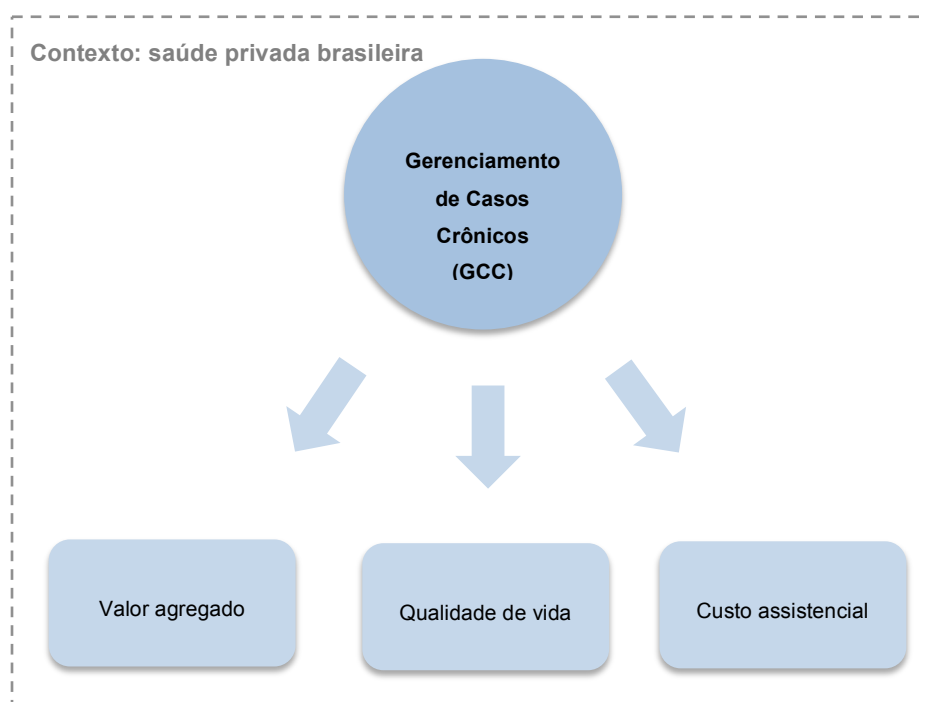


FIGURA 01 – Modelo conceitual da investigação

Hipótese 01: o Gerenciamento de Casos Crônicos agrega valor ao produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

Hipótese 02: o Gerenciamento de Casos Crônicos melhora a percepção da qualidade de vida dos pacientes acompanhados pelo programa constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

Hipótese 03: o Gerenciamento de Casos Crônicos contribui com a redução do custo assistencial e, conseqüentemente, para a geração de economia constituindo importante prática de gestão para a SAUDE SISTEMA.

Para fundamentar teoricamente a investigação, procedeu-se à uma extensa revisão de literatura sobre as temáticas pertinentes ao problema em estudo.

1.3 ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO

Primeira etapa – seleção por parte do investigador do tema a pesquisar. O tema pode ser do interesse do investigador aumentando a probabilidade de sucesso da investigação.

No Capítulo I encontramos a delimitação da investigação descrevendo a introdução, a relevância do tema, os objetivos específicos que se pretende atingir, as hipóteses da investigação e seu modelo conceitual.

No Capítulo II é constituído o enquadramento teórico em torno do tema, destacando a saúde pública e privada no Brasil, a promoção da saúde e qualidade de vida, o GCC, o valor agregado e a gestão dos custos assistenciais. Objetiva identificar as informações específicas relacionadas ao tema; aprofundar os conhecimentos e agrupar ideias.

No Capítulo III abordaremos a metodologia da investigação constituída pelas hipóteses da mesma e pelos métodos nela adotados.

No Capítulo IV será realizada a análise dos resultados obtidos em consequência dos dados primários e secundários recolhidos através das técnicas de inquérito e da aplicação da fórmula validada pela Federação das Unimeds de Minas Gerais, respectivamente.

E por fim, no Capítulo V abordaremos as principais conclusões dessa investigação. Das conclusões apresentadas esperamos que estas possam contribuir com as OPS na gestão de sua carteira de pacientes crônicos tendo em vistas as temáticas de qualidade de vida, custo assistencial e vantagem competitiva. O capítulo termina com algumas recomendações de atuação futura aos diferentes atores que medeiam o processo investigado e sugerindo linhas para futuras investigações.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO: SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA NO BRASIL

O contexto deste estudo é a saúde no Brasil logo, esse item irá abordar as políticas de saúde numa interlocução entre o público e privado. A própria Constituição Federal pressupõe essa interação sob a égide da política pública.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2003), definiu saúde como sendo "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Essa definição tem sido alvo de inúmeras críticas. Para Júnior e Paula (2008), o termo saúde é um ponto cego da ciência epidemiológica e leva à necessidade da discussão de uma nova definição nas sociedades para o enriquecimento da pesquisa e práticas de saúde. Para Segre e Ferraz (1997), definir a saúde como um estado

de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível e assim, a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde. Dentro desse enfoque, questionaram se “não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?” (p. 542).

A saúde no Brasil emergiu e foi consolidada através do Movimento de Reforma Sanitária, que propôs a integralidade e a universalidade aos indivíduos em condição de adoecimento (Alciole, 2006).

Iniciou-se, na década de 80, o movimento sanitário que propunha, frente a crise previdenciária do Estado, uma linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/ implementação ativa de políticas de saúde. Tornando-se uma experiência rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das implicações entre o relacionamento Estado-sociedade (Ministério da Saúde [MS], 2006a).

Segundo Alciole (2006), desde a década de 80, a questão dos consumidores sobressai como um direito de cidadania nos cenários reivindicatórios e, neste contexto, o movimento político levantou discussões sobre o sistema privado de atenção à saúde, que não possuía regulamentação. Essas mudanças levaram à ampliação dos clientes de planos de saúde.

Inaugurada em 1985, a “Nova República” foi demarcatória do encerramento da ditadura militar. Em março de 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que embasou-se nas discussões do movimento sanitário, no acúmulo histórico de lutas e propostas convergentes à criação de um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial. Este movimento teve como desafio a consolidação e a implementação do paradigma instituinte que foi formalmente instituído na Constituição Federal de 1988 (MS, 2006b).

Para Reis (2007), “na área da saúde, o neoliberalismo baseia-se na lógica economicista”, incluindo a privatização de hospitais e serviços públicos, os quais submetem a saúde a uma lógica de mercado. Ideologicamente é transmitido à sociedade que a crise é determinada pelo corporativismo e ineficiência do Estado, sendo assim, a solução proposta seria uma progressiva privatização. Estado e Mercado, Público e Privado, estão ligados pela trama social. Na ótica neoliberal, o Estado passaria a ser responsável pelas ações básicas de saúde e as medidas de saúde pública, não assegurando acesso universal e igualitário. Pela proposta neoliberal, o restante passaria a ser assumido pelo setor privado e controlado pelas regras de mercado, criando inclusive obstáculos para as condições gerais de desenvolvimento econômico (Reis, 2007; Alciole, 2006).

Em meio a todas estas discussões é sancionado, o Decreto Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, que implantou o Sistema Único de Saúde [SUS] e os conselhos nacional, estaduais e municipais, na perspectiva da municipalização e da descentralização. A lei gerou polêmica entre os privatistas e os que defendiam o setor público pois, cada lado possuía diferentes propostas para o setor.

O SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Decreto Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990). O Decreto Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 4, parágrafo 2º, expressa que “a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar”, conforme também disposto no artigo 199 da Constituição Federal de 1988.

Segundo Mendonça (2008), a Constituição Federal e as leis orgânicas da saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90) concretizaram a Reforma Sanitária brasileira. Mas, existem pontos críticos da implementação do SUS tais como, a globalização capitalista e os efeitos

de ampliação da massa de excluídos, as restrições legais, as estratégias de enfrentamento da minimização do papel do Estado através de privatizações e terceirizações, a ausência de prioridade das políticas públicas sociais e o desafio da redução dessas desigualdades.

Atualmente, conforme mencionou Alciole (2006), existem dois subsistemas de saúde: o estatal (Estado), que pretende ser universal, gratuito e equânime através do SUS e o privado (mercado), que atua de maneira complementar ao sistema público, através da saúde suplementar composta pelas OPS. As diferenças entre esses vão além da gratuidade e pagamento, pois a dificuldade de acesso ao sistema público em decorrência da grande demanda, escassez de profissionais e poucos locais de atendimento levam os brasileiros a se inscreverem, mesmo a um alto custo, nos planos de saúde privada vislumbrando um serviço de potencial capacidade como o SUS mas com maior segurança no que tange a agilidade do atendimento.

Para Bahia *et al.*, (2006), o crescimento do interesse na relação entre o sistema público e privado de saúde contribuiu para ampliar o conhecimento sobre as articulações entre as instituições governamentais e as empresas privadas envolvidas com o financiamento, prestação de serviços e gestão.

Segundo o estudo desenvolvido através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [PNAD] de 2003 (Barros *et al.*, 2006; IBGE 2003a) cerca de 43,2 milhões de pessoas (24,6% da população brasileira) possuíam plano privado de saúde porém, esse número foi ampliado, conforme indicado pela PNAD de 2008 para 26,3% (Bahia *et al.*, 2006; Barros *et al.*, 2006; IBGE, 2003b, 2008a).

Complementarmente aos dados das PNAD's de 2003 e de 2008, Campos *et al.* (2009), mencionaram que pesquisas de mercado, normalmente realizadas por institutos de pesquisa

contratados pelas OPS, demonstram que o desejo por acesso aos planos de saúde no Brasil é generalizado. A queda do preço, o que pode ocorrer por meio da redução da margem de comercialização; a maior percepção de benefícios como a maior qualidade de vida relacionada à saúde e com a maior satisfação com o atendimento; a capacidade do setor estimular a promoção e a prevenção da saúde; o fortalecimento das estratégias de posicionamento dos produtos no mercado e o marketing mais agressivo dos produtos; o desenvolvimento de novos produtos de custo mais acessível por meio de rede preferencial e através de gestão da porta de entrada no sistema configuram-se como os principais fatores para esse fato.

Na diversidade de atendimentos privados de saúde são identificados cinco grandes formas de organização:

- seguradoras de saúde: oferecem ação intermediária de cobertura ou reembolso dos gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado;
- cooperativas médicas: formadas por médicos que são sócios e prestadores de serviços. Esses, recebem por produção tendo com base a Tabela de procedimentos elaborada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e participam do rateio das sobras finais ou do prejuízo obtido pelas unidades municipais ou singulares;
- empresas de autogestão: planos próprios de empresas dos diversos setores do mercado que administram programas de assistência médica para seus funcionários ou contratam terceiros para isso (co-gestão ou planos de administração);
- planos administrados: compostos pelo setor filantrópico, com caráter “não-lucrativo”;

- medicinas de grupo: formadas por empresas médicas que administram planos empresariais, individuais e/ ou familiares, geralmente com abrangência regional (Alciole, 2006).

Essa última forma de organização é o foco da presente investigação visto que a SAUDE SISTEMA é uma OPS pertencente à categoria das medicinas de grupo.

Mediante a estruturação do setor saúde e as práticas abusivas de algumas OPS, o Decreto Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, passou a vigorar regulamentando todas as ações da saúde privada no Brasil. E após quase dois anos, foi sancionado o Decreto Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que dispôs sobre a criação da ANS, através da qual todas as OPS passaram a ser fiscalizadas e orientadas por um órgão do Estado.

A ANS tem, desde 2004, como foco da regulação a reorganização do modelo de atenção à saúde praticado no setor. A partir de então, as OPS têm sido estimuladas a contribuir para mudanças que possibilitem a substituição do modelo hegemonicamente centrado na doença, em procedimentos e baseado na demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde, no qual haja incorporação progressiva de ações e programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Para tanto, tem formulado políticas de regulação indutoras. Nessa nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, na qual as OPS tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; os beneficiários, usuários com consciência sanitária e autonomia; e a ANS, órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde (ANS e OPAS, 2012).

A regulamentação e fiscalização da saúde privada passa a ser oportuna para a sociedade. A morosidade dos atendimentos públicos faz com que muitas pessoas, principalmente idosos

e/ ou portadoras de patologias crônicas, adquiram um plano de saúde privado. Esse fato, associado aos incentivos da ANS, têm levado as OPS à desenvolverem alternativas e soluções para a minimização dos custos assistenciais e para o aumento da satisfação de seus clientes através de ações em prol da qualidade de vida individual e coletiva e da implementação de programas de promoção da saúde, como o GCC. A ANS, mediante o cadastro das atividades realizadas pelas OPS, avalia-as objetivando verificar o cumprimento dos pré-requisitos por ela estipulados a fim de “aprová-las” ou “reprová-las” induzindo assim, o desenvolvimento de estratégias de qualidade (ANS e OPAS, 2012).

A SAUDE SISTEMA

A SAUDE SISTEMA é uma OPS, pertencente às medicinas de grupo, que promoveu grandes avanços no segmento de planos de saúde. Sua história remonta a 1987, quando o médico do trabalho Walter Guimarães iniciou um grande sonho: a criação de uma operadora diferenciada voltada para empresas.

Presta, a 25 anos, serviços de gestão em assistência médico-hospitalar para empresas de diversos segmentos em todo o estado de Minas Gerais, principalmente, na região metropolitana de Belo Horizonte (capital mineira) não comercializando produtos para pessoa física. Atualmente, possui mais de 50 mil clientes.

Uma de suas filosofias é a de que tudo deve ser elaborado para reduzir os custos e aumentar a qualidade. Através de uma rede de médicos especialistas, clínicas, laboratórios e hospitais criteriosamente credenciados, presta assistência (ambulatorial, hospitalar e obstétrica) buscando fornecer soluções completas frente às demandas relacionadas à saúde dos funcionários e dependentes das empresas-clientes:



FIGURA 02 - Portifólio de produtos SAUDE SISTEMA (SAUDE SISTEMA)

Observa-se, na Figura 02, que existem serviços que transcendem à assistência médico-hospitalar tradicional (incluiu o atendimento ao acidentado do trabalho), tais como: medicina ocupacional, administração de mão de obra, gestão do benefício farmácia, remoção por ambulância (além do intra-hospitalar) e odontologia. Caracterizados como serviços adicionais ao plano de saúde, possuem custo para as empresas clientes que os contratam. Já os serviços de “promoção da saúde” e “gestão de pacientes crônicos” evidenciados pela seta vermelha e foco dessa investigação, apesar de também serem adicionais, são ofertados aos clientes que possuem perfil sem nenhum custo.

A OPS acredita que a “gestão dos pacientes crônicos”, através do GCC, pode contribuir com a redução dos custos assistenciais, com a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, com a geração de vantagens competitivas para a OPS_ hipóteses desse estudo e que serão analisadas a fim de serem confirmadas ou

refutadas.

A SAUDE SISTEMA possui um setor de Promoção da Saúde que tem por missão “o estímulo aos hábitos saudáveis de vida, a prevenção de doenças e suas complicações a fim de se manter uma vida de qualidade para os beneficiários” (SAUDE SISTEMA). A gerência do setor é própria uma vez que existe uma profissional contratada para fazê-la. Já a equipe que operacionaliza os programas, dentre eles o GCC, é terceirizada e segue os protocolos estipulados pela OPS.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

O movimento de Promoção da Saúde surgiu no Canadá, em 1974, por meio da divulgação do Informe Lalonde. A realização desse estudo teve como pano de fundo os custos crescentes da assistência à saúde e o questionamento do modelo centrado no médico frente o manejo das doenças crônicas, visto que os resultados apresentados eram pouco significativos (Buss e Ferreira, 2001). Mas, somente a partir da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saude, realizada em 1986 em Ottawa, que seus conceitos e práticas passaram a ser divulgados e implementados nos sistemas de saúde e nos espaços acadêmicos de todo o mundo através da Carta de Ottawa. Esse documento, conceituou-a, como:

Nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem- estar físico, mental e social (...). Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é

responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável na direção de um bem estar global (Buss e Ferreira, 2001).

O` Donnell (2008), definiu-a como:

A ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar seu estilo de vida para se moverem em direção a um estado de saúde ideal, que se constitui num processo de engajamento por um equilíbrio dinâmico entre as dimensões física, emocional, social, espiritual e intelectual e a descoberta da sinergia entre os seus aspectos mais positivos (p. 2).

Para a ANS e OPAS (2012), promoção da saúde é:

Processo político que articula ações sanitárias, sociais, ambientais e econômicas voltadas para a redução das situações de vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população; capacitação dos indivíduos e comunidades para modificarem os determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida e a participação social na gestão das políticas de saúde (p. 36).

Também em 1986, ocorre, no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que, no contexto da redemocratização pós ditadura militar, envolve grande participação de profissionais, gestores e cidadãos e propõe as bases do que viria a ser denominada Reforma Sanitária Brasileira cujos, princípios e diretrizes, assemelham-se muito aos conceitos centrais da promoção da saúde que foram incorporados na Constituição Federal de 1988 (Buss e Carvalho, 2009; Buss e Ferreira, 2001).

“Entendida enquanto movimento permanente da saúde Pública ou Coletiva, a promoção da saúde aponta para a utopia de um mundo menos doente” [...] (Lefevre e Lefevre, 2004, p.

1616). Para Veras (2006), ultrapassa as condições socioeconômicas da população pois também, propõe a prestação de serviços clínico-assistenciais estimulando ações intersetoriais e a constante busca de novos saberes específicos e avançados. Para Buss e Carvalho (2009) e Buss e Ferreira (2001), as ações de promoção da saúde no Brasil possuem “foco” em diferentes frentes; “objeto” direcionado a indivíduos, grupos ou toda população; “campo de ação” nas ações que abrangem um ou mais problemas de saúde e “ênfase” em um ou em vários propostos na Carta de Ottawa. De acordo com Carvalho e Gastaldo (2008), o conceito de *empowerment* (empoderamento) é uma das estratégias chaves do movimento de promoção da saúde pois capacita indivíduos e grupos a lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades. Martins *et al.* (2009), utilizaram o termo empoderamento/ libertação como sendo a união de *empowerment* ao termo libertação, proposto pelo pensador brasileiro Paulo Freire. Esse binômio, na promoção da saúde, representa a difusão das relações entre saúde e seus pré-requisitos e a construção de mecanismos eficientes para indivíduos e coletivo. “O empoderamento social [...] é um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados [...] visando o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades [...]” (Minkler, 1989, como citado em Carvalho e Gastaldo, 2008, p. 2032). Por fim, Carvalho (2009) e Buss (2001) salientaram que o percurso da promoção da saúde no Brasil é promissor nas áreas de políticas públicas, das ciências, tecnologias e dos movimentos sociais.

Enfim, são muitas as definições de promoção da saúde porém, todos os autores convergem no discurso sobre a sua importância na qualidade de vida individual e coletiva. Inclusive, Chachamovich *et al.* (2007), afirmam que a qualidade de vida é um dos principais objetivos do atendimento em saúde. Possui íntima relação com o conceito de valor em saúde que será, posteriormente, elucidado no capítulo intitulado “A criação de valor em saúde: fonte de vantagem competitiva”.

A presença do termo qualidade de vida na literatura clínica apareceu na década de 40 e, apenas em 1966, cita-se a qualidade de vida subjetiva que tem a satisfação, bem-estar e felicidade como indicadores (Albuquerque, 2003; Chachamovich *et al.*, 2007).

Conforme definiu a OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life [WHOQOL], 1998, p. 86).

A percepção subjetiva aumenta o campo de investigações na qualidade de vida pois baseia-se na realidade individual que converge para o subjetivismo, tendo impacto não apenas pela saúde, mas também por valores culturais, éticos e religiosos (Chachamovich *et al.*, 2007; Tores *et al.*, 2009).

Segundo Neri (2007), estudos comprovaram forte associação entre a qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo e os mecanismos da personalidade. Além das relações com a competência adaptativa/ emocional, cognitiva e comportamental que, juntas, impactam no exercício de papéis, nas atividades sociais e na importante relação com a saúde física e mental.

