



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

Joab Cardoso de Alcântara

**MAPEAMENTO DA CADEIA DE VALOR POR CONDIÇÕES DE SAÚDE EM UM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DO EXÉRCITO BRASILEIRO NA AMAZÔNIA**

Dissertação

Porto Velho

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA

ALCÂNTARA, Joab Cardoso de

C144e Mapeamento da cadeia de valor por condições de saúde em um Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro na Amazônia. / Joab Cardoso de Alcântara – Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR, 2010
66 p. ; 30cm

Tese (Mestrado) – Fundação Universidade Federal de Rondônia – Unir - Programa de Pós Graduação: Mestrado em Administração.
Orientação: Prof. Dr. José Moreira da Silva Neto

1 Cadeia de valor. 2 Gestão de Serviços. 3 Serviço de saúde. 4 Administração. I Autor. II Título

657.1: 06.046.1

CRB 11/576

JOAB CARDOSO DE ALCÂNTARA

**MAPEAMENTO DA CADEIA DE VALOR POR CONDIÇÕES DE SAÚDE EM UM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DO EXÉRCITO BRASILEIRO NA AMAZÔNIA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Mestrado em Administração (PPGMAD) da Universidade Federal de Rondônia como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Administração com concentração na área de Controladoria de Organizações.

Orientador: José Moreira da Silva Neto, Dr.

PORTO VELHO
2010

JOAB CARDOSO DE ALCÂNTARA

**MAPEAMENTO DA CADEIA DE VALOR POR CONDIÇÕES DE SAÚDE EM UM
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DO EXÉRCITO BRASILEIRO NA AMAZÔNIA**

Dissertação julgada adequada pela comissão examinadora, para obtenção do **Título de Mestre em Administração** e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação - Mestrado em Administração (PPGMAD) da Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Porto Velho, 19 de novembro de 2010

Prof. Dr. Osmar Siena

Coordenador do Programa de Pós Graduação
Mestrado em Administração - PPGMAD

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Moreira da Silva Neto – (Orientador)

Programa de Pós Graduação Mestrando em Administração - PPGMAD / UNIR

Prof^a. Dr^a. Maria Berenice Alho da Costa Tourinho (Membro Interno)

Programa de Pós Graduação Mestrando em Administração - PPGMAD / UNIR

Prof. Dr. Manuel Antônio Valdes Borrero- (Membro Externo)

Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR

*A minha esposa Ana Paula e minha filha Mariana,
com todo amor e carinho.
A meus queridos pais, Pr. José Alcântara e Profª Jaci,
pelo exemplo de conduta e zelo pela boa educação.
A meus irmãos pela dignidade inspiradora.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por me prover saúde e equilíbrio para conduzir este trabalho.

Ao Tenente Coronel Accioly, Diretor do Hospital de Guarnição de Porto Velho, por permitir a realização desta pesquisa na instituição que ora dirige e por demonstrar de maneira sábia a visão firme e humana da Medicina Militar, bem como aos servidores dessa instituição que colaboraram na pesquisa, a todos meu muito obrigado.

A meu orientador, Prof. Dr. Moreira, cujo conhecimento, visão e atitude educadora inspiram a confiança necessária a todos os seus orientados, sem o qual certamente não teria concluído este trabalho.

À Prof^a. Dra. Berenice e Prof. Dr. Manuel Valdes, membros da banca examinadora deste trabalho, que contribuíram de maneira significativa para o aperfeiçoamento do mesmo.

Aos colegas do PPGMAD que me apoiaram nesta jornada, particularmente ao Vilmar, André e Rodrigo Trentin, por meio dos quais agradeço a toda a turma.

A todos os professores e servidores da UNIR que direta ou indiretamente contribuíram para os resultados alcançados no Programa.

ALCÂNTARA, Joab Cardoso de. **Mapeamento da Cadeia de Valor por condições de saúde em um Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro na Amazônia**. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós Graduação – Mestrado em Administração (PPGMAD) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) 66 p. Porto Velho, 2010.

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho consistiu em mapear a cadeia de valor para determinadas condições de saúde, contribuindo para a gestão estratégica de serviços e atividades de uma Organização Militar de Saúde, em face de sua demanda potencial de usuários. O arcabouço teórico que fundamenta o estudo está baseado na ideia de cadeia de valor orientada por determinadas condições de saúde, adaptada a uma organização sem fins lucrativos. Para alcançar os objetivos propostos foram realizadas as seguintes pesquisas: a primeira do tipo exploratória, identificação da demanda potencial de usuários da organização; a segunda igualmente exploratória, verificação da percepção sobre os serviços atualmente ofertados pela organização e a terceira descritiva: pesquisa junto aos profissionais de saúde, relacionada a duas condições específicas, litíase e lesão de joelho, buscando identificar quais atividades fazem parte do ciclo de atendimento de cada uma dessas condições. Os dados foram coletados por meio de observação, questionários e entrevistas estruturadas e após serem analisados qualitativamente, foram consolidados por meio de um *framework* teórico para mapeamento de cadeia de valor. Os resultados apontam um grau de satisfação aceitável por parte dos usuários identificados, assim como uma expectativa de demanda elevada de serviços médico-hospitalares. Como principal resultado encontra-se o mapeamento de duas condições de saúde de relevância estratégica para a organização, que possibilitarão um acompanhamento mais adequado das ações e atividades nessa organização e sua comparação com outras instituições do mesmo nível. O mapeamento permitiu também identificar pontos de fragilidade na estrutura da unidade estudada quanto às atividades de prevenção, acompanhamento pós-atendimento e na formação de conhecimento sistematizado.

Palavras Chaves: Cadeia de valor. Gestão de Serviços. Serviços de Saúde.

ALCÂNTARA, Joab Cardoso de. **Mapping of Value Chain Value for Health Conditions in a Garrison Hospital of Brazilian Army in Amazônia.** Dissertação (Master's Degree). Program Graduate - Masters in Business Administration (PPGMAD) of the Federal University of Rondônia (UNIR) 66 p. Porto Velho, 2010.

ABSTRACT

The aim of this study was to map the value chain for certain health conditions, contributing to strategic management services in a Military Organization of Health, given its potential demand of users. The theoretical framework underpinning the study is based on the idea of the value chain driven by certain health conditions, adapted to a non-profitable ends organization. To achieve the proposed objectives were accomplished the following research, the first and second exploratory and third one descriptive: identification of the potential users of the organization's, assessment of the perceptions about the services currently offered and research among health professionals related to two specific conditions, "lithiasis" and "knee injury" in order to identify which activities are part of the cycle of care for each one of those conditions. Data were collected through structured interviews and analyzed qualitatively, after they have been consolidated through a theoretical framework for mapping the value chain. The results showed an acceptable degree of satisfaction identified by users as well as an expected high demand for medical and hospital services. The main result is the mapping of two health conditions of strategic importance to the organization, which will enable the monitoring of actions and activities, as well as its comparison with other institutions of the same level. The mapping also identified points of weakness in structure of the unit studied in relation to prevention activities, after-care management and in developing systematic knowledge.

Key Words: Value chain. Service Management. Healthcare Service.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Quadro esquemático da Cadeia Interna de Valor	27
Ilustração 2: Estrutura para mapeamento cadeia de valor	32
Ilustração 3: Estrutura para mapeamento da cadeia de valor adaptada	32
Ilustração 4: Relações da cadeia de valor	35
Ilustração 5: Modelo esquemático do delineamento teórico-empírico.....	36
Ilustração 6: Gráfico Percentual de atendimentos por especialidade	40
Ilustração 7: Gráfico de causas de atendimento	41
Ilustração 8 : Gráfico de percepção sobre segurança no atendimento.....	42
Ilustração 9 : Gráfico de percepção sobre a comunicação na equipe	43
Ilustração 10: Gráfico da percepção sobre informações prestadas.....	43
Ilustração 11: Gráfico da percepção sobre qualidade dos SADT	44
Ilustração 12: Cadeia de valor para a condição de saúde “litíase”	48
Ilustração 13: Cadeia de valor para a condição de saúde “lesão de joelho”	52
Ilustração 14 : Modelo de Orçamento e Medição de desempenho por condição de saúde	67