Segundo a taxonomia de Lawton, como citado em Neri (2007), existem quatro domínios da qualidade de vida: as competências comportamentais, as condições objetivas do ambiente físico, a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo. Esse último, reflete na avaliação pessoal sobre a dinâmica das relações entre os outros três domínios. A avaliação individual com base nos critérios pessoais e referenciados aos padrões e às expectativas sociais, formam o aspecto essencial da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. Outro

aspecto importante é a multidimensionalidade, pois aplica-se a vários aspectos da vida com base no contexto sócio-histórico.

Existem instrumentos específicos e genéricos para avaliar a qualidade de vida. Os específicos são mais sensíveis por terem sido criados para pessoas que possuem apenas uma doença, função ou problema. Já os genéricos, são capazes de avaliá-la em indivíduos com mais de uma doença, função ou problema (Guyatt, 1997; Souza, 2004).

A qualidade de vida pode ser avaliada por diversos instrumentos sendo, os mais conhecidos, o *World Health Organization Quality of Life* [WHOQOL] que possui as versões WHOQOL-100 (primeira versão com 100 perguntas), WHOQOL-bref (versão abreviada com 26 perguntas), WHOQOL-SRBP (avalia o impacto da espiritualidade, religião e crenças pessoais na qualidade de vida) e WHOQOL-old (versão adaptada ao idoso); o *Health-Related Quality of Life* (HR-QoL/EUROQOL) desenvolvido por cinco países europeus, o *Nottingham Health Profile* (NPH)/ Perfil de Saúde de *Nottingham* (PSN) constituído por 38 itens, com respostas no formato “sim/ não” e o *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF36).

O instrumento adotado nessa investigação foi o SF36 por ser genérico, multidimensional, de fácil aplicação e entendimento e por ser composto por apenas 36 perguntas. Desenvolvido nos Estados Unidos na década de 80, foi adaptado transculturalmente e validado no Brasil por Ciconelli (1997).

As organizações de saúde brasileiras, públicas ou privadas, são conscientes do crescimento da população idosa e portadora de patologias crônicas. “É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível” (MS, 2006c, p. 7).

Segundo Paschoal (2006), existem trabalhos sobre envelhecimento bem sucedido, positivo e qualidade de vida, com base no estado de ânimo (*morale*). Por isso, estar satisfeito com a vida representa uma qualidade de vida positiva e também serve como indicador sobre o estado de saúde na velhice.

Para Rowe e Kahn, o envelhecimento bem sucedido “consiste na combinação de uma baixa probabilidade de doença e deficiências relacionadas à doença, manutenção ou reforço das funções físicas e cognitivas e engajamento total na vida, incluindo as atividades produtivas, relações interpessoais e espiritualidade” (como citado em Moraes e Souza, 2005, p. 302). Sendo assim, o idoso precisa adaptar-se as alterações físicas, mentais e sociais causadas pela própria idade, ou seja, ter resiliência que é capacidade de adaptar e superar as diversidades e dificuldades da vida (Guimarães, 2006) pois caso contrário, não conseguirá alcançar um envelhecimento bem sucedido.

Para Veras (2006) e Faleiros (2008), a autonomia e a promoção da independência da pessoa idosa são a base do protagonismo, pois a proteção tem sentido social e individual no desenvolvimento desta autonomia como escolha do modo de vida na relação com a família, com o Estado e com a sociedade. Por isso, o idoso pode se perceber saudável se possuir autodeterminação (capacidade do indivíduo de poder exercer sua autonomia) mesmo se acompanhado por patologias crônicas. Sendo que, para a manutenção da autonomia, também é necessário manter a capacidade funcional - Atividades de Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD,s).

Alguns estudos demonstraram que a família é muito importante no apoio aos membros idosos e, principalmente, para os que estão em situação de dependência (Louro, 2009; Silva, 1998; Torres *et al.*, 2009). Inclusive, Torres *et al.* (2009), pontuou que sem a colaboração da família não é possível a execução adequada dos serviços de assistência

domiciliar e que os idosos também necessitam do apoio, carinho e atenção da família nos casos de institucionalização.

2.3 O PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE CASOS CRÔNICOS

É incrivelmente ampla a gama dos programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças desenvolvidos em todo o mundo. O foco dessa investigação é o programa de Gerenciamento de Casos Crônicos realizado pela SAUDE SISTEMA.

Segundo Navarro (1992), “um programa é um conjunto de atividades dirigidas para atingir certos objetivos, com dados recursos e dentro de um período de tempo específico”. Além disso, a avaliação de programa envolve dois tipos de atividades: a produção de informações, referente ao andamento dos programas e seus produtos, e o estabelecimento de um juízo de valor a respeito do mesmo (p. 33).

Conforme definição da ANS e OPAS (2012), o GCC é “um conjunto de estratégias orientadas para um grupo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas e com alto risco assistencial, incorporando ações para prevenção secundária e terciária, compressão da morbidade e redução dos anos perdidos por incapacidade” (p. 38).

Segundo Campos *et al.* (2008), o GCC constitui-se como sendo a “abordagem através de visitas domiciliares a pacientes dependentes, portadores de condições crônicas, de maior complexidade, cujas condições de saúde são graves e por isso concentram muito os custos da assistência. Utiliza-se a educação em saúde para o treinamento dos cuidadores” (p. 40). E, condições de saúde são o “conjunto de doenças que não podem ser curadas e, presentemente, apenas controladas” (p. 55).

Programa realizado através de prestadores médicos e não-médicos para manter contato contínuo com pacientes via telefone ou visitas domiciliares, para se prevenir a exacerbação de doenças, através de acompanhamento contínuo e de técnicas de educação (Ferguson e Weinberger, 1998, p. 123).

Alguns estudos, citados em Campos *et al.* (2008), evidenciaram os efeitos das doenças crônicas nos sistemas de saúde de algumas partes do mundo:

- A publicação “Modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas” da OMS (2003), alertou que “até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento de condições crônicas e que simplesmente tratam os sintomas quando aparecem. E ainda afirma, categoricamente, que “a maioria das condições crônicas pode ser evitada”. Por fim, que “os sistemas de atenção devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo” (p. 55).
- Um grande estudo da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2007), evidenciou que o grupo mais afetado pela falta de abordagem adequada de um sistema de atenção, é justamente o de portadores de condições crônicas.
- Baseando-se em dados do Reino Unido, a publicação do National Health Service [NSH] mencionou que: 80% das consultas com os médicos da atenção primária são devidas à doenças crônicas; pacientes com doenças crônicas ou suas complicações respondem por 60% do uso de dias de hospitalização; dois terços dos pacientes admitidos em urgências médicas apresentam, na verdade, exacerbações de suas doenças crônicas; os custos dos pacientes com mais de uma doença crônica são de até seis vezes maiores do que os daqueles que possuem apenas uma doença crônica; os pacientes com doenças crônicas utilizam muito mais recursos.

- “Na América do Norte, as evidências dos EUA demonstraram que as pessoas com condições crônicas respondem por 78% dos custos totais do sistema; em 2003, no Canadá, as condições crônicas responderam por 67% dos custos diretos com assistência, e por 60% dos custos de perda de produtividade e de renda” (p. 56).
- Segundo publicação da OMS (2003), as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus de doenças no mundo. Em 2020, 80% da carga de doenças nos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos é de apenas 20%.

De 1 a 3% dos clientes, também pacientes com condições crônicas, só que mais graves, respondem por 20 a 40% do total dos custos assistenciais (Mendes, 2002; Mullahy, 1998; Stanton, 2006).

Normalmente os idosos possuem mais de uma patologia e em sua maioria são crônicas exigindo assim, um contínuo acompanhamento clínico e medicamentoso (Veras, 2006).

Segundo § 1º, do artigo 230 da Constituição Federal de 1988, “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”. Mas com o Decreto Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso as modalidades de atendimentos não-asilares passaram a ser regulamentadas, sendo elas: centro de convivência, centro de cuidados diurnos, casa lar, oficina abrigada de trabalho, atendimento domiciliar e outras formas de atendimento.

Dentre as diversas modalidades regulamentadas destaca-se o atendimento domiciliar, destinado a idosos dependentes, que passam a ser atendidos por serviços prestados por profissionais da saúde ou por membros da comunidade. E, segundo Barry e Robinson (2001), podem inclusive substituir a assistência hospitalar além de ser uma preferência da

maioria dos idosos. Para Albuquerque (2003), o atendimento em domicílio ou em ambiente institucional a pessoas doentes, incapacitadas e/ ou crônicas tem por finalidade auxiliar no tratamento e/ ou funcionamento efetivo da saúde.

Os principais elementos geradores de motivação para a implantação do GCC pelas OPS, são: os custos assistenciais elevados e insustentáveis a longo prazo; a qualidade assistencial ruim; a percepção de fragmentação do cuidado, por parte do cliente e a valorização das iniciativas de promoção da saúde pelo mesmo; a falta de diferenciação e a inadequação dos produtos de saúde baseados em rede e prestadores; a demanda prevalente de crônicos e a indução da ANS à mudanças no modelo assistencial (Campos *et al.*, 2008).

Frente a essa tendência, a Resolução da Diretoria Colegiada/Agência Nacional de Vigilância Sanitária [RDC/ANVISA] n. 11, de 11 de janeiro de 2006, propôs os requisitos mínimos de segurança para o funcionamento do serviço de atenção domiciliar no Brasil regulamentando assim, as técnicas de funcionamento dos serviços que prestam atendimento domiciliar_ compostos por instituições responsáveis pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ ou internação domiciliar nos âmbitos público e privado.

De acordo com a resolução supracitada, é obrigatória a elaboração de um documento que contemple as medidas, orientações e plano de atuação de todos os profissionais envolvidos na assistência de cada paciente em seu domicílio, desde a admissão até a alta do programa, conhecido como plano de atenção domiciliar; a manutenção de um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao cliente, desde a indicação até a alta ou óbito do beneficiário; assegurar os seguintes serviços básicos de retaguarda de acordo com a necessidade de cada beneficiário e conforme estabelecido no plano de atenção domiciliar: referência para atendimento de urgência, emergência e internação hospitalar formalmente estabelecida e referência ambulatorial para avaliações

especializadas, realização de procedimentos específicos e acompanhamento pós-alta do programa; dentre outras determinações.

Cabe salientar que há diferença entre atenção domiciliar e *Home Care*. Esse último, constitui-se por atividades prestadas em tempo integral ao paciente com quadro clínico complexo e que necessita de tecnologias especializadas. Já a atenção domiciliar, é composta por atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas (MS, 2006d). Assim, dadas as suas características, o GCC é caracterizado como um programa de atenção domiciliar.

O GCC tem por proposta inicial, auxiliar os beneficiários na conquista de melhores cuidados com a saúde e a redução de internações e atendimentos ambulatoriais (Campos *et al.*, 2008). Este programa pode ser desenvolvido pelas OPS através da parceria com corporações de atenção domiciliar, consultores particulares, serviços de *managed-care*, outros fornecedores de assistência ou pela contratação de uma equipe própria (Barry e Robinson, 2001).

O intuito do GCC, nos moldes praticados pela SAUDE SISTEMA, é prestar suporte e orientação aos beneficiários, familiares e/ ou cuidadores por meio de uma equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social sob a coordenação de um gestor, capacitado a fazê-lo, através de visitas domiciliares previamente programadas. Através dessas visitas e de acompanhamento telefônico sistematizado é que a equipe cumpre com a missão de capacitar as pessoas envolvidas no cuidado a manterem cuidados simples, mas indispensáveis para a prevenção de exacerbações da(s) doença(s) e para a manutenção da saúde do beneficiário. A periodicidade das visitas varia em detrimento da complexidade clínica e social do caso. Inicialmente estipulada pelo médico, pode ser

reavaliada semanalmente nas reuniões de equipe além de sempre ser registrada no plano de atenção domiciliar. Visto a dinâmica do programa, a existência de um cuidador (leigo ou não) disponível a acompanhar as visitas e a reaplicar os cuidados orientados pelos profissionais é premissa para a inclusão e/ ou manutenção do beneficiário na modalidade. Enfim, os familiares e/ ou cuidadores constituem o grande elo entre profissionais e beneficiário pois são os responsáveis pela atenção em domicílio em período integral.

Diogo e Duarte (2006), destacaram seis pontos norteadores da AD:

1. O paciente: pessoa única, inserida num contexto familiar e social com o qual interage continuamente;
2. A família: condição básica para o sucesso de qualquer intervenção domiciliar;
3. O contexto domiciliar: o domínio do ambiente é das pessoas que nela residem, por isso a equipe tem que ter autorização para entrar;
4. O cuidador: é de fundamental importância na concretização de um programa;
5. A equipe interdisciplinar: a colaboração mútua de todos os profissionais conduz ao alcance das metas do plano de atenção domiciliar;
6. A fonte pagadora: em caso de programas que não sejam fornecidos como benefício pela OPS ou pelo SUS, o paciente e seus familiares devem ser comunicados sobre as despesas da assistência domiciliar.

Para Barry e Robinson (2001), programas desenvolvidos para uma população sem um perfil bem definido têm menores chances de alcançar os resultados desejados em termos de custo.

Constituem os critérios de inclusão do GCC, desenvolvido pela SAUDE SISTEMA: o beneficiário deve ser portador de patologia(s) crônica(s), degenerativa(s) e/ ou progressiva(s); residir em Minas Gerais; possuir ao menos um cuidador de sua total responsabilidade ou de sua família (preferencialmente em regime integral) e possuir médico de referência pertencente à rede de credenciados da SAUDE SISTEMA.

A permanência dos beneficiários no programa é definida, individualmente, considerando-se a complexidade clínica e social do caso. Situações de óbito, alcance da estabilidade clínica e da independência e a mudança para endereço não pertencente à área de abrangência da SAUDE SISTEMA, configuram os principais critérios para a alta/ exclusão do programa_ acordada e formalizada junto ao beneficiário e familiares.

O GCC é oferecido aos beneficiários da SAUDE SISTEMA como benefício extra contratual, ou seja, não apresenta ônus para o beneficiário e também não gera obrigação legal, em termos de realização e/ ou manutenção, para a OPS. Ressalta-se que o programa mantém sua condição de “aprovado” pela ANS desde 2010 tendo sua qualidade certificada.

Engler (2007), indicou a necessidade de intervenções para melhorar todos os aspectos da qualidade de vida dos beneficiários, pois o início tardio dessas ações impactam diretamente no valor financeiro a ser desembolsado para realizá-las. As OPS têm desenvolvido programas de promoção da saúde vislumbrando a redução dos custos assistenciais e a melhoria da qualidade de vida através do efetivo monitoramento dos clientes portadores de doenças crônicas.

2.4 A CRIAÇÃO DE VALOR EM SAÚDE: FONTE DE VANTAGEM COMPETITIVA

“Um dos grandes objetivos do GCC é conciliar a geração de resultados de saúde para os clientes com a rentabilidade e sustentabilidade dos envolvidos. O sistema de saúde suplementar não possui foco na saúde dos pacientes, mas sim nas doenças que o acometem, o que tende a dividir e não a multiplicar o valor em saúde para os mesmos” (Campos *et al.*, 2008). Mas, o que é valor para os clientes?

Para Zeithaml, como citado em Campos *et al.* (2009), valor é a avaliação que um cliente faz sobre um produto ou serviço, no momento em que ele se coloca na expectativa de adquiri-lo. O cliente avalia os benefícios que o produto ou serviço irá lhe trazer e os esforços necessários para comprá-lo. A essa consideração simultânea entre o que vai receber e o que vai despende se chama valor. Valor não se confunde, portanto, com qualidade ou com preço, mas é uma síntese dos dois, elaborada de modo abstrato na mente do cliente (p.26).

Campos *et al.* (2009), conceituou os termos valor e valor em saúde:

O conceito básico de valor, na perspectiva do cliente, é a relação entre os benefícios percebidos pelo cliente e o esforço realizado.

$$\text{Valor} = \text{Benefícios percebidos pelo cliente} / \text{Esforço realizado}$$

Já valor em saúde é o “benefício percebido pelo cliente, representado por qualidade de vida e satisfação em relação aos esforços, representados por acesso e preço, na interação com o Sistema de Atenção que lhe presta cuidados de saúde” (p. 21).

Valor em saúde = Qualidade de vida e satisfação/ Acesso e preço
--

Onde:

Qualidade de vida relacionada à saúde traduz-se, basicamente, em melhoria clínica e da auto-percepção do estado de saúde” (p. 59).

Satisfação vem do latim *satis*, que significa suficiente, ou o que atende às expectativas e desejos e evita reclamações. Satisfação é uma medida de desfecho do ponto de vista do paciente. Não se relaciona apenas com o desempenho do serviço, mas depende das percepções, atitudes e expectativas da pessoa. Só pode ser verificada durante ou após a utilização dos serviços e representa qualidade, na perspectiva do cliente. A satisfação do cliente e sua percepção de qualidade ocorrem quando os benefícios esperados atendem ou excedem as expectativas do cliente em relação ao serviço (p. 59).

Acesso é um aspecto estrutural dos serviços de saúde mas envolve percepção e comportamento. Percepção na medida em que acesso é também a forma como a pessoa se relaciona com os serviços que permitem que ela chegue aos mesmos, experimentando, pois, o esforço para chegar ao cuidado (p. 63).

Além do pagamento da mensalidade do plano de saúde na expectativa do atendimento, evidenciou o conceito de “disposição em pagar” - “valor que o cliente se dispõe a despendar, tendo em vista todos os benefícios e esforços no contato com o sistema de atenção à saúde” (p.64). Enfim, o cliente deve perceber que o preço cobrado é compatível com a melhora de sua qualidade de vida e satisfação conforme abaixo demonstrado pela Figura 03:

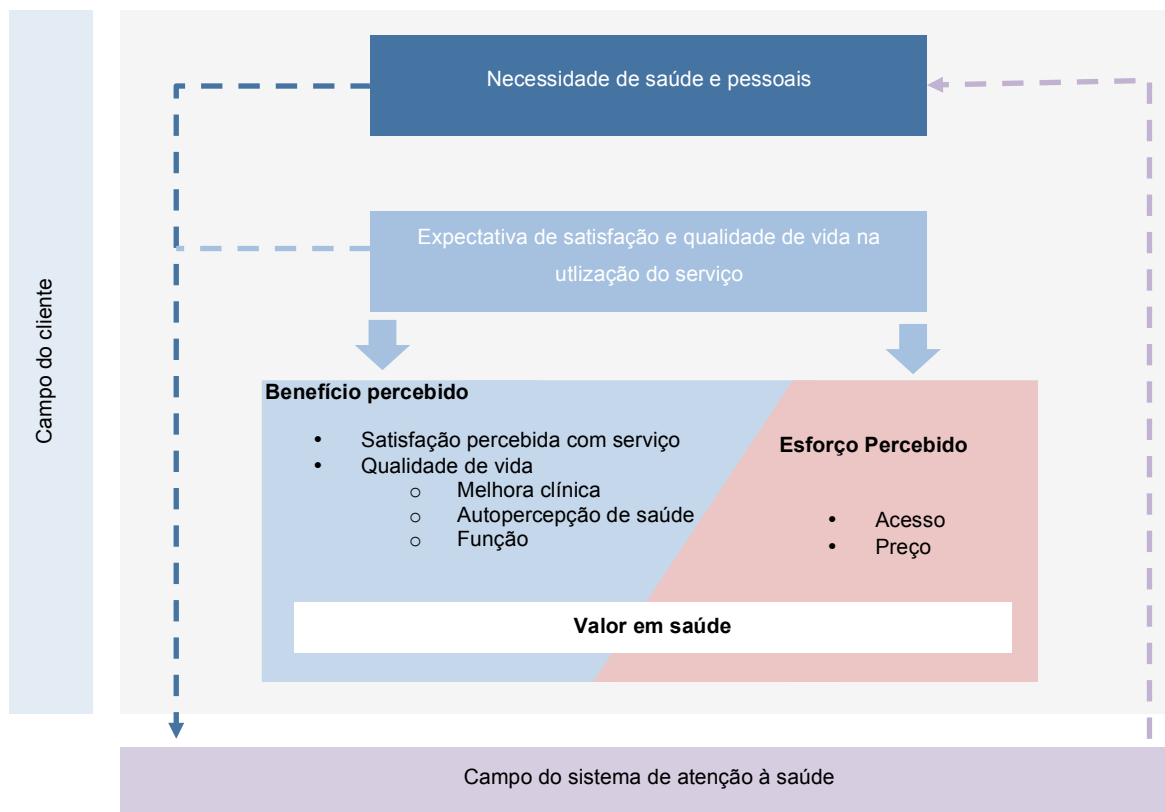


FIGURA 03 – Valor em saúde

Os prestadores de serviços, como as OPS por exemplo, que desejarem ganhar um lugar no sistema de saúde dirigido pelo valor e que quiserem continuar a controlar o seu próprio destino precisam agir. O valor ao paciente é a bússola que deve forçosamente guiar a estratégia e as escolhas de todo prestador de serviço, especialmente na área da saúde (Porter e Teisberg, 2007).

O valor na assistência à saúde é criado ou destruído no nível da condição de saúde - unidade básica de análise para pensar sobre o valor na assistência à saúde. Uma condição de saúde (doença renal crônica, diabetes, gravidez, etc.) “é um conjunto de circunstâncias na saúde de um paciente que se beneficia de um tratamento dedicado e coordenado. O termo abrange doenças, males, ferimentos e circunstâncias naturais como a gravidez” (Porter e Teisberg, 2007, p. 54). No entanto, o tratamento da condição de saúde não é

integrado através de todo o ciclo de atendimento, perpassando a detecção precoce, o tratamento, a reabilitação e o gerenciamento a longo prazo. Tem-se uma série de intervenções distintas entre inúmeras especialidades, departamentos hospitalares e consultórios médicos, cada uma deles focando-se apenas em sua intervenção sem ter a visão total do tratamento, dos resultados gerais, dos custos e preços de se tratar o paciente. Enfim, os pacientes só se beneficiarão se o prestador for excelente no diagnóstico e no tratamento da sua condição específica de saúde. O pensar em termos de condição de saúde expõe o papel crucial do GCC no sentido de melhorar o cumprimento das prescrições medicamentosas e práticas desejáveis no estilo de vida, detectar precocemente as complicações e iniciar, em tempo oportuno, remediações que envolvam intervenções menos dispendiosas (Porter e Teisberg, 2007).

Já o processo de criação de valor está associado ao conceito de cadeia de valor interna proposto por Michel Porter em seu *best seller* “Vantagem Competitiva: Criando e Sustentando Desempenho Superior”. Para o autor, valor é o resultado obtido com um produto ou serviço. Cadeia de valor é um conjunto de atividades que são executadas por uma empresa para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar o seu produto ou serviço. Um sistema de valor é um conjunto de cadeias de valor de empresas distintas, interligadas de forma coordenada e compartilhada para multiplicar valor para o cliente final. E, vantagem competitiva é uma ou um conjunto de características que permite a uma empresa ser melhor por entregar mais valor sob o ponto de vista dos clientes, diferenciando-se da concorrência e, por isso, obtendo vantagens no mercado (Porter, 1985).

O conceito de cadeia de valor é utilizado em dois níveis: o da cadeia de valor interna da organização e o da cadeia de valor setorial. No primeiro, sugere uma sequência de

atividades coordenadas harmonicamente e orientadas para a produção de um bem ou serviço final, dentro das fronteiras de uma empresa, que tenha certo valor para o cliente. A cada atividade o produto vai sendo enriquecido com novas propriedades ou atributos que agregam valor ao mesmo na perspectiva do cliente. No nível setorial, inclui o fluxo de atividades entre organizações que interagem numa relação cliente-fornecedor-parceria para atender as demandas do cliente final de um determinado setor (Porter, 1985). Por exemplo, uma pessoa tem diferentes necessidades relacionadas à saúde como consultas, internações, atendimentos de urgência, cuidados preventivos, entre outros. Para atender essas necessidades, as pessoas buscam as OPS, que viabilizam e contratam uma rede de prestadores. A operadora, ao estabelecer uma rede e o contato direto com os clientes, mobilizará várias cadeias de valor internas numa cadeia de valor setorial, na qual se estabelece fluxo de processos, produtos e serviços, informações e recursos financeiros destinados a atender as necessidades dos clientes finais (Campos *et al.*, 2009).

A gestão da cadeia de valor interna permite identificar oportunidades de melhorias nos processos internos através da implementação de ações para o aumento da eficiência e da geração de diferenciais percebidos pelos clientes além de transformar o perfil de resultados econômico-financeiros de cada organização no curto e médio prazo. Constitui assim, “fonte de vantagem competitiva da organização em relação aos concorrentes uma vez que relaciona-se com a capacidade de se diferenciar, aos olhos do cliente, de seus concorrentes e, simultaneamente, de operar com um custo menor, gerando maior lucro” (Campos *et al.*, 2009, p.36) logo, o resultado econômico-financeiro é um bom indicador do desempenho global de sua gestão. Já a capacidade de geração de valor ao cliente final é o melhor indicador de gestão global de cadeia de valor do setor uma vez que resulta no contínuo desenvolvimento de benefícios para os clientes e maior eficiência na gestão do custo total

na perspectiva do cliente, por meio de processos integrados e informações compartilhadas entre as organizações do setor (Campos *et al.*, 2009; Porter, 1985).

No contexto da saúde, pode-se então entender valor como os resultados de saúde com os serviços prestados pelo sistema e por cada um dos seus participantes (médicos e profissionais da saúde; hospitais; laboratórios; clínicas; ambulatórios; indústria e distribuidores de materiais, medicamentos e equipamentos médicos, farmácias, OPS, serviços de saúde do governo e órgãos reguladores das atividades de saúde). O que o cliente quer, em termos de resultados de saúde, é viver mais e melhor. Esses resultados podem ser representados pela ausência de complicações decorrentes da hipertensão arterial, ou de insuficiência renal crônica em pacientes diabéticos, melhoria da qualidade de vida. O desafio está em cumprir essa missão de forma rentável e sustentável a longo prazo. (Campos *et al.*, 2008).

“A sustentabilidade de um sistema é dependente de sua capacidade de gerar valor para o cliente e valor econômico-financeiro” (Campos *et al.*, 2009, p. 36) e “o valor agregado pode ser traduzido em mais benefícios oferecidos aos clientes a um menor custo total” (Campos *et al.*, 2009, p. 47) logo, em coerência as hipóteses dessa investigação, o GCC parece agregar valor ao produto (plano de saúde) uma vez que parece impactar positivamente a qualidade de vida e contribuir com a redução dos custos assistenciais constituindo assim, fonte de vantagens competitivas para a SAUDE SISTEMA.

2.5 A GESTÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS

Campos *et al.* (2009) mencionou que a geração de valor econômico é fundamental para a sustentabilidade das organizações e da cadeia de valor de qualquer setor e que a

perspectiva econômica é essencial para a viabilização de propostas inovadoras. Mas como avaliar a geração de valor econômico-financeiro no setor de saúde no Brasil?

Essa avaliação depende da disponibilidade de dados e o setor de saúde no Brasil é carente de informações, não apenas internas, gerenciais, capazes de contribuir para uma boa gestão das empresas que compõem cada atividade, mas também informações institucionais necessárias para os formuladores de políticas, governo e entidades de classe. Não existe uma entidade que consolide informações públicas e privadas relevantes e globais sobre o setor de saúde no Brasil, tanto na dimensão de resultados clínicos ou de saúde quanto na dimensão econômico-financeira (Campos *et al.*, 2009, 70 p.).

Visto que a presente investigação é um estudo de caso da SAUDE SISTEMA tal limitação será minimizada uma vez que todos os dados utilizados foram gerados por sistema de informações próprio_ Saturno. O Saturno reúne dados dos beneficiários e de sua utilização (custo assistencial advindo de consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações)_ foco desse estudo. No entanto, para fins de comparações entre os resultados alcançados pelo GCC na SAUDE SISTEMA com os resultados alcançados por programas similares em outras OPS, a análise ficará comprometida dada até a especificidade da temática.

O modelo de resultado econômico das OPS em função do número de beneficiários, desenvolvido por Campos *et al.* (2009), foi abaixo elucidado a fim de demonstrar a importância/ impacto da variável custo assistencial para o resultado do negócio:

$$\begin{array}{rcccc} \text{Resultado} & & & \text{Custos} & \text{Despesas} \\ \text{Operacional} & = & \text{Receita Total} & \text{Assistenciais} & \text{Administrativas} \\ \text{RO} & & \text{R} & \text{CA} & \text{DA} \end{array}$$

Tem-se que:

RO = Resultado Operacional

R = Receita = Número de Beneficiários x Ticket Médio Anual = NB x TM

IS = Índice de Sinistralidade = Custo Assistencial / Receita = CA/R

TM = Ticket Médio = 0,001536 x NB + 1.091

DA = Despesas Administrativas em R\$ = DAp(%) x R

DAp = Despesas Administrativas / Receita (%) = 4 x R^{-0,17}

Portanto,

$$\mathbf{RO = R - CA - DA}$$

Nota-se que no resultado básico não estão consideradas outras despesas e também as despesas de comercialização devido às dificuldades na modelagem uma vez que variam muito em função das características regionais, da presença de intermediários, da maior ou menor atuação no mercado de planos de saúde coletivos (despesas mais baixas), ou mesmo o fato de inexistirem no caso do regime de autogestão (Campos *et al.*, 2009).

Percebe-se, através do presente modelo, que a falta de escala de operação compromete e até mesmo inviabiliza as pequenas operadoras, principalmente por dois motivos: a alta despesa administrativa em relação à receita e a absorção, por esta, de grande parte do resultado e a diluição insuficiente do risco visto que um sinistro de alto custo pode gerar enormes transtornos financeiros a uma pequena operadora_ o nível de incerteza diminui à

medida que aumenta o tamanho da população assistida ou o número de beneficiários das OPS (Campos *et al.*, 2009).

Para os fins desse estudo, a maior conclusão a ser abstraída do modelo ora apresentado é que:

Quanto maior for o CA (Custo Assistencial) menor será o RO (Resultado Operacional) da OPS

O crescimento para as OPS é uma estratégia de sobrevivência, considerando-se que cerca de 60% das OPS no Brasil faturam menos de R\$ 10 milhões/ ano e sofrem dos dois problemas críticos apresentados: pequena escala para diluir despesas administrativas e alto risco (Campos *et al.*, 2009).

As iniciativas destinadas a reduzir os custos através da prevenção das internações são, indubitavelmente, o carro-chefe para a redução dos custos do tratamento hospitalar e, conseqüentemente, do custo assistencial. Encontrar alternativas para as internações hospitalares, especialmente de pessoas idosas, e ajudá-las a viver independentemente pelo maior tempo possível em suas próprias casas constitui objetivo chave das políticas de saúde de diversos países (Mayhew, 2008).

O GCC parece constituir alternativa na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves visto que, segundo Campos *et al.*, (2008), são os 10% dos clientes mais graves que representam 65,7% dos custos de assistência, os quais, com a organização do cuidado, possuem o maior potencial para a redução de custos através do programa. Dentre as hipóteses desse estudo, figura-se que o GCC contribui para a redução do custo assistencial e, conseqüentemente, para a geração de economia para a SAUDE Sistema constituindo assim, importante prática de gestão.

Conforme mencionaram Júnior e Paula (2008), “se a assistência domiciliar for capaz de prevenir internações, for mais barata do que a assistência hospitalar e agregar qualidade à vida das pessoas será, certamente, o ponto de partida para a reformulação das políticas de saúde brasileiras” (p. 12).

Enfim, “os fatores econômicos se consolidam como elementos primordiais nas mudanças do sistema de prestação de serviços de saúde brasileiro, tanto pelo aspecto financeiro quanto pela necessidade de melhorar os resultados assistenciais” (Filho e Amaral, 2007, p. 14).

No entanto, Porter e Teisberg (2007), alertaram que os resultados financeiros devem ser uma consequência e não uma meta em si e por si mesma. Uma boa margem de superávit operacional não pode compensar a mediocridade no atendimento. Economias de custo de curto prazo que levem a aumentos de custo a longo prazo não melhoram o valor. E por outro lado, alto custo não está correlacionado a uma maior qualidade e a melhores resultados, pode estar associado, por exemplo, ao excesso de tratamento. A boa qualidade é menos onerosa em razão de diagnósticos mais precisos, menos erros nos tratamentos, menores taxas de complicações, recuperação mais rápida, menos tratamentos invasivos e minimização da necessidade de tratamento. “No nível mais fundamental, melhor qualidade reduz os custos da saúde porque saúde melhor é inerentemente menos dispendiosa. Manter a saúde é o máximo em economia de custos” (p.107).

Frente a essa ideologia, é que o GCC almeja prestar uma boa assistência dentro de uma adequada relação de custo-benefício impactando positivamente a qualidade de vida, a satisfação e a criação de valor para os pacientes/ clientes. Segundo Porter e Teisberg (2007), há evidência de melhorias de longo prazo em qualidade e custo através do GCC

tornando-o cada vez mais atraente visto que parece amenizar a doença e a necessidade de tratamentos caros.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A proposição em foco possui relação direta com contextos da vida real. De um lado, o aumento da incidência das doenças crônicas e dos custos assistenciais e doutro, a possível consolidação do GCC como prática de gestão em saúde. Logo, o estudo de caso, do tipo descritivo, será o instrumento metodológico central a ser utilizado nessa investigação.

Um estudo de caso é uma investigação empírica que (i) estuda um fenômeno contemporâneo, dentro de um contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto não são claramente evidentes; (ii) lida com uma situação na qual pode haver muitas variáveis de interesse; (iii) conta com muitas fontes de evidência; e (iv) precisa do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para orientar a recolha e análise dos dados (Barañano, 2008, p. 102).

Para Barañano (2008), o estudo de caso é um método de investigação que pressupõe uma apresentação rigorosa de dados empíricos, baseada numa combinação de evidências quantitativas e qualitativas. Afirmou que, em gestão, dada a complexidade das situações é crescente a necessidade de informação qualitativa que explique a informação quantitativa de forma completa. Por isso, recorre-se com maior frequência à realização de estudos de caso.

Para Minayo e Sanches (1993), “o método qualitativo aprofunda a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos do indivíduo e do coletivo. Já o método quantitativo traz à luz dados, indicadores, e tendências observáveis.

A pesquisa é aplicada uma vez que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigida à solução de problemas específicos (Cervo e Bervian, 1996). É também descritiva uma vez que visa observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os dados sem interferência, sem manipulação do pesquisador além de envolver técnica padronizada da coleta de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática (Lakatos e Marconi, 2007).

3.2 OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

3.2.1 OBJETIVO GERAL

A presente investigação pretende avaliar o impacto do GCC, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves, na redução do custo assistencial e na geração de vantagens competitivas para a SAUDE SISTEMA_ OPS brasileira.

Para facilitar a compreensão do objetivo geral estabeleceu-se objetivos mais específicos.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mensurar se há redução do custo assistencial (composto pelos custos das consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações) ou economia gerada através do GCC, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves da SAUDE SISTEMA;

2. Avaliar a percepção dos pacientes acompanhados pelo programa sobre o impacto do GCC na qualidade de vida e, conseqüentemente, na geração de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;
3. Avaliar a importância percebida, pelos pacientes e/ ou familiares, sobre o valor agregado pelo GCC na manutenção do atual produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;
4. Apurar e apresentar à SAUDE SISTEMA os resultados alcançados por meio do GCC subsidiando a decisão da diretoria quanto à suspensão, manutenção ou ampliação do programa.

Sugestões de outros objetivos específicos:

1. Verificar se há relação entre maior percepção de qualidade de vida, pelos pacientes acompanhados pelo GCC, e menor custo assistencial para a OPS;
2. Avaliar o impacto do GCC no índice de sinistralidade da OPS.

3.3 HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Reis (2010), mencionou que a formulação de questões e hipóteses tenta responder ao problema levantado pelo tema escolhido para a pesquisa, sendo assim uma pré-solução para o problema, uma resposta provável, suposta e provisória, e também um enunciado conjectural das relações entre as variáveis. As questões e hipóteses abordadas são diretrizes para a pesquisa e definem-se como tentativas de explicações do fenômeno pesquisado, sendo formuladas como proposições. Depois de formuladas, têm de ser testadas utilizando a metodologia. Se as previsões efetuadas se revelarem incorretas, a questão terá de ser

alterada mas se revelarem-se verdadeiras, então a questão terá uma base científica e poderá ser aproveitada.

Compõem as hipóteses da presente investigação:

Hipótese 01: o Gerenciamento de Casos Crônicos agrega valor ao produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

Hipótese 02: o Gerenciamento de Casos Crônicos melhora a percepção da qualidade de vida dos pacientes acompanhados pelo programa constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

Hipótese 03: o Gerenciamento de Casos Crônicos contribui com a redução do custo assistencial e, conseqüentemente, para a geração de economia constituindo importante prática de gestão para a SAUDE SISTEMA.

3.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

A argumentação definida terá de sustentar-se na informação produzida a partir dos dados utilizados. Esses, podem ser primários ou secundários. Quando originários das estatísticas existentes, são denominados secundários. Quando criados, são denominados primários. Obviamente, a criação de dados traz um contributo acrescido ao trabalho aumentando consideravelmente o seu interesse para a comunidade científica e sua utilidade para o universo objeto do estudo. (Barañano, 2008).

Nessa investigação serão utilizadas fontes de pesquisa primárias e secundárias.

Os dados secundários serão levantados através de consistente levantamento bibliográfico em revistas científicas (preferencialmente nas pertencentes às ligas A e B), livros,

dissertações de mestrado e teses de doutorado a fim de identificar os principais conceitos de GCC na Promoção da Saúde, gestão dos custos assistenciais, qualidade de vida e valor agregado bem como identificar as lacunas do conhecimento associadas à problemática em questão.

Será ainda extraído do sistema de informação Saturno, da SAUDE SISTEMA, o relatório do histórico de custo assistencial dos pacientes acompanhados pelo programa (dos doze meses anteriores à inclusão no GCC e do semestre pós que estiver sob análise). Para fins dessa investigação, será apurado o custo assistencial/ economia gerada no 2º semestre de 2011.

Nessa fase serão validados o tema, os objetivos e as hipóteses da investigação considerando-se os pressupostos teóricos apreendidos na revisão bibliográfica realizada e o enquadramento teórico do tema.

Os dados primários serão gerados pelo método de inquérito através da aplicação de questionários estruturados.

O questionário é a ferramenta utilizada para a obtenção de informação em primeira mão. Na investigação empírica, o questionário é fundamental para a verificação das hipóteses previamente formuladas. Para isso, recorre-se ao estabelecimento de relação entre duas ou mais variáveis construídas a partir da informação obtida em diferentes questões do questionário. Ressaltasse-se ainda que, em Gestão, o levantamento ou inquérito é o método mais utilizado e, nas investigações empíricas, é fundamental para verificar as questões previamente levantadas (Barañano, 2008).

A aplicação dos questionários será facilitada pelo fato de ocuparmos o cargo de gerente de promoção da saúde na SAUDE SISTEMA. Os instrumentos serão aplicados pela

pesquisadora, na residência de cada paciente, com a presença do familiar/ cuidador, com dia e horário previamente agendados por contato telefônico e com duração média de 40 minutos. Os questionários serão anônimos_ não possuem campo para registro do nome ou de qualquer outra informação que possa revelar a identidade do respondente. Antes da aplicação dos questionários será apresentado e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que encontra-se no Apêndice B.