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Delimitação da questão.....	18
1.2	Objetivos.....	19
1.2.1	<i>Geral.....</i>	<i>19</i>
1.2.2	<i>Específicos</i>	<i>19</i>
1.3	Justificativa	19
1.3.1	<i>Inserção do tema à linha de pesquisa</i>	<i>19</i>
1.3.2	<i>Justificativa para abordar condições de saúde específicas.</i>	<i>21</i>
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	Gestão estratégica de serviços.....	24
2.2	Cadeia de valor	25
2.3	Evolução de estudos teóricos e empíricos sobre cadeia de valor na saúde	27
2.4	Mapeamento da cadeia de valor em saúde	29
2.5	Desenho teórico da cadeia de valor:.....	30
2.5.1	<i>Atividades primárias:.....</i>	<i>30</i>
2.5.2	<i>Atividades de suporte:.....</i>	<i>31</i>
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	Caracterização da pesquisa	33
3.2	Caracterização do <i>locus</i> da pesquisa.....	33
3.3	Delineamento teórico	34
3.4	Modelo teórico-empírico	35
3.5	Pesquisa de demanda por especialistas.....	36
3.6	Pesquisa junto aos usuários	37
3.7	Pesquisa junto aos profissionais de saúde	37
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
4.1	Identificação da demanda	40
4.2	Pesquisa de satisfação.....	41
4.3	Construção da cadeia de valor por condição de saúde.....	44
4.3.1	<i>Cadeia de valor em litíase.....</i>	<i>45</i>
4.3.2	<i>Cadeia de valor em lesões de joelho.....</i>	<i>49</i>
4.4	Atividades de suporte para as cadeias de valor	53
4.5	Análise da estrutura e alinhamento da cadeia de valor	54

4.5.1 Trabalho em equipe.....	55
4.5.2 Coordenação entre as atividades.....	55
4.5.3 Trato da informação.....	55
4.5.4 Instalações e arranjo físico	56
5 CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE “A” – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA PROFISSIONAIS DE SAUDE.....	62
APÊNDICE “B” - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO USUÁRIO.....	64
APENDICE “C” - MODELO DE PLANEJAMENTO DE RECURSOS	66

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com o estudo de questões relativas ao gerenciamento da assistência à saúde tem sido cada vez maior, considerando aspectos como o envelhecimento da população mundial e as fontes de financiamento para a saúde, assim como a evolução da tecnologia em medicina e a democratização no acesso aos meios mais eficazes de prevenção e tratamento, bem como a participação do Estado na atenção à saúde.

Do ponto de vista dos gastos com saúde, a preocupação se agrava quando observado, por exemplo, que o aumento das despesas públicas e privadas nesse setor ao longo dos anos não necessariamente reflete a melhoria dos indicadores relacionados à saúde. Países como os Estados Unidos e Alemanha praticamente triplicaram os percentuais de alocação de seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde, porém essa ação não tornou a assistência à saúde nesses países melhor do que em outros países desenvolvidos ou mesmo em países em grau menor de desenvolvimento (FERRAZ, 2008).

Mesmo em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, há o problema de uma parcela considerável da população não ter acesso aos serviços de saúde, apesar da existência de programas específicos para a população carente e para idosos. Adiciona-se a isso que, pelo custo crescente da medicina contemporânea, muito acima da inflação média em seus países, parcelas cada vez maiores da população estão ficando à margem do acesso ao estado da arte da ciência médica (PORTER E TEISBERG 2007).

Ao mesmo tempo, a incorporação de novas tecnologias à medicina tem causado o que Porter e Teisberg (2007) chamam de “corrida armamentista na medicina”, onde os prestadores de serviço de saúde buscam demonstrar a qualidade de seus serviços por meio de novos equipamentos e estrutura dispendiosa, como forma de atrair mais pacientes. O que causa também um mal-estar nos profissionais da área. Estes se dizem prejudicados, por não conseguirem seguir as chamadas boas práticas, quando não têm à disposição o último lançamento; os demais atores, população, fabricantes e outros *stakeholders* disputam cada um para defender a sua posição no sistema (FERRAZ, 2008).

A despeito da própria incorporação de tecnologia, nem mesmo a avaliação de viabilidade tem sido passível de atendimento por parte dos órgãos governamentais de regulamentação oportunamente, pois cada *stakeholder* busca defender seus interesses. Os fabricantes desejam mais velocidade nos processos de regulamentação, a população com algum conhecimento a respeito de novas tecnologias deseja ter acesso ao que lhe parece adequado. (MALIK, 2009)

A transformação da medicina considerada artesanal em uma atividade altamente tecnológica, centrada em hospitais, multiprofissional e sob influência de um gigantesco complexo industrial criou uma série de desafios para a sociedade contemporânea. Entre estes, a despersonalização e massificação do atendimento médico, a fragmentação dos cuidados e a valorização exagerada da tecnologia em detrimento do raciocínio clínico. (BRANDT, 2009)

Outro aspecto relevante é a redução da assimetria de informações entre prestador de serviços de saúde e usuário do serviço, pois o usuário não busca apenas informações sobre sua situação de saúde, mas quais são as opções disponíveis para resolver o problema da maneira mais adequada. O usuário pesquisa os serviços oferecidos, a qualidade do atendimento prestado, alternativas para tratamento, entre outras informações. (ZENONE, 2009.)

As questões que envolvem a distribuição e priorização de recursos governamentais na saúde são temas relevantes, porém devem ser analisados no contexto socioeconômico onde estão inseridos, até mesmo pela variação entre os países e seus sistemas de financiamento onde o Estado subsidia parcialmente ou arca com despesas integrais decorrentes da assistência à saúde de seu povo.

Contudo, a análise estratégica da demanda e do fluxo operacional dos serviços, independentemente da origem dos recursos, é necessária para se atingir os objetivos de qualidade de vida e saúde de qualquer população ou segmento público ou privado.

Direcionando o foco da argumentação para o contexto empírico nas organizações de saúde, buscou-se uma abordagem aos principais desafios e obstáculos encontrados por profissionais técnicos e gestores dessa área, fruto de diálogos não estruturados com esses profissionais, dos quais surgiram diversos temas relevantes, percebendo-se algumas dimensões críticas, conforme elencadas a seguir.

Nos sistema de saúde atual, um dos maiores obstáculos a um serviço de alto desempenho é a visão focada em interesses individualistas, aliada à falta de confiança nos demais *stakeholders* do sistema. O profissional médico, por exemplo, buscando identificar e sanar alguma condição de saúde particular, tenta utilizar todos os meios diagnósticos e terapias disponíveis. Entretanto o sistema de autorização de exames e procedimentos tende a reduzir esse volume de solicitações por diversos motivos, entre eles o custo muitas vezes elevado, ou mesmo a crença de que a solicitação foi feita para satisfazer o desejo do cliente por uma quantidade desnecessária de exames.

Esse mesmo médico, por sua vez, solicita uma quantidade bem maior do que o necessário, pois o sistema de autorizações rejeita uma parte deles, gerando um ciclo de desconfiança e cortes irracionais de serviços importantes, o que certamente reduz o valor – em termos de benefícios – do serviço ofertado. Acrescente-se a isto a demanda de tempo e movimentações necessárias para a emissão de autorizações, marcação de agendas e disponibilidade de profissionais e equipamentos como fatores que agravam a condição de insatisfação em todos os níveis dos sistemas de saúde.

Quando se trata de transparência, outra série de obstáculos se impõe a um sistema onde o foco deve ser o usuário. Os resultados são apresentados de forma fragmentada e não consistente, ficando praticamente impossível distinguir onde estão os centros de excelência regionais ou nacionais, não pela falta de indicadores, mas pela tendência à adequação dos resultados às métricas dos indicadores apenas para satisfazer a uma determinada sistemática.

Essa falta de transparência pode estar associada ao fato de que muitas instituições simplesmente não atingem padrões de qualidade aptos a causar o nível de confiança esperado de uma organização que lida com um dos aspectos humanos mais valiosos que é a saúde.

Forçosamente, os órgãos públicos estão obrigados a prestar contas aos organismos de controle institucionais do Estado, porém isto não torna essas organizações mais transparentes do que instituições privadas, que por sua vez devem prestar contas a seus mantenedores, acionistas e clientes, nem tornam os resultados em saúde mais ou menos passíveis de mensuração.

Outro fator agravante para o sistema de saúde em geral são práticas de mercado abusivas, particularmente da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, que pelo alto grau de conhecimento incorporado em seus produtos e serviços, tendem a

comercializá-los por cenários de mercado protegidos e por reservas de mercado acordadas por meio de condutas até mesmo ilegais como a formação de cartel.

Certamente não está sendo criticado aqui o papel fundamental das indústrias que abastecem o sistema de saúde, sobretudo pela inovação que esses atores propiciam à qualidade de vida das pessoas pelo alto investimento em pesquisa e desenvolvimento, com a descoberta de novas drogas e técnicas, assim como o desenvolvimento de equipamentos cada vez menos invasivos, mais eficazes e precisos.

O que é posto em questão são as práticas antiéticas e protecionistas que criam uma cadeia negativa de interesses e ganhos desleais ao sistema como um todo, com *stakeholders* dominando e engessando todo um segmento de mercado em detrimento do atendimento às necessidades do usuário.

O acesso cada vez maior à informação é um fator que pode pôr em dúvida muitas vezes a competência do profissional médico, que se vê obrigado a atualizar-se sobre uma gama quase impossível de conhecimentos, estando sempre sob a pressão de órgãos de classe e de ameaças de processo que podem liquidar uma carreira cheia de expectativas.