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Utilizou-se os seguintes instrumentos: o SF36 (Anexo A), o QPVA (Apêndice A) e o relatório do histórico de custo assistencial dos pacientes acompanhados pelo GCC_ extraído do sistema de informação da SAUDE SISTEMA.

3.5.1 QPVA

A percepção dos pacientes e/ ou familiares sobre a geração de valor pelo GCC e, conseqüentemente, pela SAUDE SISTEMA será avaliada através do questionário denominado Questionário de Percepção de Valor Agregado_ QPVA (Apêndice A).

O questionário foi elaborado de forma a:

- traduzir um dos objetivos da investigação_ avaliar a importância percebida, pelos pacientes e/ ou familiares, sobre o valor agregado pelo GCC na manutenção do atual produto (plano de saúde) constituindo fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;
- permitir a verificação da hipótese 1 da investigação_ o Gerenciamento de Casos Crônicos agrega valor ao produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

Devido à pequena disponibilidade de literatura sobre a temática, o processo de coleta de dados foi relativamente restrito. No entanto, identificou-se variáveis que fazem parte do contexto relacionado ao “valor em agregado em saúde”. Estas variáveis foram listadas para a construção do instrumento de coleta de dados conforme descrito na Tabela 01:

Variáveis

Hipótese	Variáveis	Justificativa(s)	Autores
Hipótese 01: o Gerenciamento de Casos Crônicos agrega valor ao produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a OPS.	Preço	Permitir que o respondente avalie a influência do preço, em detrimento dos demais fatores apresentados na questão, na escolha e/ ou manutenção do atual plano de saúde	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	Qualidade global	Permitir que o respondente avalie a influência da qualidade global do plano, em detrimento dos demais fatores apresentados na questão, na escolha e/ ou manutenção do atual plano de saúde	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	Rede de serviços e prestadores credenciados	Permitir que o respondente avalie a influência da rede credenciada, em detrimento dos demais fatores apresentados na questão, na escolha e/ ou manutenção do atual plano de saúde	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	Área de abrangência	Permitir que o respondente avalie a influência da área de abrangência, em detrimento dos demais fatores apresentados na questão, na escolha e/ ou manutenção do atual plano de saúde	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	Cobertura dos procedimentos	Permitir que o respondente avalie a influência da cobertura, em detrimento dos demais fatores apresentados na questão, na escolha e/ ou manutenção do atual plano de saúde	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	GCC	Permitir que o respondente avalie a influência do GCC, em detrimento dos demais fatores apresentados na questão, na escolha e/ ou manutenção do atual plano de saúde	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	Variáveis abordadas na questão de N° 1 do QPVA e que compõem a dimensão “valor em saúde”		

T	Satisfação com o plano de saúde	Identificar o nível de influência do GCC na satisfação com o plano de saúde_ componente do valor agregado	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007) Trentini e Fleck (2007)
	Qualidade de vida	Identificar o nível de influência do GCC na QV dos pacientes_ componente do valor agregado	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Neri (2007) Moraes e Souza (2005) Paschoal (2006) Porter e Teisberg (2007) Trentini e Fleck (2007)
	Necessidades básicas de saúde	Identificar o impacto do GCC na resolução das necessidades de saúde dos pacientes_ componente da QV e do valor agregado	Buss e Carvalho (2009) Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Buss e Ferreira (2001)
	Melhora clínica	Identificar a influência do GCC na melhora clínica dos pacientes_ componente da QV e do valor agregado	Buss e Carvalho (2009) Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Buss e Ferreira (2001)
	Autopercepção do estado de saúde	Identificar a influência do GCC na resolução das necessidades de saúde dos pacientes_ componente da QV e do valor agregado	Buss e Carvalho (2009) Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Neri (2007) Moraes e Souza (2005) Buss e Ferreira (2001) Paschoal (2006)
	Internações hospitalares	Identificar a influência do GCC na redução das internações hospitalares dos pacientes_ componente da QV e do valor agregado	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)
	Segurança em saúde	Identificar a influência do GCC na geração de segurança em saúde_ componente da QV e do valor agregado	Campos <i>et al.</i> (2008) Campos <i>et al.</i> (2009) Porter e Teisberg (2007)

TABELA 01 – QPVA, variáveis e embasamento teórico

Além das variáveis acima mencionadas, foram consideradas características sócio-demográficas a fim de delinear o perfil da população estudada_ acometida por doenças crônicas e detentoras de um plano de saúde através de empresas as quais são vinculadas direta ou indiretamente.

A primeira etapa objetiva da elaboração do QPVA consistiu na realização de uma reunião com os diretores geral e médico da OPS e com alguns profissionais da equipe do programa, que é terceirizada. Na ocasião, definiu-se as questões mais

pertinentes ao conteúdo do inquérito (valor agregado pelo GCC) bem como a linguagem mais apropriada frente à população em estudo.

Consideradas as sugestões da etapa anterior, partiu-se para a estruturação do questionário. O inquérito foi composto por perguntas ordenadas em progressão lógica e por questões fechadas_ elaboradas a partir de respostas dicotômicas e intervalares do tipo *Likert* de cinco pontos. Optou-se por um instrumento anônimo a fim de reduzir a tendência a respostas conservadoras suportando a utilização de um número ímpar de respostas alternativas que agrega maior segurança aos respondentes que, comumente, passam a ter mais vontade de dar respostas verdadeiras (Hill, 2009).

Após a formulação de todas as questões visando garantir a aplicabilidade, eficácia e eficiência, foi realizado um pré-teste em pequena escala. O mesmo busca a confirmação da adequação do questionário ou, pelo contrário, a verificação da não adequação do questionário e, portanto, a sua modificação, no todo ou em parte (Barañano, 2008).

Os diretores geral e médico da SAUDE SISTEMA, empregados do setor de atendimento ao cliente e 30 pacientes acompanhados pelo programa compuseram a amostra para o pré-teste.

Foram feitas observações quanto ao vocabulário empregado em algumas questões bem como sobre a inclusão/ exclusão de determinadas perguntas. O questionário foi novamente submetido à referida amostra, após a incorporação de tais sugestões, tendo sido considerado consistente frente a seu objetivo.

3.5.2 SF36

O SF36 é um instrumento de avaliação da percepção da qualidade de vida, composto por 11 questões e 36 itens que são agrupados em 8 dimensões: Capacidade Funcional (CF), Limitações por Aspectos Físicos (LAF), Dor (DOR), Estado Geral da Saúde (EGS), Vitalidade (V), Aspectos Sociais (AS), Limitações por Aspectos Emocionais (LAE), Saúde Mental (SM) e uma questão comparativa entre a percepção atual da saúde e à um ano atrás.

As pontuações classificadas no SF36 variam de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). O resultado de cada domínio é chamado de *Raw Scale* porque o valor total das 36 questões não apresenta nenhuma unidade em medida (Cionelli, 1999; Pimenta *et al.*, 2008).

Para a obtenção dos resultados, alguns valores são invertidos e/ ou alterados: questões 1, 6, 7, 8, 9 – a, d, e, h, 11 – b, d (Anexo A). Para alcançar o *Raw Scale* é necessário verificar as questões correspondentes, o limite inferior e a variação de cada domínio (Tabela 02). A questão 2 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para avaliar o estado geral atual e de um ano atrás.

Dimensões do SF36

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Varição
Capacidade Funcional (CF)	3	10	20
Limitação por Aspectos Físicos (LAF)	4	4	4
Dor (DOR)	07 + 08	2	10
Estado Geral de Saúde (EGS)	01 + 11	5	20
Vitalidade (V)	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos Sociais (AS)	06 + 10	2	8
Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)	5	3	3

Saúde Mental (SM)	09 (somente os itens 5 b + c + d + f + h)	25
-------------------	--	----

TABELA 02 – Especificações para o cálculo dos domínios do SF36 (Rodrigues, 2011)

Posteriormente, aplica-se a fórmula de cálculo:

Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Varição

A escolha deste instrumento deveu-se à sua abrangência (múltiplos domínios) e à capacidade de medir a condição de saúde em pessoas com comorbidades. Além disso, Masson *et al.* (2009), em estudo de revisão literária sobre os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida de pessoas com patologias crônicas, constataram que o SF36 foi o questionário mais utilizado entre os artigos.

3.5.3 RELATÓRIO DO HISTÓRICO DE CUSTO ASSISTENCIAL - EXTRAÍDO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA OPS

Em relação à análise da redução do custo assistencial/ economia gerada para a SAUDE SISTEMA, através do GCC, será utilizada a fórmula validada pela Federação das Unimed's de Minas Gerais que compara a média do total dos custos assistenciais de doze meses anteriores à inclusão ao programa e a os custos assistenciais ocorridos no semestre pós que estiver sob análise (Campos *et al.*, 2008).

$$\text{RFS} = [(6 \times \text{CHM}) - \text{CPI}] - (\text{Custo da estrutura} + \text{Custo MAT/MED})$$

Donde:

- RFS: Resultado Final do Serviço, ou seja, economia gerada;
- 6: número de meses que compõe um semestre;

- CHM: Custo Histórico Mensal, adquirido através da soma dos custos assistenciais no período de 12 meses anteriores à inclusão no programa GCC de cada paciente que e em seguida, é dividido por 12 para adquirir a média do custo mensal;
- CPI: Custo Pós-Intervenção, soma do gasto assistencial (consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações) durante os seis meses pós a inclusão no programa GCC;
- Custo da estrutura: custo do plano de saúde com o programa GCC, sendo esse terceirizado ou próprio;
- Custo MAT/MED: custos com materiais e medicamentos, fornecidos pela OPS, no período de seis meses.

Será gerado, através do sistema de informação Saturno da SAUDE SISTEMA, o relatório denominado “histórico de custo assistencial”. Nele, consta o custo assistencial (composto pela soma de todos os custos com consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações) de cada paciente. Tal relatório pode ser gerado por competência facilitando assim, a aplicação da fórmula supramencionada.

O RFS deve ser calculado semestralmente, através da multiplicação do número 6 pelo valor do CHM, e depois subtraído o CPI, o Custo da estrutura e o Custo com MAT/MED.

O cálculo será realizado para cada paciente e após a apuração individual, todos os RFS's serão somados obtendo-se assim, o valor da economia gerada pelo GCC. Nenhum resultado individual será excluído da análise, ainda que negativo, visto que o RFS não representa apenas um indivíduo, mas todo o grupo atendido.

3.6 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população é composta por todo o universo, ou seja, pelos 150 pacientes atualmente acompanhados pelo GCC realizado pela SAUDE SISTEMA. Todos eles preenchem os seguintes critérios: são portadores de patologia(s) crônica(s), degenerativa(s) e/ ou progressiva(s); residem em Minas Gerais; possuem ao menos um cuidador de total responsabilidade do beneficiário e/ ou família (preferencialmente em regime integral) e têm médico de referência pertencente à rede de credenciados da SAUDE SISTEMA.

LOCAL

A pesquisa foi realizada no domicílio de cada paciente atendido pelo GCC. As casas localizam-se no Brasil, estado de Minas Gerais, na região metropolitana de Belo Horizonte, constituída pela capital mineira e pelas cidades de Betim, Brumadinho, Caeté, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Lagoa Santa, Mateus Leme, Juatuba, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano e São José da Lapa.

3.7 APLICAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os questionários (SF36 e QPVA) foram aplicados à 100% da população bem como o relatório do “histórico de custo assistencial” dos pacientes acompanhados pelo GCC, extraído do sistema de informação da SAUDE SISTEMA, foi gerado em sua totalidade.

3.7.1 VALOR AGREGADO

Para verificar a hipótese 01 da investigação em que o GCC agrega valor ao produto (plano de saúde), constituindo assim fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA, realizou-se a análise descritiva das variáveis que compõem o

questionário QPVA através de tabelas de distribuição, tabelas de frequências, médias, desvio padrão e gráfico.

3.7.2 QUALIDADE DE VIDA

Objetivando verificar a hipótese 02 da investigação em que o GCC melhora a percepção da qualidade de vida dos pacientes que são acompanhados pelo programa constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA, foram realizadas:

- a descrição dos domínios do questionário SF36 através de médias, desvios padrões e gráfico;
- a análise da distribuição das respostas às questões 3.2, 4, 4.1, 4.2 e 7.2 do questionário QPVA, que interrogam, respectivamente: em que medida a oferta desse benefício (GCC) influencia a sua satisfação com o plano de saúde? Em que medida o GCC influencia a sua qualidade de vida? Em que medida o GCC contribui com a resolução de suas necessidades de saúde? Em que medida o GCC influencia os seguintes aspectos de saúde: melhora clínica (caso tenha existido ou exista), manutenção ou melhoria de uma função, melhora da autopercepção do estado de saúde e redução das internações hospitalares. A oferta do GCC agrega valor ao plano de saúde tornando-o melhor perante outros planos?

Ressalta-se que, conforme descrito nos capítulos 2.2 e 2.4, a qualidade de vida possui íntimas relações com as percepções de satisfação, melhoria clínica, autopercepção do estado de saúde e valor agregado pelo plano (Buss e Carvalho,

2009; Campos *et al.*, 2008; Campos *et al.*, 2009; Fleck *et al.*, 2007; Buss e Ferreira, 2001).

3.7.3 CUSTOS ASSISTENCIAIS/ ECONOMIA GERADA

Segundo a DMAA (2004, 2006), faz-se necessário algumas distinções importantes para proceder à avaliação dos resultados e desfechos em gerenciamento de condições crônicas:

- Economia ou redução dos custos: valor absoluto resultante da comparação entre as médias de custo assistencial antes e pós o programa, ou seja, representa o quanto a OPS deixou de gastar em termos de assistência prestada ao paciente;
- Custo-efetividade: valor relativo que apura o valor monetário para se obter uma unidade de variação de desfechos, traduzindo-se no volume de dinheiro gasto para uma unidade de redução de permanência, de internações, de anos de vida ajustados pela qualidade, etc.;
- Retorno sobre investimentos (TIR): representa o quanto se economizou para cada dólar ou real gasto, envolvendo uma relação entre os investimentos feitos e o resultado líquido de economia.

A DMAA (2004, 2006), faz ainda outras considerações importantes:

- A grande maioria dos programas de GCC realizados pelas OPS não se caracterizam como científicos logo, não se segue uma metodologia única de implantação e de avaliação dos resultados. Além do mais, muitas das metodologias são protegidas por patentes ou são vantagens competitivas das

empresas que não as descrevem em detalhes dificultando a comparabilidade entre intervenções e modelos;

- A maior parte dos estudos existentes é do tipo “comparação antes x depois”. É frequente não ser possível a realização de estudos randomizados (o “padrão-ouro” da metodologia científica atual), ou com grupo controle, na vida real. Frequentemente, na implantação de um serviço benéfico para os clientes, também não se considera ética a presença de grupos controle, que não receberiam uma intervenção tida como favorável;

A OPS brasileira SAUDE SISTEMA optou por não constituir um grupo controle por duas razões: (a) massa de beneficiários símile aos pacientes atualmente acompanhados pelo GCC inferior a 100 indivíduos (b) aspectos éticos associados ao fato de se oferecer um benefício para apenas parte do público-alvo.

O período de mensuração recomendado é de um ano para a linha de base (período pré-programa), e um ano para mensurações subsequentes. No entanto, podem ser realizadas avaliações de resultados semestrais.

Essa análise visa verificar a hipótese 03 da investigação em que o GCC contribui com a redução do custo assistencial e, conseqüentemente, para a geração de economia constituindo importante prática de gestão para a SAUDE SISTEMA.

Para tanto, serão utilizados:

- fórmula que compara a média do total dos custos assistenciais de doze meses anteriores à inclusão no GCC e os custos assistenciais ocorridos no semestre pós sob análise, conforme sugeriu Campos *et al.* (2008) e especificada no item 3.5.3. A aplicação dessa fórmula fornecerá o RFS - Resultado Final gerado pelo

Serviço ou economia gerada. Para fins dessa investigação, será apurado o custo assistencial/ economia gerada no 2º semestre de 2011;

- a descrição das variáveis de custo através de médias, mediana, desvios padrões e gráfico.

Ressalta-se que os dados para essa análise são oriundos do relatório do “histórico de custo assistencial” dos pacientes acompanhados pelo GCC, extraído do sistema de informação da SAUDE SISTEMA, o Saturno.

Os dados coletados foram tratados e analisados estatisticamente através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0® e do Excel® for Windows, na obtenção de valor de média, mediana, valor máximo, valor mínimo, medida de dispersão (desvio padrão), frequência, dentre outros.

Os resultados alcançados constituíram os subsídios necessários para o desenvolvimento da dissertação de mestrado em Gestão Empresarial e, posteriormente, serão divulgados em congressos, simpósios e revistas especializadas da área.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A assistência às demandas de pessoas portadoras de patologias crônicas em domicílio é uma necessidade das saúdes pública e privada do Brasil devendo-se conhecer os serviços disponíveis, como o GCC, e os seus resultados.

Para facilitar a compreensão e interpretação dos dados, foram elaborados algumas tabelas e gráficos acompanhados das respectivas análises e comentários.

4.2 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A população é composta por 150 clientes, portadores de patologias crônicas, acompanhados pelo programa GCC da SAUDE SISTEMA cujas características sócio-demográficas, estão representadas na Tabela 03:

Características sócio-demográficas		
Questão	Resposta	Resultado
Sexo	Masculino (%)	63 (42%)
	Feminino (%)	87 (58%)
Idade (anos)	Média (DP)	69,5 ± 15,24
	Mínimo – Máximo	(10 – 93)
Estado civil	Casado(a) (%)	90 (60%)
	Viúvo(a) (%)	42 (28%)
	Separado(a) (%)	12 (8%)
	Solteiro	6 (4%)
Grau de escolaridade	1º Grau Incompleto (%)	18 (12%)
	1º Grau Completo (%)	57 (38%)
	2º Grau Incompleto (%)	30 (20%)
	2º Grau Completo (%)	12 (8%)
	3º Grau Incompleto (%)	30 (20%)
	3º Grau Completo (%)	3 (2%)
	Outros	0 (0%)
Estado profissional	Em exercício (%)	30 (20%)
	Afastado (%)	6 (4%)
	Aposentado (%)	96 (64%)
	Pensionista (%)	18 (12%)
Renda familiar (em salários)	1 a 3 (%)	135 (90%)
	4 a 6 (%)	15 (10%)
	7 a 9 (%)	0 (0%)
	> a 10 (%)	0 (0%)

TABELA 03 - Características sócio-demográficas da população investigada

Os questionários foram aplicados à 100% da população, ou seja, aos 150 pacientes acompanhados pelo GCC. Observa-se que apenas 14% foram preenchidos pelo próprio paciente e 86% foram preenchidos por familiares e/ ou cuidadores.

O sexo feminino representou 58% dos pacientes atendidos pelo GCC mas, segundo o IBGE (2010a), existem no Brasil 96 homens para cada 100 mulheres. A média de idade foi de sessenta e nove anos e 60% da população é casada. Com relação ao grau de escolaridade, 100% são alfabetizados. Conforme demonstrado na Tabela 03, 38% concluíram o 1º grau.

Atualmente, 76% dos pacientes são aposentados e pensionistas. Ressalta-se que todos têm o plano de saúde em decorrência do vínculo que possuem com as empresas onde trabalham, trabalharam ou por serem dependentes no convênio através do cônjuge ou do filho(a).

A renda familiar de 90% dos pacientes não ultrapassa três salários mínimos impossibilitando assim, o custeio de um plano de saúde enquanto pessoas físicas. Além disso, são altas as despesas com medicação e com os cuidadores formais. Essas podem ser as razões pelas quais, comumente, a função de cuidar é desempenhada por familiares.