Como um dos elementos fundamentais do sistema socioeconômico da assistência à saúde, os hospitais já foram considerados locais de isolamento social de moribundos e desprivilegiados, evoluindo para local de tratamento de doenças e busca por acompanhamento de condições de saúde. Entretanto existem disparidades tanto na qualidade do serviço ofertado, como nas instalações, pessoal e recursos.

Particularmente no Brasil, essas variações de qualidade podem ser fruto da distribuição de recursos em nível regional, notadamente com maior padrão de serviços e instalações nas regiões geográficas mais bem desenvolvidas economicamente. O padrão de serviços também pode variar em função do tipo organizacional, em se tratando de hospital público, ou sistema privado, social ou misto, no caso da origem dos recursos e das fontes de financiamento. Muito embora existam hospitais públicos de referência inclusive em pesquisa científica e existam clínicas e hospitais privados cuja qualidade do serviço não seja dignos da condição humana.

Ainda nesse sentido, toda organização se estrutura em função do contexto em que está inserida, buscando prover aos usuários de seus serviços o máximo de resultado, mesmo

porque, segundo Porter (1989) a principal missão de qualquer organização é gerar valor para seus clientes.

A atenção à saúde é um tipo de serviço que tem um gerenciamento diferenciado, pois o maior detentor de conhecimento e poder de decisão está mais próximo do cliente, bem como o conhecimento detalhado da solução necessária e disponível está centrado no prestador. O usuário vê a maior parte do ciclo de atendimento como uma “caixa preta”, tendo que confiar cegamente no profissional que o está atendendo e nas soluções propostas.

A prestação de serviços de saúde normalmente é centrada no profissional, na oferta e disponibilidade do especialista. Atualmente, com a visão da saúde como um negócio e dada a crescente oferta de serviços diferenciados e customizados, a ideia predominante é a de que a atenção em saúde deve ser voltada totalmente para o paciente ou usuário do serviço.

Segundo Corrêa e Gianese (1996) os serviços médicos “são exemplo de serviços avaliados pelos clientes principalmente através do critério da competência. Quanto mais complexas as necessidades dos clientes, mais estes estão buscando alta competência do fornecedor de serviço”. Essa característica de complexidade demonstra ainda mais a necessidade de um gerenciamento eficiente de recursos que consiga atingir às expectativas do usuário, dentro da capacidade e do limite do conhecimento médico no estado da arte.

Uma vez que a gestão da adequação das capacidades organizacionais frente à oscilação da demanda é um fator determinante para o sucesso na gestão de serviços, os autores acima orientam para alguns pontos considerados estratégicos nesse tipo de atividade, com destaque para: a avaliação da capacidade instalada e previsão de necessidades futuras, a avaliação do impacto das decisões sobre a qualidade do serviço prestado e a seleção de alternativas para a obtenção de capacidade extra.

O ciclo de cuidado e atenção ao paciente é fragmentado e a responsabilidade pelo resultado costuma ser atribuído exclusivamente ao médico, não sendo compartilhada entre os outros participantes do processo, nem nos resultados positivos nem nos insucessos. A qualidade no atendimento é essencialmente um requisito que deve ser passível de mensuração, sobretudo do ponto de vista dos resultados. Nesse caso, qualidade da assistência em saúde é o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente (Institute of Medicine, 1990).

Considerando a estrutura fragmentada do atendimento, na qual na maioria das vezes o paciente deve deslocar-se ou ser deslocado para realizar exames complementares, ou mesmo a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), verifica-se a descontinuidade do acompanhamento e a perda da visão do ciclo completo de cuidado, ainda que a justificativa para o encaminhamento para clínicas e hospitais especializados seja a busca por um atendimento específico de maior qualidade.

O conhecimento na área médica é bastante diversificado e extensamente documentado quanto a procedimentos específicos ou técnicas sofisticadas. Entretanto existe uma lacuna quando se trata de acompanhar todo o ciclo de atenção ao paciente, considerando tanto as atividades médicas quanto de enfermagem, assistência social ou outras áreas de conhecimento necessárias, cujas atividades irão integrar o serviço mais amplo a ser oferecido ao paciente.

1.1 Delimitação da questão

Kerlinger (1980) afirma que “ao tentar resolver um problema, procuram-se soluções alternativas, meios diferentes de chegar-se ao núcleo do problema”. Assim, delimitando a questão central de estudo buscar-se olhar para as possíveis soluções que se apresentam.

A busca por melhores resultados na assistência à saúde e maior valor para o cliente está diretamente associada ao atendimento individualizado, haja vista que cada indivíduo possui necessidades de assistência diferenciadas. Da mesma forma, resultados excelentes só serão alcançados com a implementação de práticas de controle que permitam a identificação de oportunidades de melhoria.

Segundo Porter e Teisberg (2007) esse resultado em saúde só é possível mensurar no nível de “condição de saúde”, que designa qualquer condição que exija assistência integrada de profissionais e instituições de saúde. O termo doença ou enfermidade muitas vezes tem conotação depreciativa do ser humano e não se aplica a casos como gravidez e parto que, apesar de não se tratarem de doença, exigem cuidados integrados em saúde.

Compreendendo a necessidade de se oferecer melhor valor ao paciente, bem como buscar instrumentos para mensurar e melhorar a gestão da cadeia de valor, questiona-se:

Como desenvolver a cadeia de valor por condição de saúde que permita a gestão estratégica de serviços e atividades face à demanda potencial, para uma organização militar de saúde do Exército Brasileiro na Amazônia?

Não se trata aqui de um trabalho prescritivo ou normativo, pois, conforme afirmam Porter e Teisberg (2007) “a questão não é dizer quais atividades devem ser executadas e como, mas compreender o que de fato é executado”.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

O objetivo geral deste trabalho consiste em mapear a cadeia de valor para determinadas condições de saúde, contribuindo para a gestão estratégica de atividades e serviços de uma Organização Militar de Saúde, em face de sua demanda potencial de usuários.

1.2.2 Específicos

- a) Identificar a demanda potencial para as condições de saúde abordadas;
- b) verificar a percepção dos usuários sobre o nível dos serviços ofertados;
- c) mapear a cadeia de valor para duas condições de saúde específicas;

1.3 Justificativa

Para demonstrar a relevância do tema deste estudo, buscou-se relacionar dois aspectos quanto à adequação e importância do assunto pesquisado: a inserção do tema à linha de pesquisa e a justificativa da delimitação estabelecida.

1.3.1 Inserção do tema à linha de pesquisa

O estudo da controladoria nas organizações está relacionado à evidenciação de vetores de causa e efeito, mapeamento e comunicação das dinâmicas organizacionais no tempo e espaço. Neste estudo utiliza-se instrumento para o mapeamento de atividades que geram valor, e como tal, estão contidos em relações de causa e efeito num ambiente dinâmico que é a saúde.

A função controle é essencial em qualquer tipo de organização, em seus diversos níveis, pois está relacionada a assegurar que a missão e estratégia estejam sendo cumpridos, por meio de mecanismos e sistemas desenvolvidos especialmente para esse fim. Como afirmam Anthony et al (1995), a controladoria atua nos diversos níveis e estruturas organizacionais, provendo informações relevantes aos controles estratégico, gerencial e operacional.

A expansão do conhecimento sobre a criação de valor na saúde deve ser estudada sob a ótica da gestão das organizações, uma vez que se trata de um campo de trabalho cuja produtividade depende, entre outros fatores, do conhecimento médico especializado, do emprego de materiais e meios tecnológicos adequados, organizados sob o arranjo organizacional apropriado. Corroborando, afirmam Bobel e Martis, (2009) “como o progresso na saúde evolui na tecnologia, na área médica e na gestão, a fronteira da produtividade alterna entre estas. Assim, implementar as melhores práticas de gestão pode permitir aumentar a qualidade sem aumentar custos”.

Porter e Teisberg (2007) afirmam que a competição na área de saúde por melhores resultados deve ocorrer no âmbito geográfico regional e nacional, assim, vislumbra-se a necessidade de mensuração do processo de atendimento à saúde no âmbito regional, cujo estudo busque conhecer o caminho percorrido para o atendimento em determinadas condições de saúde.

Os estudos que buscam parâmetros de mensuração de qualidade e produtividade na área de saúde são numerosos, tratando de eficiência no uso de recursos, taxa de mortalidade, ganho de anos de vida, entre outros. Porém quando se aborda a mensuração sob o ponto de vista de “condição de saúde”, são escassos os trabalhos que abordam métricas de padrões de atendimento discriminado pelo parâmetro que realmente gera valor para o paciente: a melhora de sua saúde em uma dada condição.

A contribuição deste trabalho é no sentido de conhecer e organizar o processo de atendimento em saúde, cujo conhecimento em nível de conteúdo e procedimentos está devidamente fundamentado nos protocolos médicos e literatura específica, embora no nível de gestão do processo transversal não encontre a mesma base solidificada e voltada para a melhoria.

Sobre essa necessidade de documentar a assistência à saúde, Porter e Teisberg (2007) afirmam que “documentar o processo de prestação dos serviços de saúde é uma pré-condição para mensurar o valor e realizar melhorias”, demonstrando a necessidade de se estabelecerem parâmetros de excelência para esses serviços.

Reforçando a ideia da necessidade de maior aplicação da ciência gerencial sobre a atenção à saúde, esses autores chegam a afirmar que:

“[...] existem oportunidades para grandes melhorias no valor da assistência à saúde através de novas tecnologias na medicina. No entanto, mais importante ainda serão novas maneiras de se organizar, mensurar e gerenciar a prestação dos serviços de saúde ao longo de todo o ciclo de atendimento [...], fazendo um uso mais eficaz da atual ciência médica.” (2007, p. 99).

A abordagem por condição de saúde permitirá à organização desenvolver métricas reais de atendimento em qualidade e produtividade, além de prover subsídios significativos para a apuração de custos realistas, atendendo às exigências governamentais e aos princípios da transparência, *accountability* e *compliance*.

1.3.2 Justificativa para abordar condições de saúde específicas.

Para delimitar quais as condições de saúde a serem mapeadas e analisadas neste trabalho, entre as inúmeras possíveis, é importante conhecer o público de usuários atendidos pelo hospital estudado, classificando-o basicamente em dois grandes grupos:

a) Servidores da ativa: neste grupo estão englobados os militares e servidores civis da ativa dos três comandos militares (Exército, Marinha e Aeronáutica).

b) Família militar: refere-se não somente aos familiares diretos dos militares, familiares de servidores civis, bem como aos militares na inatividade (aposentados ou reformados) e pensionistas – dependentes de militares já falecidos.

Uma vez segmentado o público nesses dois grandes grupos, pode-se avaliar também o nível de independência da organização nas especialidades disponíveis, em relação às interações com outras Organizações Civis de Saúde (OCS), sobretudo em relação a meios de diagnóstico, intervenção e acompanhamento, viabilizando conhecer a cadeia de valor no nível organizacional.

A interação com outras OCS tornaria demasiado complexa a avaliação do serviço como um todo e as inter-relações entre as atividades, limitando o espectro de atuação dos gestores para a identificação de desvios e melhoria do valor entregue. A partir deste trabalho poderão ser elaborados estudos mais amplos com a perspectiva inter-organizacional, o que não é foco deste.

O conhecimento da demanda por especialidades médicas é também um fator chave neste estudo. Um levantamento junto ao Setor de Arquivo Médico e Estatística da organização foco desta pesquisa permitiu verificar que o atendimento por clínico geral responde em média por 26,37% dos atendimentos, dificultando a identificação de qual condição de saúde estaria mais ligada a esse tipo de atendimento.

Mais especificamente, as especialidades de ortopedia (23,24%), oftalmologia (13,73%), cardiologia (12,27%), e urologia (8,36%) respondem juntas por mais de 57% de todo o atendimento hospitalar, o que demonstra a relevância dessas especialidades.

Conhecendo as especialidades que mais geram atendimento e o perfil dos usuários principais da organização, deve-se levar em conta também o grau de independência do Hospital em relação aos serviços de Organizações Civis de Saúde (OCS).

Desse modo, foi constatado que entre essas, as duas especialidades cujo ciclo de atendimento se dá em sua maior parte na própria organização são a ortopedia e a urologia.

Em relação ao público “servidores da ativa” considera-se prioritário conhecer a cadeia de valor em ortopedia, área da medicina que estuda os problemas de ordem osteomusculares, tendo em vista sua atuação para prover maior disponibilidade e higidez física a esse perfil de pacientes e maximizar a operacionalidade e disponibilidade do pessoal. A condição de saúde a ser mapeada e analisada nesta especialidade é a lesão de joelho, identificada pelos especialistas previamente consultados como uma das maiores causas de afastamento das atividades laborais.

Em relação ao público “família militar”, busca-se conhecer a cadeia de valor em condições de saúde relacionadas com problemas urológicos, tanto no segmento masculino ou feminino. Conforme consulta aos especialistas nessa área, a condição de saúde passível de análise com maior propriedade seria a litíase urológica, ou cálculo, uma condição de saúde

causada pelo acúmulo de substâncias cristalizadas nos órgãos do trato urinário, levando a formação de pequenos cristais ou “pedras” como são conhecidos coloquialmente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Passa-se a relacionar os principais conceitos e teorias necessários à compreensão do tema e delimitação do escopo da pesquisa no âmbito teórico-empírico, tratando especificamente da gestão estratégica de serviços e da cadeia de valor em saúde.

2.1 Gestão estratégica de serviços

Conforme entendem Lovelock e Wrigth (2001), “serviço é um ato ou desempenho que cria benefícios para clientes por meio de uma mudança desejada para o usuário ou consumidor”. Essa definição traz consigo implicitamente duas características que podem ser utilizadas para diferenciar serviços e produtos ou bens físicos, conforme afirmam esses autores: a intangibilidade e a participação do cliente no processo.

Essa ideia também é reforçada por Nogueira (2008), que acrescenta as características de variabilidade - o serviço varia em características e valor percebido pelo usuário a cada interação, e inseparabilidade - não se dissocia a produção e o consumo do serviço em momentos distintos. Todavia esse autor afirma que o serviço é também um tipo de produto, pois consiste em elemento de troca entre determinada organização e a sociedade para atender a uma necessidade desta última.

Por essas características, a prestação de serviços de um modo geral requer decisões estratégicas específicas, particularmente no que diz respeito ao planejamento de recursos e capacidade para a execução de suas atividades, uma vez que não se pode produzir, armazenar e transportar o volume de serviços demandados (Lovelock e Wrigth, 2001).

Quanto à capacidade de atendimento, Correa e Gianesi (1996) afirmam que alguns pontos estratégicos são relevantes no gerenciamento e utilização dessa capacidade, dos quais se destacam: a avaliação da capacidade atual e previsão de necessidade de aumento; identificação de formas de alteração a curto, médio e longo prazo; formas de alterar a demanda; impactos relacionados à qualidade do serviço; e avaliação econômica, operacional e tecnológica para o incremento de capacidade.

Como alternativa considerada eficaz na gestão dos processos de serviços, a Gestão Baseada em Atividades – (ABM) do termo em inglês *Activity-Based Management*, apresenta-se como uma solução na busca por um acompanhamento mais efetivo do uso de recursos e no desempenho dos processos e das divisões organizacionais (Kaplan e Cooper,1998). Ainda segundo esses autores, esta ferramenta de gestão propicia à organização informações relevantes quanto ao consumo dos recursos, o que impulsiona a organização a conhecer a capacidade detalhada de cada recurso, quais atividades e processos têm maior taxa de consumo de recursos e os resultados de cada atividade.

A Gestão Baseada em Atividade está calcada em três pilares de funcionamento, que são a gestão por processos, o custeio baseado em atividades - *Activity Based Cost* – (ABC) e a melhoria contínua (NAKAGAWA,1994).

Muito embora seja tratado frequentemente como uma ferramenta de gestão de custos, por estar fortemente embasada no método de custeio ABC, a ABM permite explorar num contexto muito mais amplo, inclusive, o processo de planejamento de recursos orçamentários, conforme afirmam Kaplan e Cooper (1998). Conforme esses autores sugerem, o orçamento baseado em atividades é semelhante ao custeio por atividades de modo inverso, ou seja, a partir das demandas por serviços chega-se às demandas por recursos.

2.2 Cadeia de valor

A ideia de cadeia de valor tornou-se consagrada a partir dos estudos do economista Michael E. Porter (1989), para designar toda a cadeia de produção desde a entrada com materiais no ciclo até a saída do produto ou serviço final ser utilizado pelo consumidor. A expressão valor nesse trabalho significa que cada atividade ou *input* ligado à cadeia deve agregar valor ao status anterior do produto. Este conceito está ligado à ideia de valor agregado, proveniente da Ciência Econômica, definido pela diferença entre o preço do produto ou serviço praticado no mercado menos os custos dos insumos utilizados na produção.

Valor em saúde é conceituado pelos autores como o resultado em saúde por unidade de monetária despendida. Assim, uma vez que o resultado se dá pela condição de saúde, os instrumentos para mensuração de resultado devem igualmente se referir a essa condição atendida. Entretanto, o conceito de valor adotado neste trabalho será o de benefícios

efetivamente entregues ao usuário, direta ou indiretamente, em cada atividade e no somatório de todas elas.

Porter e Teisberg (2007) afirmam que “ao se medir o valor, os resultados para o usuário são multidimensionais [...]. O tempo de recuperação, a qualidade de vida, o bem estar emocional durante todo o tratamento,” são aspectos que devem ser mensurados como ganho das atividades executadas, refletindo o valor do serviço.