A saúde é uma dimensão importante para as pessoas e na presente pesquisa, 10% são portadores de uma patologia, 32% são portadores de duas patologias, 20% de três, 18% de quatro, 10% de cinco, 6% de seis e 4% de sete patologias. Ressalta-se que as patologias crônicas são caracterizadas como de longa duração e de progressão, geralmente, lenta (WHO, 2011) apresentando inclusive, episódios de piora (agudização) e/ ou melhora sensível (Almeida *et al.*, 2002).

Segundo a PNAD de 2003, 29,9% da população brasileira era acometida por doenças crônicas. Cinco anos depois, a PNAD de 2008 apresentou que entre os brasileiros, acima de 60 anos, 77,4% declararam ser portador de alguma patologia crônica e destes, 48,9% portava mais de uma patologia. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atingia 53,3% dos

idosos em 2008 e na presente investigação, essa referência foi ultrapassada visto vez que a doença acomete 84% da população (IBGE, 2003c; IBGE, 2008b; IBGE, 2010b). A Diabetes Mellitus (DM) é a segunda doença de maior prevalência (38%).

Através do cruzamento das variáveis idade e sexo pode-se perceber, através da Tabela 04, que a classe de idade mais frequente, em cada gênero, é a de 51 a 75 anos e a segunda mais frequente, é a acima de 75 anos. Também pode ser observado que não foi entrevistado nenhum homem com idade inferior a 26 anos.

Idade x gênero

		Idade			
		Até 25 anos	De 26 a 50 anos	De 51 a 75 anos	Acima de 75 anos
		%	%	%	%
Gênero	Feminino	3,4%	10,3%	48,3%	37,9%
	Masculino	0,0%	4,8%	61,9%	33,3%

TABELA 04 – Distribuição dos respondentes por idade x gênero

A média de patologia para os dois gêneros foi bem parecida, ficando em torno de três como indicado pela Tabela 05. Esse também é o valor da mediana em ambos os gêneros, o que indica que a distribuição do número de patologias é bem simétrica.

Patologias por gênero

Patologias/gênero	Média	Mínimo	Máximo	Mediana	Desvio Padrão
Feminino	3,24	1,00	7,00	3,00	1,70
Masculino	3,14	1,00	7,00	3,00	1,37

TABELA 05 – Média de patologias por gênero

Foi realizado o teste de normalidade para verificar a distribuição do número de patologias entre as populações masculina e feminina. Porém, conforme demonstrado pelos Gráficos 01 e 02, o número de patologias não é normal (p-valor menor que 0,05). Não é

recomendado realizar um teste paramétrico para tal análise visto que as médias de patologia são iguais. Nesse caso, foi utilizado um teste não paramétrico, o teste de Wilcoxon – Mann – Whitney. Uma vez que o p-valor foi maior que 0,05 (0,986), conclui-se que as populações apresentam distribuições de patologias iguais.

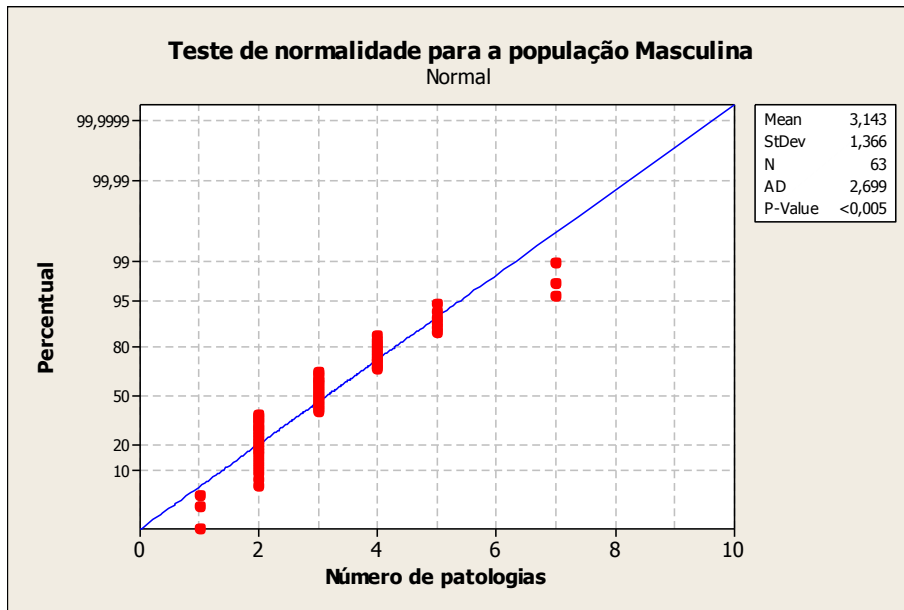


GRÁFICO 01 – Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do número de patologias para a população masculina

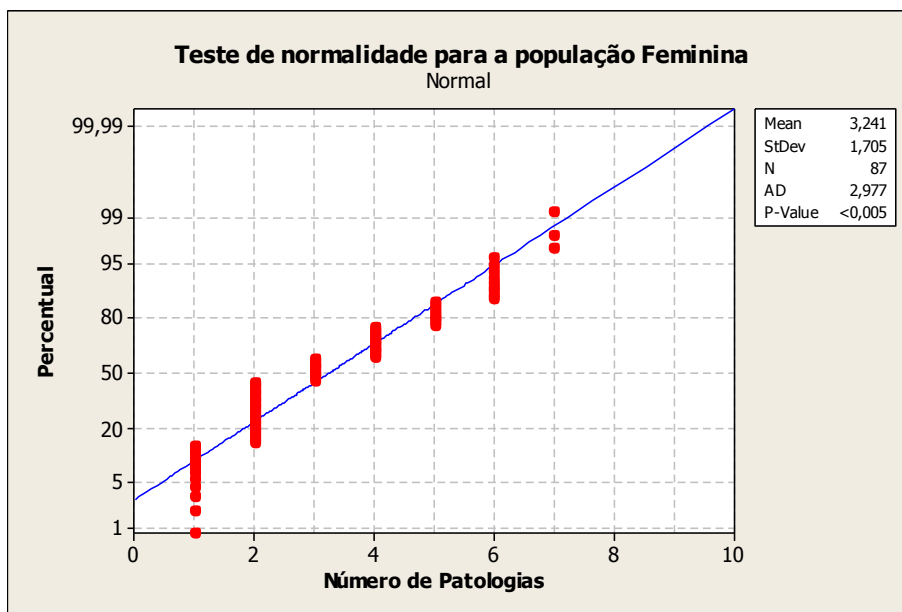


GRÁFICO 02 – Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do número de patologias para a população feminina

Observa-se na Tabela 06 que a HAS continuou sendo a doença mais frequente nos respondentes mesmo quando separados por gênero. Porém, a segunda mais frequente doença nas mulheres é a arritmia e não mais a DM. Nos homens, a Diabetes continuou sendo a segunda doença mais frequente.

Nenhuma mulher pesquisada teve Acidente Vascular Cerebral (AVC), enquanto 12 homens foram acometidos por esse. A ocorrência de câncer e depressão nas mulheres respondentes é bem maior do que nos homens. Dentre os homens pesquisados nenhum tem demência, hérnia discal, hipotireoidismo e pneumonia. As doenças menos frequentes nas mulheres são: hipotireoidismo, asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e a pneumonia. Enquanto nos homens, depressão, transtorno psiquiátrico, incontinência urinária e/ ou fecal, neuropatia, asma e DPOC são as menos frequentes.

Patologias por gênero

	Feminino		Masculino	
	Citações	%	Citações	%
Hipertensão	69	24,5%	57	28,8%
Diabete	27	9,6%	30	15,2%
Arritmia	30	10,6%	15	7,6%
Outras	24	8,5%	15	7,6%
ICC	15	5,3%	18	9,1%
Artrose	12	4,3%	9	4,5%
Câncer	15	5,3%	6	3,0%
Artrite	12	4,3%	6	3,0%
Depressão	15	5,3%	3	1,5%
Osteoporose	12	4,3%	6	3,0%
Angina	6	2,1%	6	3,0%
AVC	0	0,0%	12	6,1%
Transtorno psiquiátrico	9	3,2%	3	1,5%
Incontinência urinária e/ou fecal	6	2,1%	3	1,5%
Neuropatia	6	2,1%	3	1,5%
Asma	3	1,1%	3	1,5%
Demência	6	2,1%	0	0,0%
DPOC	3	1,1%	3	1,5%
Hérnia Discal	6	2,1%	0	0,0%
Hipotireoidismo	3	1,1%	0	0,0%
Pneumonia	3	1,1%	0	0,0%
Total de Respondentes	87	100,0%	63	100,0%

TABELA 06 – Distribuição das patologias por gênero

Conforme demonstrado na Tabela 07, as pessoas que têm idade inferior a 26 anos declaram ter artrite, artrose e outras doenças não mencionadas no questionário. Entre as que têm idade entre 26 e 50 anos a maioria declarou ter alguma doença que não foi citada no questionário. A neuropatia, o câncer e a depressão foram as doenças menos frequente nessa faixa etária.

A doença mais frequente na faixa etária de 51 a 75 anos é a Hipertensão, atingindo 61 dos 81 respondentes. A diabete é a segunda doença mais frequente nessa classe de idade

seguida pela Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e outras não mencionadas no questionário.

A doença mais frequente na faixa etária de 51 a 75 anos também é a hipertensão. A Diabetes é a terceira doença mais frequente e não a segunda, como na classe anterior, e a que era a terceira mais frequente nessa última passa a ser a segunda mais frequente nesta faixa etária.

Patologias por idade

	Até 25 anos		De 26 a 50 anos		De 51 a 75 anos		Acima de 75 anos	
	Citações	%	Citações	%	Citações	%	Citações	%
Hipertensão	0	0,0%	6	25,0%	69	29,5%	51	23,9%
Diabete	0	0,0%	0	0,0%	36	15,4%	21	9,9%
Arritmia	0	0,0%	0	0,0%	18	7,7%	27	12,7%
Outras	3	33,3%	9	37,5%	21	9,0%	6	2,8%
ICC	0	0,0%	0	0,0%	21	9,0%	12	5,6%
Artrose	3	33,3%	0	0,0%	6	2,6%	12	5,6%
Câncer	0	0,0%	3	12,5%	15	6,4%	3	1,4%
Artrite	0	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	15	7,0%
Depressão	0	0,0%	3	12,5%	9	3,8%	6	2,8%
Osteoporose	0	0,0%	0	0,0%	6	2,6%	12	5,6%
Angina	0	0,0%	0	0,0%	6	2,6%	6	2,8%
AVC	0	0,0%	0	0,0%	6	2,6%	6	2,8%
Transtorno psiquiátrico	0	0,0%	0	0,0%	3	1,3%	9	4,2%
Incontinência urinária e/ou fecal	0	0,0%	0	0,0%	3	1,3%	6	2,8%
Neuropatia	0	0,0%	3	12,5%	6	2,6%	0	0,0%
Asma	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	6	2,8%
Demência	0	0,0%	0	0%	0	0,0%	6	2,8%
DPOC	0	0,0%	0	0%	3	1,3%	3	1,4%
Hérnia Discal	0	0,0%	0	0%	3	1,3%	3	1,4%
Hipotireoidismo	0	0,0%	0	0,00%	3	1,3%	0	0,0%
Pneumonia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,4%
Total de Respondentes	3	100,0%	12	100,0%	81	100,0%	54	100,0%

TABELA 07 – Distribuição das patologias por idade

Segundo Cicconelli (1997), a patologia crônica está associada a piora da qualidade de vida do indivíduo. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de ações que minimizem o impacto dessa na vida das pessoas.

4.3 PERCEPÇÕES SOBRE O VALOR AGREGADO PELO GCC AO PLANO DE SAÚDE

Observa-se que 86% dos questionários foram preenchidos por familiares e/ ou cuidadores.

Conforme demonstrado no Gráfico 03, dentre as seis variáveis analisadas, o GCC foi avaliada como a de maior importância na escolha e/ ou manutenção do plano de saúde seguida pela variável preço, qualidade global do plano, cobertura de procedimentos, rede de serviços e, área de abrangência_ variável menos importante.

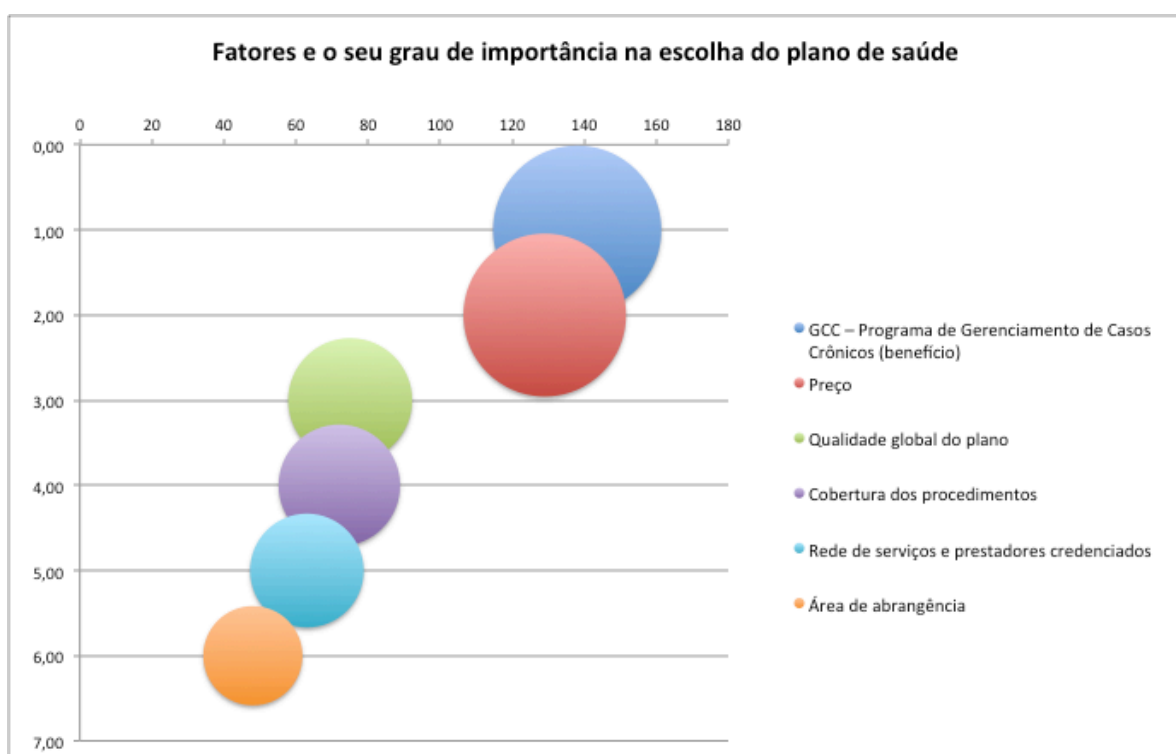


GRÁFICO 03 - Fatores x graus de importância na escolha e/ ou manutenção do plano

Ao serem interrogados sobre a oferta do GCC como benefício, 100% dos respondentes declararam não esperar recebê-lo sem custo e 80% consideraram como excelente ou ótima a iniciativa do plano de saúde em oferecê-lo. Visto que o programa não é previsto contratualmente e que a contratação particular desse tipo de serviço é bastante onerosa no Brasil, ao serem incluídos no GCC, os pacientes e/ ou familiares questionavam com frequência se haveria alguma cobrança adicional e até esboçavam certo receio em aderir à proposta. Enfim, não seria incomum que não esperassem receber essa assistência gratuitamente.

Constatou-se que 82% dos respondentes consideram que a oferta do GCC influencia muito ou bastante a satisfação com o plano de saúde. Com relação à influência do programa na qualidade de vida, 76% consideram que o programa a influencia muito ou razoavelmente e 100% afirmam que a influência do GCC na qualidade de vida é positiva. Todos os respondentes consideram que o programa contribui positivamente na resolução das necessidades básicas de saúde e 68% responderam que o mesmo contribui muito ou razoavelmente nesse aspecto. Na contribuição com a melhora clínica, 72% consideram que o GCC contribui muito ou bastante; com a melhora da autopercepção do estado de saúde, 64% responderam entre muito e bastante e com a redução das internações hospitalares, 74% responderam entre muito e bastante.

Segundo Campos *et al.* (2008), o que o cliente quer em termos de resultados de saúde, é viver mais e melhor. A ausência de complicações e a melhoria da qualidade de vida são alguns desses resultados. Lembra-se ainda que “valor em saúde é o benefício percebido pelo cliente, representado por qualidade de vida e satisfação em relação aos esforços, representados por acesso e preço, na interação com o Sistema de Atenção que lhe presta cuidados de saúde” (Campos *et al.*, 2009, p. 21). Nesse sentido, os dados acima

demonstrados são as primeiras evidências de que o GCC agrega valor ao plano de saúde SAUDE SISTEMA sendo fonte de vantagens competitivas.

Nenhum respondente trocaria o atual plano de saúde por outro que não tivesse o GCC para oferecer e, inclusive, 100% responderam que o GCC teria forte influência na escolha de um novo plano. Observa-se que são muitas as ações e os programas de promoção da saúde realizados pelas OPS brasileiras porém, a implementação das estratégias de gestão de pacientes crônicos (como o GCC) ainda é tímida e, por vezes, de pequena cobertura.

No quesito avaliação geral, o programa foi avaliado por 94% dos respondentes como sendo excelente ou ótimo.

Toda a população investigada informou que o programa gera a sensação de segurança em saúde e agrega valor ao plano SAUDE SISTEMA. E por fim, dos 150 respondentes, 147 não pretendem trocar de plano de saúde.

Os dados obtidos, através da aplicação do QPVA, permitem constatar que o programa de Gerenciamento de Casos Crônicos agrega valor ao produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagens competitivas para a SAUDE SISTEMA. Lembrando que, para Porter (1985), vantagem competitiva é uma ou um conjunto de características que permite a uma empresa ser melhor por entregar mais valor sob o ponto de vista dos clientes, diferenciando-se da concorrência e, por isso, obtendo vantagens no mercado.

4.4 SF36 – PERCEPÇÕES SOBRE O IMPACTO DO GCC NA QUALIDADE DE VIDA

Aplicou-se o SF36 a fim de avaliar a percepção dos pacientes acompanhados pelo GCC sobre o impacto do mesmo na qualidade de vida.

A população declarou uma melhora significativa em sua saúde após a inclusão no programa GCC. O dado foi evidenciado pela frequência das respostas frente às questões 1 e 2 do SF36 que interrogam, respectivamente, sobre a percepção atual da saúde e a de um ano atrás.

As questões do SF36 são divididas em oito subescalas, conforme indicado pela Tabela 08 que também contempla as características métricas (média, desvio padrão, mínimo e máximo).

Componentes do SF36

Componentes	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional (CF)	47,25	26,65	0	95
Limitação por Aspectos Físicos (LAF)	43,50	48,33	0	100
Dor (DOR)	57,83	28,29	10	90
Estado Geral de Saúde (EGS)	57,45	18,95	12	100
Vitalidade (V)	61,10	21,33	15	100
Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)	22,30	41,77	0	100
Saúde Mental (SM)	69,31	16,69	20	100
Aspectos Sociais (AS)	75,00	39,33	0	100

TABELA 08 – Valores obtidos para cada domínio do SF36

Os valores dos domínios do SF36 variam de 0 a 100 e quanto maior o valor, melhor a percepção da qualidade de vida. A interpretação dos dados presentes na Tabela 08 foi feita das melhores às piores percepções da qualidade de vida vinculada a alguns achados do QPVA como forma de justificar parte dos resultados.