Porter (1989) traz a consideração que conduz ao conceito de cadeia de valor, afirmando que esta “desagrega uma empresa nas suas atividades de relevância estratégica para que se possa compreender o comportamento dos custos e as fontes existentes e potenciais de diferenciação”.

Um conceito mais elaborado é afirmado por Shank e Govindarajan (1993), onde a cadeia de valor é definida como “o conjunto interligado de todas as atividades que criam valor, desde uma fonte básica de matérias-primas, passando por fornecedores de componentes, até a entrega do produto final às mãos do consumidor.” Observa-se que esses autores extrapolam os limites da empresa ao incluírem os fornecedores com parte da cadeia de valor.

Outros autores como Rocha e Borinelli (2006) apresentam a cadeia de valor como uma sequência de atividades que se inicia com a origem dos recursos e vai até o descarte do produto pelo último consumidor. Note-se que neste caso o uso da palavra produto deve ser ampliado a serviços, uma vez que este último não encerra seu ciclo pelo descarte, mas pelo atendimento efetivo a uma necessidade do usuário.

Basole e Rouse (2008), tratando da geração de valor em serviços, afirmam que valor na economia de serviços é conduzido e determinado pelo consumidor final e entregues por meio de uma complexa rede de relações diretas e indiretas entre atores de rede de valor. Argumentam também que a complexidade das redes de valor de serviço depende não só do número de atores, mas também sobre as probabilidades de que estes estejam envolvidos na entrega do serviço ao consumidor.

Nessa linha, podem ser descritos dois tipos de cadeia de valor para um determinado produto ou serviço, o primeiro diz respeito à rede de atividades produtivas no campo interno

da organização, ou seja, tudo aquilo de que esta se utiliza para transformar as entradas em resultados de valor maior, conforme visualizado na Ilustração 1, a seguir.



Ilustração 1: Quadro esquemático da Cadeia Interna de Valor
Fonte: Porter (1989)

O segundo tipo diz respeito às relações entre organizações envolvidas no fornecimento de insumos, tecnologia, logística ou atividades necessárias à entrega do produto ou serviço ao consumidor final. Este tipo de cadeia de valor está bem definido no estudo onde Burns e colaboradores (2002) estudaram durante três anos e meio a cadeia de valor nos serviços de saúde nos Estados Unidos, com foco em conhecer a cadeia de valor na logística de suprimentos para prestadores de serviço de saúde, onde verificaram a necessidade de maior integração da cadeia de suprimento por meio de tecnologia da informação como forma de maximizar a eficiência da cadeia de valor.

2.3 Evolução de estudos teóricos e empíricos sobre cadeia de valor na saúde

Porter e Teisberg (2007) estudaram com outros colaboradores o sistema de saúde americano e analisaram as principais implicações e transformações necessárias ao equilíbrio e otimização dos recursos para todos os participantes do sistema de prestação de serviço, fornecedores, prestadores, planos, governo e consumidores.

A despeito do alto custo cobrado por tratamentos de alta qualidade, esses autores afirmam que o mesmo deveria custar menos, pois em um ciclo de cuidados desse nível em uma unidade especializada o conhecimento está no estado da arte, existe economia de escala pelo volume de procedimentos e o tempo de internação e outros custos decorrentes de ineficiência do processo seriam reduzidos, sendo os resultados mais eficazes pelo acúmulo de experiência e conhecimento condição de saúde.

Nesse estudo, verifica-se ainda, que as organizações que buscam um posicionamento estratégico definido quanto a sua linha de serviços consegue obter diferenciação e aumentar a qualidade ao cliente. Para isso os autores sugerem a análise da cadeia de valor na prestação de

serviços de saúde (*care delivery value chain* - CDVC) como instrumento para delinear e analisar o processo de prestação do serviço como um todo, buscando maneiras de aumentar a qualidade e oferecer maior valor ao paciente.

Bulhman (2009) analisou a cadeia de valor em clínicas oftalmológicas na Suíça, observando que, uma vez que os resultados de hospitais e clínicas tornam-se públicos, essas organizações tendem a buscar melhorias em suas cadeias de valor e não apenas aguardam que o paciente se desloque até os prestadores para desenvolver melhorias a partir da solicitação. Esse autor pesquisou entre oito clínicas especializadas em oftalmologia quais já utilizavam, mesmo que empiricamente, as práticas da cadeia de valor. Constatou então que diversos especialistas já estavam adotando ou tinham intenção de adotar as práticas sugeridas por Porter e Teisberg (2007).

O trabalho de Teperi et al (2009) analisa o sistema de saúde Finlandês de acordo com os princípios do cuidado à saúde baseado no valor oferecido ao paciente. Uma das recomendações desse trabalho é a necessidade de criação de unidades de prática integrada para o bom funcionamento do sistema de saúde daquele país.

Teisberg e Wallace (2009) em seu estudo sobre um sistema de saúde de alto valor ressaltam a importância de se reorganizar o cuidado da saúde em equipes clínicas definidas pelas necessidades do paciente naquela condição de saúde como passo fundamental para se reestruturar o sistema de saúde como um todo, mensurando e publicando os resultados em saúde por equipe clínica buscando a identificação de *clusters* de excelência na área médica.

De Korne et al (2009) realizaram um estudo de caso no Rotterdam Eye Hospital, aplicando a abordagem de custos da qualidade e da Cadeia de Valor em Serviços de Saúde como forma de criar valor ao paciente no tratamento de glaucoma. Os autores observaram os benefícios advindos da economia de escala e ganho de experiência de um hospital que direciona seu foco para determinados tratamentos e provê maior valor ao usuário.

Bohmer (2010) afirma que, historicamente, as organizações em saúde têm sido estruturadas para maximizar a utilização de recursos como leitos, testes e salas de procedimento, independente do tipo de condição de saúde a ser diagnosticada e tratada, até mesmo em face do método de custeio e faturamento dos serviços de saúde. Segundo esse autor o foco principal da organização deve ser a identificação das tarefas, decisões e fluxos de trabalho cruciais para aperfeiçoar o atendimento.

Clark e Huckman (2009) estudaram os riscos e benefícios da especialização na indústria hospitalar na área cardiovascular, verificando evidências de que as complementaridades em áreas correlatas decorrentes de especialização são fontes de geração de valor para a organização e para o paciente.

No Brasil, Atik et Al (2009) examinaram os resultados da implantação de um modelo ao qual chamaram “modelo organizacional” em cirurgia cardiovascular no período de Janeiro de 2006 a Junho de 2007 no Instituto do Coração no Distrito Federal. O modelo baseou-se no trabalho multiprofissional integrado e centrado no paciente, condutas padronizadas e medicina baseada em evidências. Os resultados desse trabalho apontam para uma significativa melhora nos resultados cirúrgicos, com redução da mortalidade e eventos combinados (AVC, infarto agudo e insuficiência renal.)

Picot et al (2009) verificaram em um estudo de coorte a eficácia clínica e eficiência de custo da cirurgia bariátrica (redução de peso), comparando a técnicas não cirúrgicas de tratamento. Embora este estudo se trate apenas de uma modalidade de intervenção, não envolvendo o ciclo de cuidado como um todo, foi dado o enfoque a uma condição de saúde específica, no caso tratamento da obesidade para os casos do tipo severa ou mórbida.

Os resultados desse estudo apontam para rendimentos altamente eficazes clinicamente, porém o custo seria justificado pela efetividade do tratamento, dada a abordagem do alto custo do procedimento. Possivelmente se a abordagem desse trabalho fosse ao ciclo completo do cuidado baseado nas atividades necessárias, a curta duração de internações e a menor necessidade de redefinições no tratamento demonstrariam também a eficiência no custo.

Segundo Swensen et al (2010), a transformação da prática atual em saúde da era artesanal para uma era de cuidado pós industrial pode ser facilitada pela combinação de três elementos: cuidados padronizados, mensuração de desempenho e relatórios transparentes de resultados.

2.4 Mapeamento da cadeia de valor em saúde

Porter e Teisberg (2007) utilizam o termo “condição de saúde” para definir “doenças, males, lesões ou ainda circunstâncias naturais como a gravidez”. Assim, uma condição de saúde é definida como um conjunto de circunstâncias na saúde de um paciente que se beneficia de um tratamento dedicado e coordenado.

O valor ao paciente, conforme argumentam Porter e Teisberg (2007) “é a bússola que deve forçosamente guiar a estratégia e as escolhas operacionais de todo o grupo de prestadores, hospitais e clínicas”, ainda assim, mesmo que os prestadores ajam sozinhos no sistema, o potencial para melhorar o valor é enorme, agindo inclusive como catalisadores para todo o sistema de saúde. Esse valor, segundo os autores é gerado pela experiência, pela escala e pelo aprendizado do prestador sobre determinada condição de saúde.

A prestação de serviços de saúde engloba um grande número de atividades, normalmente definidas e minimamente especificada no nível de procedimento médico. Entretanto existe a carência de uma perspectiva que permita visualizar e esclarecer, inclusive ao paciente, o ciclo de cuidado a partir de uma perspectiva integrada.