DOMÍNIOS DO SF36

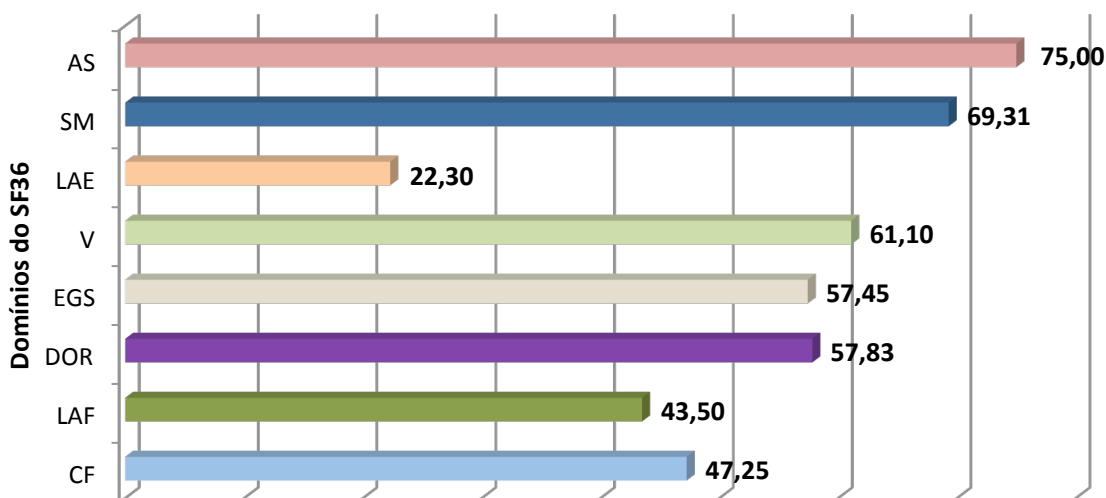


GRÁFICO 04 - Índice dos domínios do SF36

Conforme demonstrado pelo Gráfico 04, dentre as subescalas do SF36, os aspectos sociais e a saúde mental apresentaram a maior média. Ou seja, a população investigada possui maior qualidade de vida nos referidos domínios.

Em termos de aspectos sociais, avaliou-se o impacto da condição de saúde dos pacientes nas atividades sociais. Esse foi o domínio com melhor percepção no nível de qualidade de vida (75,00 \pm 39,33). O mesmo ocorreu no estudo realizado por Castro *et al.* (2003), com portadores de IRC e DM, em que os aspectos sociais também apresentaram a média mais elevada (64 \pm 29) da qualidade de vida dos avaliados. Ressalta-se que a convivência com amigos, vizinhos e profissionais de saúde e, principalmente com a família, é fundamental para os pacientes.

O aspecto saúde mental avaliou o bem estar psicológico, humor, ansiedade, depressão e alterações do comportamento da população representando média (69,31 \pm 17,27). Campolina *et al.* (2011), em estudo realizado com idosos portadores de patologias crônicas, constataram valores similares no aspecto saúde mental (66,49 \pm 16,69). Singer *et*

al. (1999), corroboram com os achados mencionados. Através da aplicação do SF36 a uma população de doentes crônicos, constataram declínio da capacidade funcional com o decorrer da idade e a preservação do aspecto saúde mental.

A vitalidade demonstra a disposição dos pacientes em desempenharem as atividades cotidianas ($61,10 \pm 21,33$). Apesar de em alguns casos os pacientes não possuírem boa capacidade funcional, o desejo dos avaliados era o de continuar realizando as suas rotinas. Em alguns casos, os familiares e/ ou cuidadores restringem muito os pacientes em executarem certas atividades objetivando a prevenção de acidentes como queimaduras e cortes associados à atividades na cozinha, quedas associadas ao deslocamento entre os cômodos da casa e à realização de tarefas domésticas em geral, dentre outros. Visando minimizar a restrição excessiva, a orientação de práticas seguras frente à condição dos pacientes e o incentivo à manutenção das atividades que não ofereçam risco, constituem atribuições da equipe do GCC.

No aspecto dor ($57,83 \pm 28,29$), avaliou-se o nível e o impacto da dor no desempenho das AVD's. Campolina *et al.* (2011), verificou que este domínio representou ($59,6 \pm 16,30$) da qualidade de vida dos pacientes portadores de patologias crônicas. Ainda em sinergia com os achados, Mendonça *et al.* (2008), constatou que idosos com fraturas de quadril e do colo do fêmur apresentaram uma queda brusca nessa dimensão. Na primeira aplicação do SF36 (antes das fraturas) o valor foi de ($51,0 \pm 21,79$) e após, de ($14,7 \pm 24,77$). Apesar da existência de instrumentos que busquem dimensionar a dor, esta é subjetiva. É, inclusive, um dos fatores que mais interferem na qualidade de vida em decorrência das limitações, desconforto, irritabilidade e até isolamento social (Andrade *et al.*, 2006; Celich e Galon, 2009).

O estado geral de saúde ($57,45 \pm 18,95$) demonstra a auto-percepção do estado de saúde. As doenças crônicas podem ser controladas através acompanhamento contínuo com profissionais médicos e não médicos porém, com o passar do tempo, há tendência de picos de instabilidade visto que não são passíveis de cura. Santos (2006) constatou, através do SF36, que existe correlação entre o estado de saúde geral e a idade $r = -0,245$ e $p = 0,01$ e que quanto maior a idade, pior a percepção deste aspecto entre renais crônicos hemodializados_ dado divergente do aqui encontrado.

A capacidade funcional ($47,25 \pm 26,65$) demonstra a necessidade dos pacientes em ter um cuidador para apoiá-los levando, segundo Lehmann e Rabins (2001), à mudança de papéis sociais na estrutura familiar e, conseqüentemente, à demanda de orientação à estes familiares/ e/ ou cuidadores_ atribuição da equipe do GCC. Giacomini *et al.* (2008), realizaram um estudo com idosos e constataram que a incapacidade funcional é progressiva frente à idade. Segundo Alves *et al.* (2007), as patologias crônicas influenciam a capacidade funcional dos idosos a título da HAS que aumenta em 39% a chance do idoso em ser dependente nas AIVDs, as doenças cardíacas que aumentam essa probabilidade em 82% e a artropatia e doenças pulmonares que a aumentam em 50%. Okuma (1998), ressalta a importância do desenvolvimento de ações para a manutenção do bem estar funcional dos idosos portadores de patologias crônicas.

As limitações por aspectos físicos indicam o impacto da saúde física no desempenho das AVD's. Em comparação aos demais aspectos do SF36, esse apresentou o maior valor de desvio padrão ($43,50 \pm 48,33$) em decorrência da presença de pacientes portadores de Alzheimer, demências, AVC, fraturas, entre outras. Esse domínio atingiu o valor de ($54,4 \pm 17,70$) na pesquisa de Campolina *et al.* (2011) que também foi realizada com doentes crônicos. Já no estudo desenvolvido por Rodrigues (2011), o índice da média de qualidade

de vida nesse domínio entre diabéticos com amputação de membros inferiores foi de 13,2 visto o impacto da perda de membros relacionados à deambulação.

As limitações por aspectos emocionais (22,30 \pm 41,77) refletem as condições emocionais no desempenho das atividades cotidianas. Esse aspecto apresentou o menor valor entre os domínios do SF36 e o segundo maior desvio padrão em detrimento do grau de dependência de alguns dos pacientes. Coutinho *et al.* (2011), demonstrou o comprometimento desse domínio, em três diferentes grupos: idosos (86,67), idosos com DM (74,67) e idosos com DM e neuropatia (60,00) revelando o impacto gradativo e negativo das patologias crônicas nos aspectos emocionais dos idosos. Em grande parte dos casos, os cuidadores são capazes de suprir as necessidades geradas pela incapacidade funcional/dependência.

A melhoria da qualidade de vida, por meio do GCC, foi evidenciada tanto pelo QPVA quanto pelo SF36 constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA. Esse último, demonstrou maior impacto do programa nas seguintes dimensões: aspectos sociais, saúde mental e vitalidade. Também evidenciou a necessidade do desenvolvimento de estratégias frente aos aspectos emocionais uma vez que pouco se pode intervir na melhoria dos aspectos físicos e na capacidade funcional dos indivíduos.

4.5 IMPACTO DO GCC NA REDUÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS/ GESTÃO DOS CUSTOS

Investigou-se o impacto do GCC nos custos assistenciais (custos com consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações), dos pacientes acompanhados pelo programa, a fim de avaliar a importância do mesmo na geração de economia para a SAUDE SISTEMA. Salienta-se que as componentes do custo assistencial não foram avaliadas separadamente. Comparou-se a média do custo assistencial nos doze meses anteriores à inclusão no

programa e a média do custo assistencial do semestre sob avaliação que, no caso dessa investigação, foi o 2º semestre de 2011.

A média do custo anual dos pacientes, antes da implantação do GCC, foi de R\$ 8.714,13. Essa variável possui uma amplitude muito grande de valores, variando de R\$ 171,45 até R\$ 40.910,65. A mediana difere bastante da média, mostrando que a distribuição dos gastos com o cliente não é simétrica.

Depois da implantação do programa, a média de custo dos pacientes acompanhados reduziu para R\$ 2.264,47. O valor máximo a que chegou foi de R\$ 5.767,49, quase três mil reais abaixo da média do custo anual anterior à implantação do GCC.

O custo médio mensal por paciente, antes da implantação do GCC, era de R\$ 726,18 variando de R\$ 14,29 a R\$ 3.409,22. Depois da implantação do programa, essa média passou a ser de R\$ 377,41, ou seja, houve uma redução mensal de 48% do custo assistencial dos pacientes acompanhados pelo GCC. A economia média dos 150 pacientes acompanhados pelo GCC, no 2º semestre de 2011, foi de R\$ 2.092,66 ±R\$ 3.894,85 (mínimo: - R\$ 5.153,89 máximo: R\$ 18.523,81).

Custo

Custo	N	Média (R\$)	Mínimo(R\$)	Máximo(R\$)	Mediana(R\$)	DP(R\$)	Soma(R\$)
Custo total (pré)	150	8.714,13	171,45	40.910,65	6.101,79	8.060,43	1.307.119,91
Custo 2º sem_2011 (pós)	150	2.264,47	1.447,92	5.767,49	1.905,65	935,28	339.670,54
Média mensal (pré)	150	726,18	14,29	3.409,22	508,48	671,70	108.926,65
Média mensal (pós)	150	377,41	241,32	961,25	317,61	155,88	56.611,76
Economia	150	2.092,60	-5.153,89	18.532,81	863,30	3.894,85	313.889,42

TABELA 09 – Descritivas das variáveis de custo

DP: desvio padrão

Para verificar se o custo médio mensal realmente diminuiu com a implantação do GCC, foi aplicado o teste não paramétrico Wilcoxon com postos sinalizados já que as variáveis não apresentaram distribuição normal (p-valor menor que 0,05) conforme demonstrado pelos Gráficos 05 e 06. Como o p-valor encontrado no teste de Wilcoxon foi menor que 0,05 (0,000), conclui-se que o custo médio mensal após a implantação do GCC é menor que o custo médio mensal antes da implantação do programa.

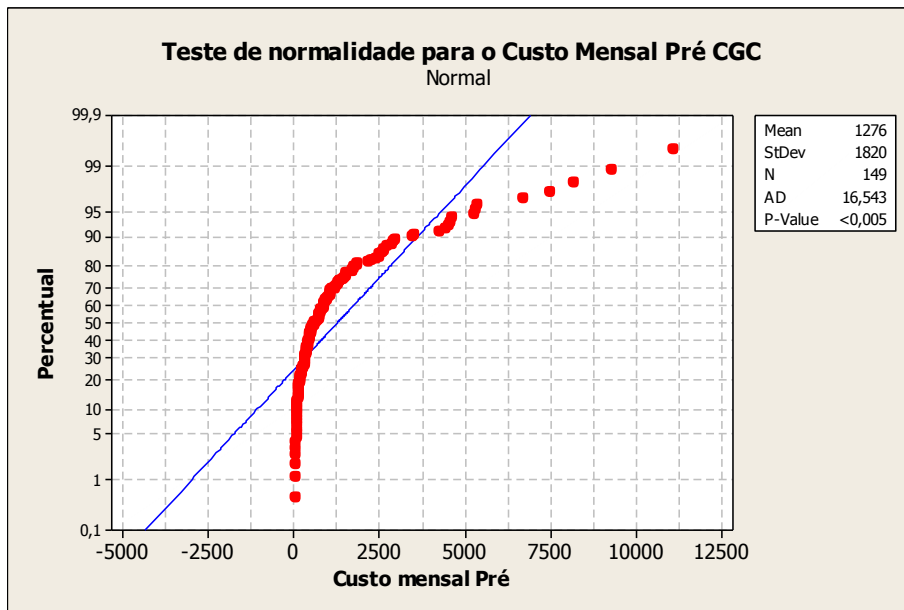


GRÁFICO 05 – Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do custo mensal pré GCC

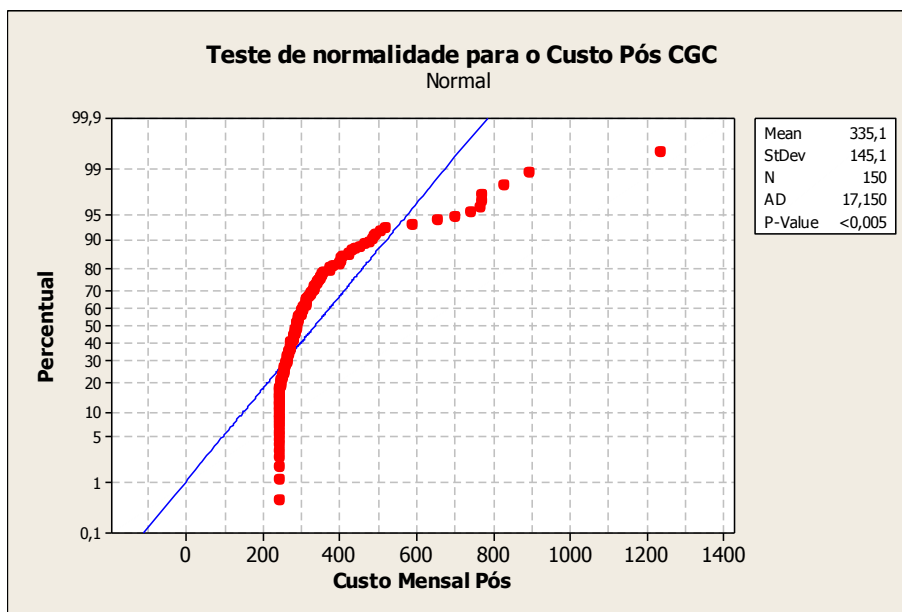


GRÁFICO 06 – Curva Q-Q Plot e teste de normalidade do custo mensal pós GCC

Conforme demonstrado pelo Gráfico 07, a soma do CPI, custo da estrutura e MAT/MED resultou em um valor menor que o CHM gerando assim, um RFS positivo de R\$ 313.889,42, no 2º semestre de 2011, no atendimento de 150 pacientes.

ECONOMIA GERADA

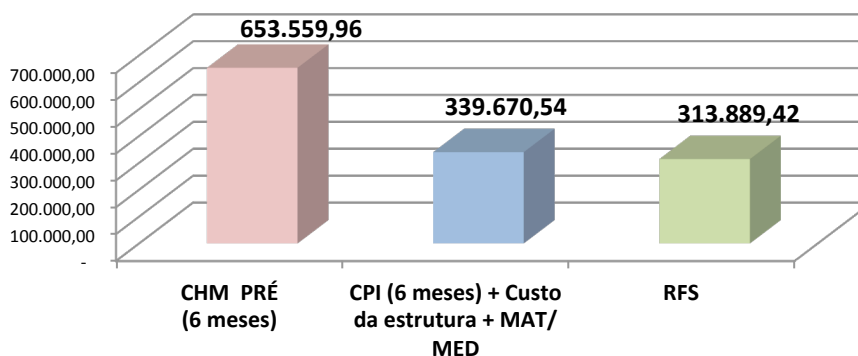


GRÁFICO 07 – RFS/ Economia gerada no 2º semestre de 2011

No entanto, apesar do RFS ter sido positivo, 51 dos 150 pacientes que compõem a população não apresentaram resultados positivos. Obtiveram uma média de -R\$ 1.095,44 representando um prejuízo de R\$ 55.867,43 (\pm R\$ 820,42 mínimo: -R\$ 5.153,89 máximo:

R\$ 18.523,81). Esse prejuízo não é tão significativo se comparado à soma da economia gerada pelos demais 99 pacientes, cuja média de redução dos custos assistenciais foi de R\$ 3.734,92 (\pm R\$ 3.834,97 mínimo: R\$ 4,76 máximo: R\$ 18.523,81). Assim sendo, a SAUDE SISTEMA deixou de gastar com consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e com internações o equivalente à R\$ 313.889,42_ valor da economia gerada pelo GCC, no 2º semestre de 2011, com os 150 pacientes acompanhados pelo programa.

Economia

Estatísticas	Prejuízo	Economia
N	51	99
Média(R\$)	-1.095,44	3.734,92
Mediana(R\$)	-990,48	2.553,55
Mínimo(R\$)	-5.153,89	4,76
Máximo(R\$)	-0,18	18.532,81
Desvio padrão	820,42	3.834,971
Soma (R\$)	-55.867,43	369.756,86

TABELA 10 – Descritivas da economia

Corroborando com os resultados supramencionados, destaca-se os resultados do GCC descritos em outros estudos:

- Barnaberi *et al.* (1998) em estudo realizado em Londres, com 199 pacientes idosos dos quais 99 foram locados no GCC e os outros 100 no grupo controle, evidenciou que passados doze meses o grupo de gerenciamento apresentou em um ano uma redução de custo per capita de U\$ 1.800 devido às internações menos frequentes e mais curtas;
- Já Okin *et al.* (2000) através de estudo realizado em Londres com 54 pacientes grandes utilizadores de pronto-socorro, comparando um ano antes e um ano depois do GCC, constatou diminuições médias de 15 para 9 visitas ao pronto-socorro, do custo

hospitalar de US\$ 22.022 para US\$ 14.910 (33%), do custo dos serviços de urgência e emergência de US\$ 4.124 para US\$ 2.195 (47%);

- Na pesquisa realizada por Bretas (2007), O GCC da Unimed Governador Valadares (situada em Minas Gerais/ Brasil) evidenciou, em doze meses após o programa com 200 pacientes portadores de HAS e DM, reduções no custo assistencial e na permanência hospitalar. A média do custo hospitalar por paciente passou de R\$ 5.143,00 para R\$ 3.269,00, uma redução média de 35,9% e o tempo de internação médio passou de 3 dias para um dia, uma redução de 73,2%;
- Fireman, Bartlett e Selby (2004) investigaram a experiência de um programa da Kaiser Permanente através de prática multidisciplinar à doentes crônicos no norte da Califórnia, atendidos de 1996 a 2002. Os autores afirmaram que a gestão de doenças é uma abordagem promissora para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, mas que ainda não reduzia custos. Em contra partida, questionaram-se os custos com pacientes crônicos seriam maiores sem o programa e pressupuseram que os custos teriam aumentado 28% em vez de 19% o que representaria uma economia de US\$ 200 milhões em 2002 no período.

Conforme observou Filho e Amaral (2007), a necessidade de implementação de práticas assistenciais mais eficientes faz com que os prestadores de serviços busquem alternativas à intervenção hospitalar, com destaque para as ações de cunho ambulatorial e, de forma ainda incipiente no Brasil, abordagens no contexto domiciliar. Observam que tais estratégias racionalizam os custos do sistema e agregam maior humanização para a assistência. As iniciativas da SAUDE SISTEMA são convergentes com essa premissa. Os resultados obtidos através do seu programa de GCC validam a hipótese de que o mesmo contribui com a redução do custo assistencial e, conseqüentemente, para a geração de economia constituindo assim, importante prática de gestão para a SAUDE SISTEMA.

Além da economia gerada pelo programa, as OPS que possuem programas de promoção da saúde e prevenção à doenças cadastrados e aprovados pela ANS, como o GCC da SAUDE SISTEMA, recebem subsídios fiscais para manterem o desenvolvimento contínuo dessas ações conforme previsão da Instrução Normativa (IN) n. 2, de 08 de julho de 2010.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES

Nesse capítulo estão detalhadas as principais conclusões, limitações, contribuições e sugestões para futuras pesquisas.