2.5 Desenho teórico da cadeia de valor:

O trabalho de Porter e Teisberg (2007), relaciona os tipos de atividades comuns ao atendimento de qualquer condição de saúde. Os autores enfatizam que essas atividades não esgotam as possibilidades e descrições possíveis, apenas agrupam de maneira a facilitar o desenho da cadeia para cada prestador, conforme as seguintes categorias:

2.5.1 Atividades primárias:

São atividades que ocorrem tipicamente em sequência ao longo do ciclo de atendimento, podendo ocorrer *loops* de retorno à etapa anterior, agregando valor à maneira que são incorporadas à cadeia. São elas: monitorar/prevenir, diagnosticar, preparar, intervir, recuperar, monitorar/gerenciar.

a) **Monitorar/prevenir:** compreende todas as atividades que busquem rastrear as circunstâncias do paciente e prevenir ou reduzir a gravidade de seu estado.

b) **Diagnosticar:** abrange não apenas uma, mas várias atividades como testes, avaliação por especialistas, análise do histórico, entre outras.

c) **Preparar:** refere-se ao conjunto de atividades de preparo que antecede qualquer tipo de intervenção ou tratamento.

d) **Intervir:** são as atividades do ciclo envolvidas em reverter ou minimizar uma determinada condição de saúde. É utilizado “intervir” ao invés de “tratar”, uma vez que a intervenção em si consiste em apenas uma parte do tratamento, que é mais amplo.

e) **Recuperar/reabilitar**: é o conjunto de atividades que se seguem à intervenção, buscando a restauração completa do paciente. Esse grupo de atividades deve possuir maior atenção quando da alta hospitalar, para que fiquem claras as responsabilidades e se busque atuar proativamente no gerenciamento da recuperação.

f) **Monitorar/gerenciar**: consiste em acompanhar a condição de saúde através do tempo, buscando minimizar re-ocorrências.

2.5.2 *Atividades de suporte:*

Agregam valor à cadeia ao longo de todo o ciclo, transversalmente, interagindo com algumas ou com todas as atividades primárias: desenvolver conhecimento, mensurar, informar, prover acesso.

a) **Prover acesso**: consiste na obtenção para o paciente de acesso a consultas, meios de diagnóstico, bem como a movimentação do paciente nas próprias instalações do prestador e deste para outros prestadores.

b) **Mensurar**: refere-se à avaliação constante das circunstâncias de saúde sob certos parâmetros pré-estabelecidos.

c) **Informar**: engloba as atividades relacionadas a notificar, instruir e prover aconselhamento contínuo.

d) **Desenvolver conhecimento**: diz respeito às atividades voltadas para o aprendizado de como melhorar os processos e resultados do atendimento.

A ferramenta de análise proposta por Porter e Teisberg (2007) está estruturada em dois tipos de atividades: as atividades primárias são aquelas que ocorrem de maneira sequencial, embora ocorram com frequência *loops* de *feedback* com para uma atividade anterior do ciclo de cuidado. As atividades de suporte ocorrem de maneira transversal a toda a cadeia e podem estar relacionadas a uma ou várias atividades primárias, conforme sugere a ilustração seguir.

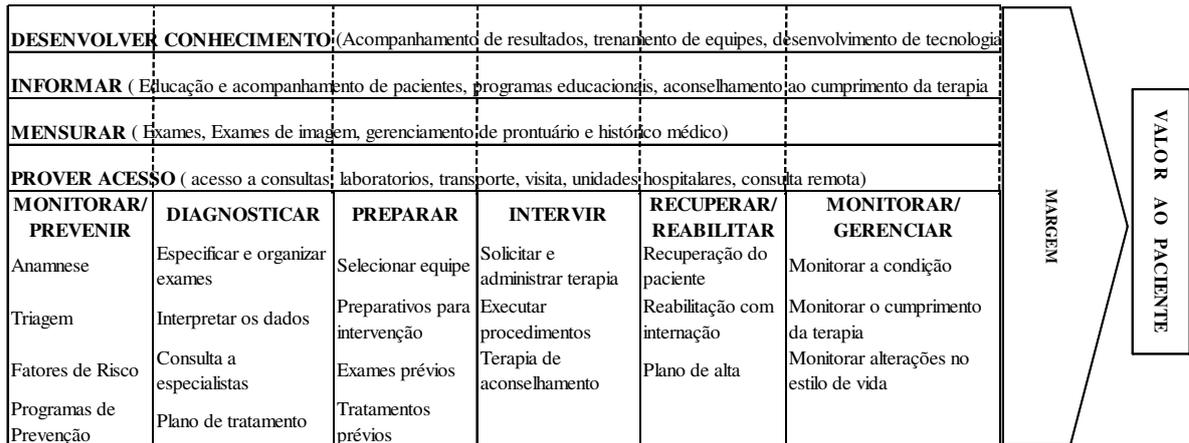


Ilustração 2: Estrutura para mapeamento cadeia de valor

Fonte: Porter e Teisberg (2007)

Conforme é enfatizado pelos autores, cada ciclo de atendimento pode variar de paciente para paciente, ou de uma condição de saúde para outra. Porém esses são os tipos que servirão de base para o delineamento de cada cadeia de valor em particular, a critério da organização ou da visão do observador.

Embora a Ilustração 2 apresente a estrutura para mapeamento proposta por Porter e Teisberg (2007) de uma maneira genérica, é necessário fazer uma adaptação já neste modelo, quanto ao atributo “margem” encontrado nesta figura, que se refere ao ganho do prestador em relação ao custo das atividades incorridas para a realização do serviço.

No caso de organizações públicas, sociais e do terceiro setor, por exemplo, este atributo pode ser substituído por “resultado”, em termos de atributos de saúde, uma vez que a margem de comercialização não está presente no modelo organizacional em questão, sem fins lucrativos.

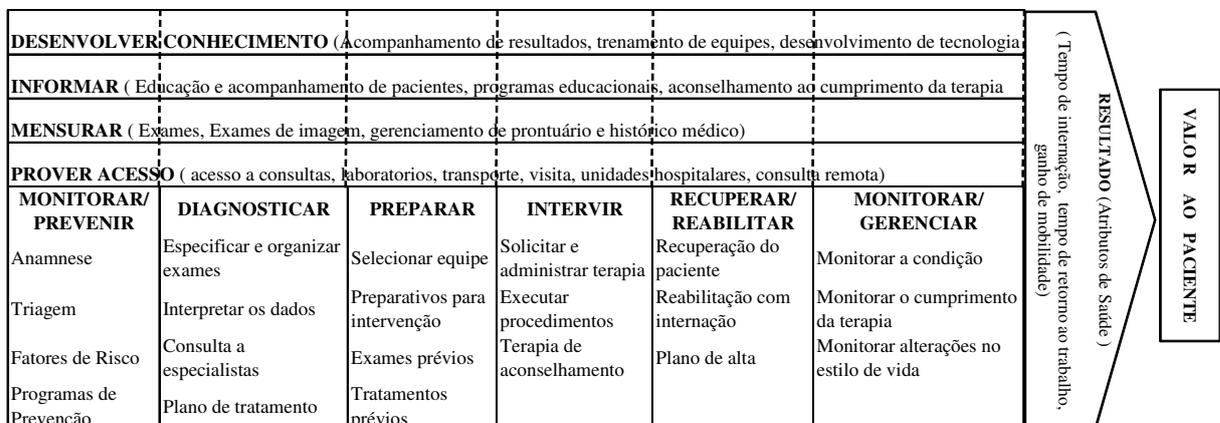


Ilustração 3: Estrutura para mapeamento da cadeia de valor adaptada

Fonte: adaptação do autor

3 METODOLOGIA

Estão relacionados neste capítulo a caracterização da pesquisa, seu delineamento e os meios e métodos necessários à solução do problema de pesquisa proposto.

3.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa está classificada conforme proposto por Gil (2002), de acordo com a seguinte categoria: quanto à natureza, como pesquisa aplicada, pois os conhecimentos gerados estão voltados para a aplicação prática e para solucionar problemas específicos. Quanto aos objetivos: exploratória e descritiva, por buscar proporcionar maior familiaridade com o problema. Quanto à abordagem: quali-quantitativa ou mista, dada a natureza dos dados a serem coletados e da forma de tratamento dos mesmos. Quanto aos procedimentos: trata-se de estudo de caso, que segundo Yin (2005) é considerado o mais adequado quando se procura responder questões do tipo “como” e “porque”.

3.2 Caracterização do *locus* da pesquisa

No Sistema de Assistência Médica aos Militares, Servidores Civis e Dependentes (SAMMED) do Exército Brasileiro, a oferta de especialidades de uma Organização Militar de Saúde (OMS) do Exército em tempo de paz está definida pelo Comando do Exército, de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos e da disponibilidade de profissionais na Instituição, tal oferta foi definida por meio da Portaria 726, de 7 de outubro de 2009.