5.1 CONCLUSÕES

A grande premissa para a realização desse trabalho de investigação foi analisar, com a maior transparência possível, o impacto do programa de Gerenciamento de Casos Crônicos realizado pela OPS SAUDE SISTEMA nas variáveis de valor agregado, qualidade de vida e custo assistencial na abordagem dos pacientes crônicos mais graves.

Apesar da postura indutora da ANS, as estratégias alternativas ao cuidado hospitalar ainda são incipientes no Brasil. São muito escassas as publicações científicas brasileiras sobre os resultados da assistência domiciliar. As OPS têm enfrentado dificuldades cada vez maiores em equalizar uma assistência de qualidade frente à um custo viável devido, especialmente, à transição epidemiológica vivenciada pelo país, à incorporação acrítica de tecnologias, ao aumento da carga de doenças crônicas e ao modelo de atenção à saúde centrado na prática hospitalar.

O intuito dessa pesquisa não foi o de adentrar nas necessidades de ajustes e reformas do sistema de saúde brasileiro ou em suas políticas de saúde (públicas ou privadas). Almejou-se mensurar e avaliar os resultados do GCC realizado pela SAUDE SISTEMA, no 2º

semestre de 2011, na abordagem dos pacientes crônicos mais graves a fim de subsidiar a tomada de decisão da diretoria da OPS quanto à suspensão, manutenção ou ampliação da estratégia de cuidado; de fornecer os dados pertinentes para a ANS a fim de manter o programa na condição de “aprovado” junto à agência e, fundamentalmente, o de apontar informações relevantes para as OPS e para futuras decisões relacionadas ao tema além de constituir base e incentivo à realização de novas pesquisas científicas.

A realização dessa investigação permitiu examinar alguns aspectos relacionados aos objetivos específicos e a confirmação das hipóteses. Alcançou-se todos os objetivos delineados:

- Mensurar a redução do custo assistencial (composto pelos custos das consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações) ou economia gerada através do GCC, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves da SAUDE SISTEMA;
- Avaliar a percepção dos pacientes acompanhados pelo programa sobre o impacto do GCC na qualidade de vida e, conseqüentemente, na geração de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;
- Avaliar a importância percebida, pelos pacientes e/ ou familiares, sobre o valor agregado pelo GCC na manutenção do atual produto (plano de saúde) constituindo fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA;
- Apurar e apresentar à SAUDE SISTEMA os resultados alcançados por meio do GCC subsidiando assim a decisão de suspensão, manutenção ou até mesmo de ampliação do programa.

Essa investigação também teve por propósito testar e dar respostas às hipóteses de investigação formuladas. Finalizada, permitiu responder claramente às questões levantadas:

Hipótese 01: o Gerenciamento de Casos Crônicos agrega valor ao produto (plano de saúde) constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

Para toda a população investigada, o programa agregou valor ao produto. Inclusive, o GCC foi a variável apontada como a de maior importância na escolha e/ ou na manutenção do atual plano de saúde. Além do mais, 100% declaram que a estratégia influenciou positivamente a qualidade de vida, que contribuiu positivamente com a resolução das necessidades básicas de saúde e que gerou segurança. Para 82%, o GCC influencia muito ou bastante a satisfação com o plano. Nenhum respondente trocava o atual plano por outro que não tivesse o programa para oferecer e 100% responderam que o GCC teria forte influência na escolha de outro produto. Por fim, apenas 03 dos 150 indivíduos da população, têm a pretensão de trocar de plano. Ou seja, a presente hipótese foi testada e validada através dos achados do QPVA.

Hipótese 02: o Gerenciamento de Casos Crônicos melhora a percepção da qualidade de vida dos pacientes acompanhados pelo programa constituindo assim, fonte de vantagem competitiva para a SAUDE SISTEMA.

A melhoria da qualidade de vida, por meio do GCC, foi evidenciada tanto pelo QPVA quanto pelo SF36. Esse último, demonstrou maior impacto do programa nas seguintes dimensões: aspectos sociais, saúde mental e vitalidade. Também evidenciou a necessidade do desenvolvimento de estratégias frente aos aspectos emocionais uma vez que pouco se pode intervir na melhoria dos aspectos físicos e na capacidade funcional dos indivíduos.

Os aspectos sociais e a saúde mental apresentaram a maior média, ou seja, a população investigada possui maior qualidade de vida nos referidos domínios. Toda a população declarou uma melhora significativa em sua saúde após a inclusão no programa GCC.

Os dados do QPVA corroboram complementarmente aos achados do SF36.

Por fim, a hipótese 02 também foi testada e validada através da aplicação do QPVA e do SF36.

Hipótese 03: o Gerenciamento de Casos Crônicos contribui com a redução do custo assistencial e, conseqüentemente, para a geração de economia constituindo assim, importante prática de gestão para a SAUDE SISTEMA.

A média do custo anual dos pacientes, antes da implantação do GCC, foi de R\$ 8.714,13 e depois da implantação de R\$ 2.264,47. O custo médio mensal por paciente passou de R\$ 726,18 para R\$ 377,41, ou seja, houve uma redução mensal de 48%. A economia média dos 150 pacientes foi de R\$ 2.092,66. A soma do CPI, custo da estrutura e MAT/MED resultou em um valor menor que o CHM gerando assim, um RFS positivo de R\$ 313.889,42. No entanto, apesar do RFS ter sido positivo, 51 dos 150 pacientes que compõem a população não apresentaram resultados positivos. Obtiveram uma média de - R\$ 1.095,44 representando um prejuízo que não é tão significativo se comparado à soma da economia gerada pelos demais 99 pacientes, cuja média de redução dos custos assistenciais foi de R\$ 3.734,92. Assim sendo, a SAUDE SISTEMA deixou de gastar com consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e com internações o equivalente à R\$ 313.889,42_ valor da economia gerada pelo GCC, no 2º semestre de 2011, com os 150 pacientes acompanhados pelo programa.

A terceira e última hipótese também foi testada e validada.

Conforme indicou Navarro (1992), a avaliação de um programa envolve dois tipos de atividades: a) a produção de informações referente ao seu andamento e produtos b) o estabelecimento de um juízo de valor a respeito do mesmo. Considerando essa premissa, a presente investigação envolveu ambas as atividades: agregou informações úteis sobre a operacionalização e resultados do GCC bem como respaldou a conclusão de que a estratégia constitui uma boa prática de gestão, podendo ser adotada por OPS e demais organizações.

Cabe observar que, segundo Campos *et al.* (2009), a falta de escala de operação compromete e até mesmo inviabiliza as pequenas operadoras, principalmente, por dois motivos: a) a alta despesa administrativa em relação à receita e a absorção, por essa, de grande parte do resultado b) a diluição insuficiente do risco visto que um sinistro de alto custo pode gerar enormes transtornos financeiros. Ou seja, o nível de incerteza diminui à medida que aumenta o tamanho da população assistida ou o número de beneficiários das OPS. Conforme a classificação da ANS, a SAUDE SISTEMA é uma OPS de médio porte logo, a realização do programa torna-se ainda mais estratégica já que reduz o risco da ocorrência de sinistros de alto custo e que direciona-se à abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves.

5.2 LIMITAÇÕES

Esse trabalho possui algumas limitações associadas, especificamente, à abrangência do tema e à disponibilidade de informações.

As principais limitações foram:

1. Apuração do custo assistencial pós programa de um semestre e não de doze meses conforme recomendado pela DMA (2004, 2006);

Devido aos prazos para a realização da pesquisa, não foi possível aguardar o encerramento da competência do 1º semestre de 2012 para se proceder à avaliação do impacto do GCC na redução do custo assistencial dos pacientes crônicos mais graves. Salienta-se, que o relatório do “histórico de custo assistencial” deve ser gerado de oito em oito meses para que todo o faturamento seja contemplado no mesmo. Essa definição visa garantir que o custo assistencial total será agregado ao relatório.

2. Apuração do custo assistencial total, não tendo sido avaliadas as suas componentes individualmente (consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações);

O relatório atualmente gerado pela sistema de informação Saturno da SAUDE SISTEMA fornece apenas o custo assistencial total, não segregando os custos por suas componentes (consultas, exames, atendimentos ambulatoriais e internações). Esse fato, restringiu, relativamente, as comparações com os resultados elencados por outros estudos citados no item 4.4. Observa-se que o sistema de informação da OPS ainda não possui um módulo específico para a gestão dos programas de promoção da saúde ora realizados, pelo que os relatórios gerados para esse fim não são adaptados a tais necessidades. Inclusive, esse foi o maior entrave na apuração dos custos anteriores ao 2º semestre de 2011.

3. Comparação tradicional das variáveis de custo através da avaliação dos resultados “antes x depois” do programa, não tendo como referencial um grupo de controle;

Apesar do valor que os estudos comparados com grupos controles têm junto à metodologia científica, o mesmo não foi constituído por duas razões: (a) massa de beneficiários símile aos pacientes atualmente acompanhados pelo GCC inferior a 100 indivíduos (b) aspectos éticos associados ao fato de se oferecer um benefício para apenas parte do público-alvo.

5.3 - CONTRIBUIÇÕES

São identificados os principais contributos que julgamos terem sido alcançados pelo cumprimento dos objetivos definidos:

A primeira contribuição é a própria revisão da literatura. A fundamentação teórica mostrou o resultado de uma revisão de literatura sobre as temáticas relacionadas ao problema de pesquisa em estudo que contribuíram com a realização do mesmo e com a construção do modelo de pesquisa adotado.

Outra contribuição é para a prática gerencial. O estudo de caso da SAUDE SISTEMA produziu dados valiosos resultantes da aplicação do GCC na abordagem dos pacientes crônicos mais graves constituindo assim, referencial para as OPS brasileiras. Inclusive, apresentou o QPVA_ instrumento de pesquisa não identificado na literatura disponível e capaz de identificar se o GCC agrega ou não valor ao produto (plano de saúde) no contexto em que é realizado.

Os dados obtidos através da aplicação do SF36 e da fórmula validada pela Federação das Unimed's de Minas Gerais, corroboraram, complementarmente, com os achados de outras pesquisas em que se avaliou a qualidade de vida e o custo assistencial, respectivamente.

5.4 SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Existe a consciência de que esse trabalho possui limitações e que representa apenas alguns dos resultados obtidos por meio do GCC na abordagem dos pacientes crônicos mais graves. As conclusões alcançadas são susceptíveis de revisão e de expansão através de outros estudos. Para além, sugere-se outras frentes de trabalho/ objetivos específicos:

- Verificar se há relação entre maior percepção de qualidade de vida, pelos pacientes acompanhados pelo GCC, e menor custo assistencial para a OPS;
- Avaliar o impacto do GCC no índice de sinistralidade da OPS visando aferir os resultados do programa no resultado financeiro global da OPS visto que a sinistralidade é obtida através da razão entre a receita total e o custos assistenciais totais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde. (2009). *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar* (3a ed.). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Agência Nacional de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. (2012). *Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar*. Brasília: Ministério da Saúde.

Albuquerque, S. (2003). *Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Cedecis.

Alcirole, G. (2006). *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec.

Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, A., Vasconcelos, A., Fonseca, T., Lebrão, M., e Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930. Recuperado em 15 de janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>

Andrade, F., Pereira, L., e Sousa, A. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(2), 271-276. Recuperado em 20 de janeiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200018&lng=pt&nrm=iso

Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp e Fiocruz.

Bahia, L., Luiz, R., Salm, C., Costa, J., Kale, P., e Cavalcanti, M. (2006). O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 951-965. Recuperado em 17 de janeiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1413-81232006000400017

Barañano, A. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão – Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Sílabo.

Barbetta, P. (2003). *Estatística aplicadas às ciências sociais* (7a Ed.). Santa Catarina: UFSC.

Barros, A., César, C., Carandina, L., e Torre, G. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil segundo a PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 911-926. Recuperado em 17 de janeiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1413-81232006000400014

Barry, P., e Robinson, B. (2001). A assistência de longo prazo baseada na comunidade. In E. Freitas e F. Xavier (Ed.). *Tratado de Gerontologia e Geriatria* (3a Ed., pp. 519-526). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Bernaberi, R., Franceco, L., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., Rubenstein, L., e Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316(2), 1348-1351. Recuperado em 28 de abril, 2012, de <http://www.bmj.com/content/316/7141/1348>

Bretas, L. (2007). Análise dos resultados obtidos através da intervenção interdisciplinar, no acompanhamento de pacientes monitorados por meio do serviço de atenção domiciliar da Unimed Governador Valadares, *Simpósio Brasileiro de Atenção Domiciliar do Hospital Israelita Alber Einstein*, São Paulo: SIBRAD.

Buss, M., e Ferreira, R. (2001). *Atenção primária e promoção da saúde (As cartas da promoção da saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 de janeiro, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf

Buss, P., e Carvalho, A. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, 2305-2316.

Campos, E., Borges, H., Gontijo, M., Oliveira, P., Chaves, S., e Gomes, C. (2008). *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte, MG: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico de Minas Gerais.

Campos, E., Borges, H., Gontijo, M., e Oliveira, P. (2009). *A cadeia de valor em saúde: uma proposta de reorganização da atenção na saúde suplementar*. Belo Horizonte, MG: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico de Minas Gerais.

Campolina, A., Dini, P., e Ciconelli, R. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(6), 2919-2925. Recuperado em 23 de janeiro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>

Carvalho, R., e Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 2029-2040. Recuperado em 02 de fevereiro, 2011, de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900007&script=sci_arttext

Castro, M., Caiuby, V., Draibe, S., e Canziani, M. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise validada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(3), 245-249. Recuperado em 19 de fevereiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300025

Celich, K., e Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades de vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 345-359. Recuperado em 13 de junho, 2012, de http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/art_3.pdf

Cervo, L., e Bervian, P. A. (1996). *Metodologia científica* (4a ed). São Paulo: Makron Books.

Chachamovich, E., Trentini, C., e Fleak, A. (2007). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea.

Cionelli, R. (1997). *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short – form health survey (SF-36)*. Tese de Doutorado, Escola Paulista de Medicina de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1990). Brasília. Recuperado em 20 de maio, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao.htm

Coutinho, W., Santos, G., Silva, M., Santos, C., Carreiro, D., Lafetá, J., e Coutinho, L. (2011). Correlação do nível funcional e da qualidade de vida entre idosos não diabéticos,

diabéticos e diabéticos neuropatas. *FDeportes Revista Digital*, 156, pp. 1-8. Recuperado em 13 de março, 2012, de <http://www.efdeportes.com/efd156/qualidade-de-vida-entre-idosos-diabeticos-neuropatas.htm>

Diogo, E., e Duarte, O. (2006). Cuidados em domicílios: conceitos e práticas. In E. Freitas e F. Xavier (Ed.). *Tratado de Gerontologia e Geriatria* (3a Ed., pp. 1122-1130). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Disease Management Association of America (2004). *Disease Management Program Evaluation Guide*. Washington: DMAA.

Disease Management Association of America (2006). *Outcomes guidelines reported*. Washington: DMAA.

Kirb, S., Sarah, D., Upali, J., e Harris F, M. (2010). Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. *BMC Health Services Research*, 10(216), pp. 1-8. Recuperado em 27 de dezembro, 2010, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/216>

Engler, T. (2007). *Como a economia pode favorecer a construção de uma velhice bem-sucedida*. In L. Neri (Ed). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 83-87). Campinas: Alínea.

Faleiros, P., e Afonso, A. (2008). Representações sociais da qualidade de vida na velhice para um grupo de idosos do projeto “Geração de ouro” da Universidade Católica de Brasília. *Serviço Social e Realidade*, 17(1), 37-44. Recuperado em 17 de fevereiro, 2011, de <http://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/571>

Ferguson, J., e Weinberger, M. (1998). Case Management programs in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 13(2), 123-126.

Filho, P., e Amaral, C. (2007). *Avaliação de Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos em Plano de Saúde do tipo Autogestão em Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Fireman, B., Bartlett, J., e Selby, J. (2004). Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*, 23(6), 63-75. Recuperado em 13 de agosto, 2012, de <http://content.healthaffairs.org/content/23/6/63.long>

Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., e Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. Recuperado em 13 de janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>

Freund, T., Kayling, F., Miksch, A., Szecsenyi, J., e Wensing, M. (2010). Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CDR32009100316]. *BMC Health Services Research*, 10 (112). Recuperado em 29 de janeiro, 2011, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/112>

Galera, F., Luís, V.. (2002). Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Revista Escola e Enfermagem*, 36(2), 141-147.

Giacomin, K., Peixoto, S., Uchoa, E., e Costa, M. (2008). Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(6), 1260-1270.

Gil, C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Guimarães, M. (2006). O envelhecimento: um processo pessoal? In E. Freitas e F. Xavier (Ed.). *Tratado de Gerontologia e Geriatria* (3a Ed., pp. 83-87). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Guyatt, H., Naylor, D., Juniper, E., Heyland K., Jaeschke, R., e Cook, J (1997). Users' guides to medical literature: how to use article about related quality of life. *Journal American Medical Association*, 277, 1232-1237.

Helge, G., Rolf, W., e Roar, J., (2007). Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 7(68), 1-9. Recuperado em 12 de abril, 2011, de <http://rd.springer.com/article/10.1186/1471-2458-7-68>

Hill, M., Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003* (Relatório de Pesquisa/2003), Rio de Janeiro, RJ, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 19 de janeiro, 2011, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/coeficiente_brasil.shtm#sub_download

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008* (Relatório de Pesquisa/2008), Rio de Janeiro, RJ, Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística. Recuperado em 19 de janeiro, 2011, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2010* (Relatório de Pesquisa/2010), Rio de Janeiro, RJ, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 19 de janeiro, 2011, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2010/brasilpnad2010.pdf>

Instrução normativa n. 2 de 07 de julho de 2010 (2010). Dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de assistência à saúde; revoga a Instrução Normativa Conjunta nº 001, da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE e da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, de 30 de dezembro de 2008; e altera a Instrução Normativa nº 24, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO, de 8 de dezembro de 2009. Recuperado em 16 de maio, 2012, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/instrucao-normativa/104666-2.html>

Júnior, E., e Paula, F. (2008). A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde [Versão eletrônica], *Fitness e Performance Journal*, 7, 123-129.

Lakatos, E. M., e Marconi, M. A. (2007). *Metodologia do trabalho científico* (7a Ed.). São Paulo: Atlas.

Lefreve, F., e Lefreve, C. (2004). *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent.

Lehmann, W., e Rabins, V. Gerontopsiquiatria clínica. In J. Gallo (Ed.). *Reichel Assistência ao Idoso* (5a Ed., pp. 139-146). Editora Guanabara Koogan.

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 de janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994 (1994). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 de janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm

Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Recuperado em 12 de janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm

Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (2000). Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 de janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm

Louro, M.. (2009) *Cuidados continuados no domicílio*. Tese de doutorado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Martins, T., Ribeiro, P., e Garret, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 131-148. Recuperado em 03 de fevereiro, 2011, de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a09.pdf>

Masson, A., Monteiro, I., e Vedovato, G. (2009). *Qualidade de vida e instrumentos para avaliação de doenças crônicas – Revisão de literatura*. Unicamp, 45-2006. Recuperado em 19 de fevereiro, 2011, de http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/foruns_interdisciplinares_saude/evolucao/evolucao_cap5.pdf

Mayhew, L. (2008). On the effectiveness of care co-ordination services aimed at preventing hospital admissions and emergency attendances. *Health Care Management Science*, 12(3), 269-284. Recuperado em 04 de janeiro, 2011, de <http://www.springerlink.com/content/b04173312x4g4347/>

Mendes, V. (2002). *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

Mendonça, L. (2008). *O ajuste neoliberal na política de saúde brasileira*. Recuperado em 16 de janeiro, 2011, de <http://www.webartigos.com/artigos/o-ajuste-neoliberal-na-politica-de-saude-brasileira/6992/>

Mendonça, M., Silva, H., Canto, S., Morales, M., Pinto, M., e Morales, R. (2008). Evaluation of the health-related quality of life in elderly patients according to the type of hip fracture: femoral neck or trochanteric. *Clinics*, 63(5), 607-612. Recuperado em 28 de abril, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18925319>

Minayo, S., e Sanches, O. (1993). *O Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?* Rio de Janeiro: Guanabara.