A classificação dessas unidades se deu por meio da Portaria 727 de 7 de outubro de 2009, desde Posto Médico de Guarnição, unidade de menor variedade e quantidade de médicos, até o Hospital Central do Exército, organização de maior porte e complexidade. Na escala crescente entre estes dois, encontram-se Hospital de Guarnição Tipo I, II, III e IV, Hospital Geral e Hospitais Militares de Área.

Dada a infinidade de necessidades existentes na área de saúde, o sistema busca atender o máximo dos serviços não oferecidos na OMS por meio de contratos com Organizações Civis de Saúde (OCS), Profissionais de Serviço Autônomo (PSA) e encaminhamento para hospitais militares de maior capacidade e disponibilidade de meios.

A organização foco desta pesquisa enquadra-se como Hospital de Guarnição tipo III, com previsão de existência de especialistas e meios a atender a região de abrangência militar distribuída pelo Comando do Exército nos estados de Rondônia, Acre e parte do Amazonas.

A estrutura física e o *layout* são organizados tradicionalmente, com consultórios de atendimento ambulatorial, posto médico de pronto atendimento (emergência), unidade de internação com 30 leitos, centro cirúrgico, além de contar com um laboratório de análises clínicas. A estrutura lógica de atendimento varia de acordo com a condição de saúde a ser atendida e a disponibilidade de profissionais e meios para atender cada demanda em particular.

As especialidades e áreas de atuação previstas para um Hospital de Guarnição Tipo III são: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica médica, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria, Radiologia, Ultrassonografia, Dermatologia, Geriatria, Oftalmologia, Psiquiatria, Urologia e Infectologia.

3.3 Delineamento teórico

A cadeia de valor insere-se no contexto do atendimento à saúde como um elemento basilar para a transformação da visão de um serviço centrado no prestador e na oferta, no qual os usuários se valem do serviço oferecido no nível de qualidade em que se encontra, para uma visão baseada nas demandas, tendo o usuário como o centro de todo o esforço, no qual a adequação deve se dar por parte da estrutura organizacional, do arranjo produtivo e das capacidades disponíveis para as capacidades necessárias.

No contexto organizacional, a cadeia de valor em serviço de saúde está inserida num sistema mais amplo, onde estão também as atividades de apoio como gerenciamento de instalações, suprimento e contratos (manutenção, limpeza), ou ainda atividades administrativas, como gestão financeira e gestão de pessoas. Entretanto o foco principal da análise está nas atividades onde há interação direta com o usuário do serviço, onde poderá ser estudada a percepção do serviço recebido e suas interações com o serviço efetivamente prestado.

Por meio do delineamento da cadeia de valor para uma determinada condição de saúde ou de condições de saúde co-ocorrentes, a organização deverá ser capaz de analisar o serviço de maneira integrada, o que diferencia esta abordagem da maneira tradicional determinada por

intervenção particular ou serviço específico, cujo resultado é parcial em relação ao ciclo completo de atendimento.



Ilustração 4: Relações da cadeia de valor
Fonte: elaborado pelo autor.

As atividades na cadeia de valor devem ocorrer de maneira sincronizada e harmônica, de modo que não haja interrupções ou bloqueios que tornem o serviço como um todo deficiente. Desse modo, se consolida a afirmação de que “uma corrente é tão forte como cada um dos elos que a compõe” (GOLDRAT, 1986).

Cada organização possui implicitamente diversas cadeias de valor para seus serviços, porém não estão delineadas e formalmente estruturadas. Desse modo, cada atividade pode ser subdividida até o nível de análise adequado e de gerenciamento possível, de acordo com o grau de acuracidade e complexidade do procedimento. Cabe então organizá-la de forma que seja possível gerenciar e corrigir desvios do direcionamento do valor.

3.4 Modelo teórico-empírico

A operacionalização da pesquisa consistiu em três diferentes pesquisas conforme descrito a seguir:

- a) Pesquisa exploratória em dados primários, buscando identificar as especialidades de maior demanda na organização;
- b) Pesquisa exploratória para conhecer a percepção do usuário quanto ao valor do serviço prestado atualmente;
- c) Pesquisa descritiva junto aos profissionais de saúde da organização, a partir do modelo teórico de cadeia de valor, para mapear as atividades presentes no atendimento às condições de saúde selecionadas a partir dos resultados identificados na pesquisa inicial.

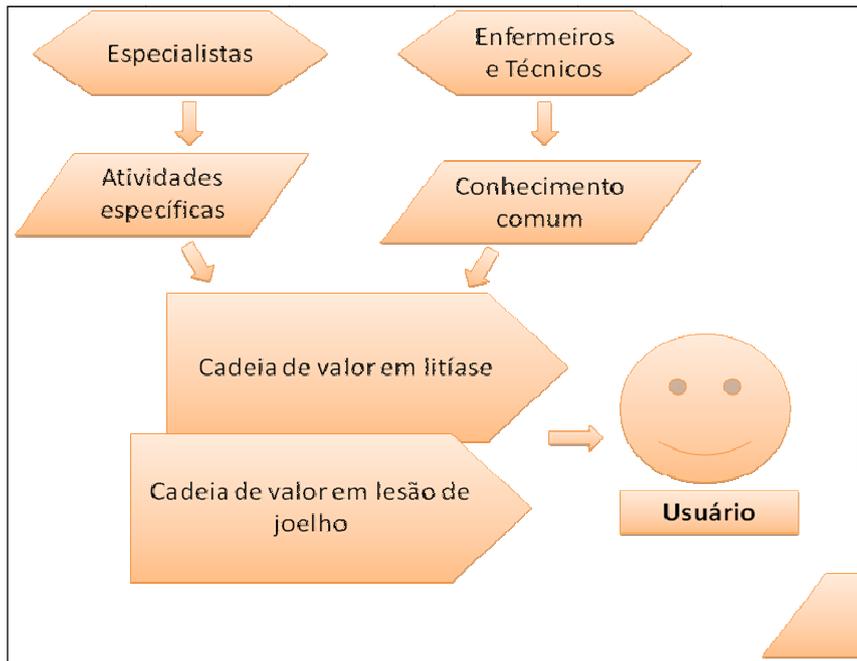


Ilustração 5: Modelo esquemático do delineamento teórico-empírico
 Fonte: elaborado pelo autor

3.5 Pesquisa de demanda por especialistas

A pesquisa pela demanda por especialistas consistiu na verificação junto ao Arquivo Médico e Estatística da organização o histórico de pacientes efetivamente no período de janeiro de 2008 a maio de 2010, registrados por especialidade. Nessa pesquisa foi identificar as especialidades de maior demanda e as condições decisivas para a escolha das condições de saúde que seriam abordadas.

Trata-se de dados primários, uma vez que não sofreram nenhuma análise estatística ou análise *a priori*, sendo apenas excluídas as especialidades contempladas após a reclassificação da categoria do Hospital, especificamente a otorrinolaringologia.

Buscou-se levantar, também, nesta pesquisa o total de usuários da organização, tendo em vista sua área de abrangência. Esta informação é relevante em vista da projeção de usuários futuros e do planejamento necessário para um atendimento satisfatório para a demanda potencial pelos serviços da organização.

3.6 Pesquisa junto aos usuários

Foram aplicados questionários a uma amostra de pacientes internados nos meses de abril, maio de junho de 2010 e que resultaram em intervenção cirúrgica, das duas especialidades-chave para as cadeias de valor estudadas – Urologia e Ortopedia.

A amostra compreende um número de 7 pacientes atendidos pela ortopedia, de um total de 37 possíveis, e um número de 9 pacientes atendidos pela urologia, de um total de 54. O total possível refere-se apenas aos pacientes submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica, não significando o número total de pacientes atendidos por essas especialidades no período.

Tal escolha intencional se justifica pela passagem do paciente por todo o ciclo de cuidado, incluindo pós operatório e acompanhamento em internação. A pesquisa por condição de saúde ficou prejudicada, uma vez que o prontuário do paciente é documento de classificação reservada e só pode ser acessado por médico, devidamente justificado e registrado seu acesso, ou pelo próprio paciente mediante requerimento.

O questionário aplicado ao usuário foi composto apenas de questões fechadas, composto de duas partes: o perfil do respondente e as questões relativas ao atendimento prestado ao usuário. Uma das restrições imposta a este instrumento é o fato de alguns processos e atividades serem transparentes ao usuário, ou seja, o resultado será percebido de maneira indireta, ou mesmo não será relevante para este.

O tratamento aplicado a esta pesquisa foi apenas de estatística descritiva, buscando demonstrar os aspectos mais relevantes da amostra pesquisada e dos principais achados, mesmo porque o número de respondentes não perfaz quantidade suficiente para uma análise estatística mais aprofundada.