Ministério da Saúde (2006). *A construção do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Moineddin, R., Nie, J., Wang L., Tracy, S., e Upshurl, R. (2010). Measuring change in

health status of older adults at the population level: The transition probability model. *BMC Health Services Research*, 10(306). Recuperado em 13 de abril, 2011, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/306>

Montalto, M., Lui, B., Mullins, A., e Woodmason, K. (2010). Medically-managed Hospital in the Home: 7 year study of mortality and unplanned interruption. *Australian Health Review*, 34, 269–275.

Moraes, J., e Souza, V. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 302-308. Recuperado em 12 de fevereiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400009

Moragas, M. (1997). *Gerontologia Social – Envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas.

Mullahy, C. (1998). *The case manager's handbook*. Maryland: Aspen.

Navarro, C. (1992). *Evaluación de programas de salud y toma de decisiones [Manual]*. OPAS/OMS, Washington, 1-33.

Neri, L. (2007). *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. Campinas: Alínea.

O' Donnell, M. (2008). The Face of Wellness: Aspirational Vision Of Health, Renewing Health Behavior Change Process and Balanced Portfolio Approach to Planning Change Strategies. *American Journal of Health Promotion*, 23(2), 1-12.

Okin, R., Boccellari, A., Azocar, F., Shumway, M., O'Brien, K., Gelb, A., Kohn, M., Harding, P., e Wachsmuth, C. (2000). The effects of clinical case management on hospital

service use among ED frequent users. *The American Journal of Emergency Medicine*, 18(5), 603-608. Recuperado em 10 de maio, 2012, de [http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(00\)14944-7/abstract](http://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(00)14944-7/abstract)

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação – relatório mundial*. Brasília.

Paschoal, P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas e F. Xavier (Ed.). *Tratado de Gerontologia e Geriatria* (3a Ed., pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pimenta, F., Simil, F., Torres, H., Amaral, S., Rezende, C., Coelho, T., e Rezende, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(11), 55-60. Recuperado em 12 de fevereiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/21.pdf>

Portaria 687, de 30 de março de 2006 (2006a). Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de maio, 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf

Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006 (2006b). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 16 de fevereiro, 2012, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

Porter, M. (1985). *Vantagem Competitiva: criando e sustentando desempenho superior*. São Paulo: Campus.

Porter, M., e Teisberg, E. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos* (2 ed.). (C. Bazan, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 2006).

Resolução RDC/ANVISA n. 11, de 26 de janeiro de 2006 (2006). Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Recuperado em 17 de fevereiro, 2011, de http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf

Reis, C. (2007). *O neoliberalismo e a saúde*. Recuperado em 11 de outubro, 2011, de <http://classepolitica.blogspot.com.br/2007/12/o-neoliberalismo-e-saude.html>

Reis, F. L. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado*. Lisboa: Pactor.

Resolução Normativa n. 196 de 10 de outubro de 1996. (1996). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 13 de março, 2012, de <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>

Resolução Normativa n. 264, de 19 de agosto de 2011. (2011a). Dispõe sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças e seus Programas na saúde suplementar. Brasília: Ministério da Saúde.

Resolução Normativa n. 265, de 19 de agosto de 2011. (2011b). Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e

programas para Gerenciamento de Crônicos. Brasília: Ministério da Saúde.

Rodrigues, S. (2011). *A qualidade de vida dos idosos diabéticos portadores de amputação de MMII assistidos na unidade de clínicas médicas do hospital regional de Taguatinga/SES/GDF*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília, Brasília, Brasil.

Paulo, D., Miller, D., Clark, D., Weine, M., Harris, E., Lee, L., Isaac, M., Shaw, D., Azul, A., John, K., e J Marc, O. (2010). Preparing for an Aging Population and Improving Chronic Disease Management. *American Medical Informatics Association*, pp. 162-166.

Santos, R. (2006). Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52(5), 356-359.

Saude Sistema Assistencial Unificado de Empresas. (n.d). *Promoção da Saúde*. Recuperado em 29 de junho, 2012, de <http://www.saudesistema.com.br>

Saude Sistema Assistencial Unificado de Empresas. (n.d). *Solução completa em saúde para empresas*. Recuperado em 29 de junho, 2012, de <http://www.saudesistema.com.br>

Scoot, I. (2010). Public hospital bed crisis: too few or too misused? [Versão eletrônica], *Australian Health Review*, 34, 317-324.

Segre, M. e Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), p. 538-42. Recuperado em 24 de janeiro, 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>

Silva, P. (1998). As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In U. Karsch (Ed.). *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC.

Singer, A., Hopman, M., e Mackenzie, A. (1999). Physical functioning and mental health in patients with chronic medical conditions. *Quality of Life Research*, 8, 687-691.

Recuperado em 10 de outubro, 2011, de <http://www.springerlink.com/content/p356543247162226/>

Souza, F. (2004). *Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Stanton, W. (2008). The high concentration of U.S. health care expenditures. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 19, pp. 1-11. Recuperado em 06 de maio, 2012, de <http://www.ahrq.gov/research/ria19/expendria.pdf>

World Health Organization Quality of Life. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46, 1569-1585.

Tomita, N., Yoshimura, K., e Ikegami, N., (2010). Impacto f home and community-based services on hospitalisation and institutionalisation among individuals eligible for long-term care insurance in Japan. *BMC Health Services Research*, 10(245). Recuperado em 29 de janeiro, 2011, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/345>

Torres, G., Reis, L., Reis L., e Fernandes, M. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(2), 39-44.

Veras, R. (2006). Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In E. Freitas e F. Xavier (Ed.). *Tratado de Gerontologia e Geriatria* (3a Ed., pp. 140-146). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Wong, A., Johan, R., Polder, e Exel, J. (2010). Predictors of long-term care utilization by dutch hospital patients aged 65+. *BMC Health Services Research*, 10(110). Recuperado em 13 de abril, 2011, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/110>

World Health Organization. (2011). *Chronic diseases*. Recuperado em 23 de março, 2012, de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE VALOR ADICIONADO (QPVA)

Estamos empenhados em lhe proporcionar o melhor em saúde para que tenha uma vida com mais qualidade. Por isso, gostaríamos de saber a sua opinião com relação à alguns aspectos do plano de saúde. Assim, poderemos qualificar e até ampliar nossos serviços. A sua participação é valiosa para nós!

Procure ser objetivo ao responder as perguntas. As respostas são confidenciais portanto, não escreva o seu nome! Obrigada!

Paola Lanzalotta Marcelino

Gerente de Promoção da Saúde da SAUDE SISTEMA

Dados gerais:

Idade: _____ Sexo: () F () M Preenchido pelo próprio paciente? () Sim () Não _____
 Data de aplicação: ____/____/____ Cidade: _____
 Estado Civil: () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a) () Solteiro(a)
 Escolaridade: () 1º grau () 2º grau () 3º grau () completo () incompleto () Outra _____
 Situação profissional: () Em exercício () Afastado () Aposentado () Pensionista
 Renda familiar (em salários mínimos): () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () > 10

1. Ordene os itens abaixo pelo grau de importância que tiveram na sua escolha e/ ou manutenção do seu plano de saúde. (Atribua o número 1 ao item mais importante, 2 ao item de importância seguinte, 3 ao próximo, etc.)

ITEM	Grau de importância
1.1. Preço	
1.2. Qualidade global do plano	
1.3. Rede de serviços e prestadores credenciados	
1.4. Área de abrangência	
1.5. Cobertura dos procedimentos	
1.6. GCC – Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos (benefício)	

2. Você é portador de que patologias crônicas? (Assinale uma ou mais alternativas com um “X”)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Angina
<input type="checkbox"/> Arritmia
<input type="checkbox"/> Artrite
<input type="checkbox"/> Artrose
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> AVC (acidente vascular cerebral)
<input type="checkbox"/> Câncer
<input type="checkbox"/> Demência
<input type="checkbox"/> Depressão
<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)
<input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Hérnia discal
<input type="checkbox"/> Hipertensão
<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo
<input type="checkbox"/> ICC (insuficiência cardíaca congestiva)
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária e/ ou fecal
<input type="checkbox"/> ITU (infecção do trato urinário)
<input type="checkbox"/> Neuropatia
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Pneumonia
<input type="checkbox"/> Síndrome metabólica
<input type="checkbox"/> Transtorno psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Outra(s) |
|---|--|

3. Esperava receber, sem custo, o programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) como um benefício do plano de saúde?

Sim	Não
1	2

3.1. Como avalia essa iniciativa? (Assinale apenas uma opção com um “X”)

Excelente	Ótima	Boa	Regular	Ruim
1	2	3	4	5

4. Em que medida a oferta desse benefício influencia a sua satisfação com o plano de saúde? (Assinale apenas uma alternativa com um “X”)

Influencia muito pouco	Influencia Pouco	Não influencia	Influencia muito	Influencia bastante
1	2	3	4	5

4.1. Em que medida o programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) influencia a sua qualidade de vida? (Assinale apenas uma alternativa com um “X”)

Influencia muito e de forma positiva	Influencia razoavelmente e de forma positiva	Não influencia	Influencia razoavelmente e de forma negativa	Influencia muito e de forma negativa
1	2	3	4	5

4.2. Em que medida o programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) contribui com a resolução de suas necessidades básicas de saúde? (Assinale apenas uma alternativa com um “X”)

Contribui muito e de forma negativa	Contribui razoavelmente e de forma negativa	Não contribui	Contribui razoavelmente e de forma positiva	Contribui muito e de forma positiva
1	2	3	4	5

4.4. Em que medida o programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) influencia os seguintes aspectos da saúde: (Assinale cada alternativa com apenas um “X”)

	Muito pouco	Pouco	Não influencia	Muito	Bastante
Melhora clínica (caso tenha existido ou exista)	1	2	3	4	5
Melhora da autopercepção do estado de saúde	1	2	3	4	5
Redução das internações hospitalares	1	2	3	4	5

5. Imagine-se na situação de troca do seu atual plano de saúde. Você trocaria o seu plano de saúde por outro que **não** tivesse o programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) para lhe oferecer?

Sim	Não
1	2

5.1. Em que medida a existência do programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) pesaria na escolha do novo plano de saúde? (Assinale apenas uma alternativa com um “X”)

Pesaria bastante	Pesaria muito	Não pesaria	Pesaria pouco	Pesaria muito pouco
1	2	3	4	5

6. Qual a sua avaliação geral do programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC)? (Assinale apenas uma alternativa com um “X”)

Ruim	Regular	Boa	Ótima	Excelente
1	2	3	4	5

7. Assinale cada alternativa com um “X”:

	Sim	Não
7.1. O seu atual plano lhe gera segurança em saúde ?	1	2
7.2. A oferta do programa domiciliar de Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC) agrega valor ao plano de saúde tornando-o melhor perante outros planos?	1	2
7.3. Você pretende trocar de plano de saúde?	1	2

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final do documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da investigadora responsável. Em caso de recusa não será penalizado(a) de forma alguma.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: “O impacto do Gerenciamento de Casos Crônicos gestão dos custos, na melhoria da qualidade de vida e na geração de vantagem competitiva: o estudo de caso da brasileira SAUDE SISTEMA_ operadora de saúde de Minas Gerais”

Pesquisadora responsável: Paola Lanzalotta Marcelino

Telefone para contato: (31) 3524-6406.

O motivo que nos leva a estudar o problema é a importância do desenvolvimento das atividades do programa Gerenciamento de Casos Crônicos (GCC). O objetivo é averiguar os benefícios deste programa para os pacientes atendidos, seus respectivos familiares/cuidadores e para a SAUDE SISTEMA.

O procedimento de coleta de material se dará através da aplicação de 2 (dois) questionários por paciente atendido pelo GCC, sendo esses aplicados somente após a assinatura deste termo de consentimento. Os participantes serão abordados no próprio ambiente domiciliar.

O pesquisador tomará os devidos cuidados ao abordar os pacientes, familiares e cuidadores. Caso ocorra algum desconforto ou prejuízo comprovado pelo presente estudo, estes terão acompanhamento adequado até sua total recuperação.

Os benefícios relacionados com sua participação na pesquisa são de grande valia para comprovar a necessidade do desenvolvimento do programa GCC.

O período de sua participação será entre os meses de janeiro e maio de 2012, sendo completamente livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Investigadora responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu,

_____,
RG _____ CPF _____ n° da carteira do plano de
saúde _____, abaixo assinado, concordo em participar do
estudo “O impacto do Gerenciamento de Casos Crônicos na gestão dos custos, na melhoria
da qualidade de vida e na geração de vantagem competitiva: o estudo de caso da brasileira
SAUDE SISTEMA_ operadora de saúde de Minas Gerais”

Fui devidamente informado e esclarecido pela investigadora Paola Lanzalotta Marcelino
sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu
consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer penalidade ou
interrupção de meu acompanhamento, assistência, e/ou tratamento.

_____, de _____ de 20__.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do
sujeito em participar:

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____.

Nome: _____ Assinatura: _____.

APÊNDICE C – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Sistema Assistencial Unificado De Empresas

Belo Horizonte, 01 de agosto de 2011.

Prezado Dr. Walter Guimarães Pinto

Eu, Paola Lanzalotta Marcelino, enfermeira, portadora do CPF 076.934.566, RG MG 12.533.330, estabelecida na rua Capri, 133, Arquipélago Verde, CEP: 32.656-820, na cidade de Betim, cujo telefone de contato é (31) 9731-2531, pretendo desenvolver uma pesquisa cujo título é "O impacto do Gerenciamento de Casos Crônicos na gestão dos custos, na melhoria da qualidade de vida e na geração de vantagem competitiva: o estudo de caso da brasileira SAUDE Sistema_ operadora de saúde de Minas Gerais" sob a orientação da Prof.(a) Phd em Finanças Luísa Mafalda Ribeiro e sob a coorientação do Prof. Catedrático Carlos Machado dos Santos objetivando a obtenção do título de mestre em Gestão Empresarial pela UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar o impacto do GCC, na abordagem das condições crônicas dos pacientes mais graves, na redução do custo assistencial, na melhoria da qualidade de vida e no valor agregado pelo programa (geração de vantagem competitiva) para a OPS no caso particular do sistema de saúde brasileiro. Quanto aos objetivos específicos: mensurar se há redução do custo assistencial (composto pelas consultas, exames, admissões em serviços de urgência e emergência e internações); avaliar a percepção dos pacientes e familiares sobre o impacto gerado pelo GCC na sua qualidade de vida; avaliar a percepção dos pacientes e familiares sobre o valor agregado pelo GCC na manutenção do atual produto (plano de saúde) constituindo fonte de vantagem competitiva para a OPS; avaliar se a melhoria da qualidade de vida dos pacientes acompanhados pelo GCC impacta no aumento da percepção de valor agregado ao produto (plano de saúde) constituindo fonte de vantagem competitiva para a OPS e avaliar se uma maior percepção da qualidade de vida pelos pacientes acompanhados pelo GCC atua na redução do custo assistencial.

O instrumento metodológico central será o estudo de caso do tipo descritivo. Levantamento bibliográfico consistente; a extração do relatório de histórico do custo assistencial gerado pelo SATURNO de toda a população assistida pelo GCC (12 meses anteriores e 12 meses posteriores à inclusão no programa); o índice de sinistralidade da OPS dos anos de 2010 e 2011 e informações institucionais da empresa constituirão as principais fontes de dados secundários. Já os dados primários serão gerados pelo

Handwritten signature

método de inquérito através da aplicação dos questionários SF36 e QPVA na população assistida pelo programa, para avaliação da qualidade de vida e da geração de vantagem competitiva, respectivamente.

Enfim, gostaria de conhecer a dinâmica do seu programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, entrevistar profissionais das equipes e também alguns usuários além de coletar alguns dados (supramencionados) através do sistema de informação SATURNO. Acredita-se que as informações que serão desvendadas podem ser úteis para influenciar políticas, fortalecer as práticas exitosas e impulsionar o surgimento de novas propostas. Para isso, necessito de autorização de V. S^a para que possa realizar a pesquisa valendo-me, inclusive, da função de gerente de Promoção da Saúde por mim realizada na SAUDE Sistema_ instituição alvo do estudo de caso acima proposto.

Na oportunidade firmamos os compromissos: uso restrito dos dados para a pesquisa e divulgação dos seus resultados por meio de trabalhos técnico-científicos, colocando-os à disposição da instituição; a manutenção do anonimato absoluto dos beneficiários aderentes à pesquisa; o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, caso solicitado; inexistência de despesas ou compensações relacionadas à sua participação bem como a absorção de qualquer despesa adicional pelo orçamento da pesquisa.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimento e solicito a resposta a este pedido, através do Termo de Autorização que encontra-se em anexo para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Paola Lanzalotta Marcelino

Pesquisadora

método de inquérito através da aplicação dos questionários SF36 e QPVA na população assistida pelo programa, para avaliação da qualidade de vida e da geração de vantagem competitiva, respectivamente.

Enfim, gostaria de conhecer a dinâmica do seu programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, entrevistar profissionais das equipes e também alguns usuários além de coletar alguns dados (supramencionados) através do sistema de informação SATURNO. Acredita-se que as informações que serão desvendadas podem ser úteis para influenciar políticas, fortalecer as práticas exitosas e impulsionar o surgimento de novas propostas. Para isso, necessito de autorização de V. S^a para que possa realizar a pesquisa valendo-me, inclusive, da função de gerente de Promoção da Saúde por mim realizada na SAUDE Sistema_ instituição alvo do estudo de caso acima proposto.

Na oportunidade firmamos os compromissos: uso restrito dos dados para a pesquisa e divulgação dos seus resultados por meio de trabalhos técnico-científicos, colocando-os à disposição da instituição; a manutenção do anonimato absoluto dos beneficiários aderentes à pesquisa; o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, caso solicitado; inexistência de despesas ou compensações relacionadas à sua participação bem como a absorção de qualquer despesa adicional pelo orçamento da pesquisa.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimento e solicito a resposta a este pedido, através do Termo de Autorização que encontra-se em anexo para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Paola Lanzalotta Marcelino

Pesquisadora



ANEXO A - SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF36)

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Nome: _____ ID: _____ Sexo: _____

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

- 1- Em geral você diria que sua saúde é: **(score deverá ser invertido para o resultado, além de mudança os valores)**

Excelente (5)	Muito Boa (4,4)	Boa (3,4)	Ruim (2)	Muito Ruim (1)
1	2	3	4	5

- 2- Comparada há um ano atrás, como você se classifica sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

- 3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldades para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) curva-se, ajoelhar-se, ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

- 4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu	1	2

trabalho ou a outras atividades		
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou outras atividades	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas (**score deverá ser invertido para o resultado, além de mudança os valores**)

Nenhuma (6)	Muito leve (5,4)	Leve (4,2)	Moderada (3,1)	Grave (2)	Muito grave (1)
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)? **A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7. Se 7 = 1 e se 8 = 1, valor é (6) / 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor é (5) / 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor é (4) / 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da é (3) / 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o lor da é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor é (1). Se a questão 7 não for respondida, a questão 8: se (1), valor é (6) / se (2), o valor é (4.75) / se (3), o valor é (3.5) / se (4), o valor é (2.25) / se (5), valor é (1.0).**

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas respostas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6

(score deverá ser invertido para o resultado)						
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo? (score deverá ser invertido para o resultado)	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? (score deverá ser invertido para o resultado)	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? (score deverá ser invertido para o resultado)	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as ultimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações pra você?

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a)Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b)Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço (score deverá ser invertido para o resultado)	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) minha saúde é excelente (score deverá ser invertido para o resultado)	1	2	3	4	5