3.7 Pesquisa junto aos profissionais de saúde

A pesquisa realizada para o mapeamento das condições de saúde utilizou como principal fonte de informação entrevistas com especialistas que tratam das condições de saúde abordadas, na organização foco do estudo. Para as entrevistas foi utilizado meio de gravação de áudio, devidamente consentido pelo respondente, posteriormente transcritas para o *software* Sphinx ® de tratamento de dados quali-quantitativos.

Os especialistas consultados a respeito das atividades específicas de atendimento a pacientes com litíase renal, foram dois Médicos com especialização em urologia e cirurgia urológica, com notório conhecimento técnico do assunto e ampla experiência no atendimento desse tipo de condição de saúde, inclusive com atuação na docência da disciplina em instituições de ensino superior.

De maneira semelhante os especialistas consultados quanto às atividades de atendimento a pacientes com lesão de joelho, dois Médicos Ortopedistas, possuem tanto a formação e atualização acadêmica que perfazem as competências necessárias à excelência em sua área clínica.

O grau de *expertise* desses especialistas provê ao presente estudo o respaldo necessário ao conhecimento do estado da arte dos procedimentos, métodos e técnicas que levem à maximização dos resultados para a saúde dos usuários, não obstante a responsabilidade pelo tratamento como um todo recaia sobre diversos atores no processo, inclusive o próprio indivíduo alvo do cuidado.

Foram também realizadas entrevistas com sete profissionais de Enfermagem, entre Enfermeiros de nível superior e Técnicos de Enfermagem, com qualificação técnica e experiência funcional compatíveis com as funções que exercem. A relevância dessa parcela da população está justamente no fato de que esses são os profissionais que estão mais próximos do usuário, seja o próprio paciente ou o familiar que o acompanha, proximidade esta revelada pelo tempo gasto no acompanhamento, conversa, orientações e procedimentos ao longo das varias fases do ciclo de atendimento.

É importante ressaltar que o conhecimento teórico-prático deste último grupo provê informações relevantes para as duas cadeias estudadas à cadeia de valor, uma vez que esses profissionais atuam no atendimento não apenas dessas mas de outras tantas condições de saúde na organização estudada e em outras organizações.

Outro elemento importante no ciclo de atendimento como um todo e que foi contemplado na entrevista trata-se do Médico Radiologista, especialista em diagnóstico por imagem, que também provê suporte a ambas as cadeias de valor, com o papel fundamental de orientar o diagnóstico e o gerenciamento das condições de saúde antes e após o eventual tratamento.

Nesse sentido, as informações geradas a partir da interação de conhecimento das diversas especialidades irão alimentar o desenho de cada uma das cadeias de valor no sentido específico das atividades atinentes à sua especialidade e ao atendimento da condição de saúde estudada.

As perguntas foram de caráter aberto, buscando permitir ao entrevistado maior liberdade para informar e angariar o maior volume possível de palavras-chave e informações de conteúdo significativo para o estudo. As questões foram elaboradas tendo por base os tipos de atividade sugeridos por Porter e Teisberg (2007), tanto para as atividades primárias quanto para as atividades de suporte da cadeia de valor.

Assim, as questões dirigidas aos profissionais de saúde foram divididas em duas partes: perfil do respondente, apenas para categorização das respostas; e questões de conhecimento do assunto tema do trabalho. Com a utilização da estrutura de cadeia sugerida por Porter e Teisberg (2007), foi possível atribuir como variáveis os tipos de atividade sugeridos, como se segue:

Relativo às atividades primárias, três questões relacionadas à atividade monitorar/prevenir, três relacionadas a diagnosticar, uma questão relacionada a preparar, uma a intervir, três a reabilitar e uma a gerenciar/monitorar.

Relativo às atividades de suporte, duas questões sobre prover acesso, duas sobre mensurar, duas sobre informar e duas sobre desenvolver conhecimento.

É importante ressaltar que o número de questões não está relacionado com a importância da atividade, mas sim ao modo como a variável pode ser abordada de diferentes maneiras, de forma a extrair o maior número de informações.

No apêndice “A” deste trabalho podem ser encontrados os questionários utilizados como base nas entrevistas com os profissionais de saúde, para ambas as especialidades, bem como os questionários aplicados aos usuários dos serviços de saúde da organização.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são discutidas as interações entre as variáveis do modelo teórico e os dados encontrados empiricamente, a partir dos instrumentos de pesquisa.

4.1 Identificação da demanda

Com base nos arquivos da organização, os resultados apontam para uma demanda potencial relevante na procura pelas duas especialidades-chave das cadeias de valor aqui estudadas, que pode efetivar-se ou não, dadas as condições de qualidade de vida da população e as medidas que podem ser levadas a cabo pela organização.

A ilustração a seguir apresenta a representação gráfica da distribuição da demanda pelas especialidades mais procuradas no período de janeiro de 2008 a maio de 2010, em termos percentuais.

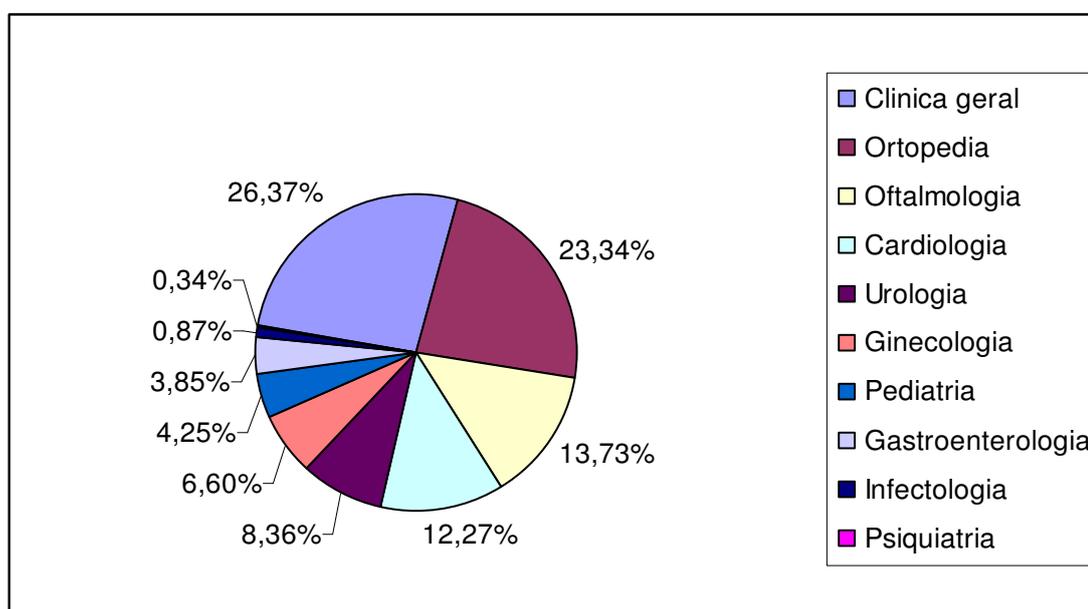


Ilustração 6: Gráfico Percentual de atendimentos por especialidade

Fonte: Arquivo da organização – Relatório do Sistema de Registro e Encaminhamento- SIRE

Com a identificação da população total de possíveis usuários dos serviços de saúde na área de abrangência do Hospital, é possível realizar uma projeção por meio da distribuição desses mesmos percentuais sobre o quantitativo de usuários vinculados a organizações situadas nessa área.

Uma vez que se conhece o total de usuários indiretamente vinculados à organização, os quais somam aproximadamente 16.000 (dezesesseis mil) em todo o estado de Rondônia, Acre e região oeste do Amazonas, é possível afirmar que haja uma demanda potencial de 10.000 atendimentos por ano em todas as especialidades, pois nem todos os usuários são acometidos por problemas de saúde, considerando uma distribuição normal e uma mesma taxa de incidência das condições de saúde possíveis.

Esta informação é particularmente relevante na medida em que se propõe estudar a cadeia de valor por condições de saúde, onde novos estudos poderão elaborar um modelo de planejamento por condições de saúde. Para esta análise, sugere-se como ponto de partida um modelo a ser estudado com mais detalhes no apêndice “B”.

É possível ainda, mesmo que de maneira genérica, identificar pontos de atuação preventiva por meio das condições mais ocorrentes buscando reduzir os atendimentos completos aos casos imprevisíveis e de maior complexidade.

4.2 Pesquisa de satisfação

Um dos aspectos interessantes em relação à categorização dos respondentes diz respeito à causa da procura pelo serviço médico por parte do usuário. Entre as alternativas disponíveis, a opção “dor ou incomodo” foi a mais selecionada como identificando o motivo da procura pelo serviço 62,5%, seguida de *check-up* - 12,5% e manter-se com boa saúde 6,3%. Outras causas apontadas responderam por 18,8%, sendo a totalidade das outras causas indicada como “acidente”. Esse aspecto reflete uma característica bastante comum no cuidado com a saúde, que é buscar auxílio apenas quando identificado um problema que cause incômodo e não pelos meios de prevenção.

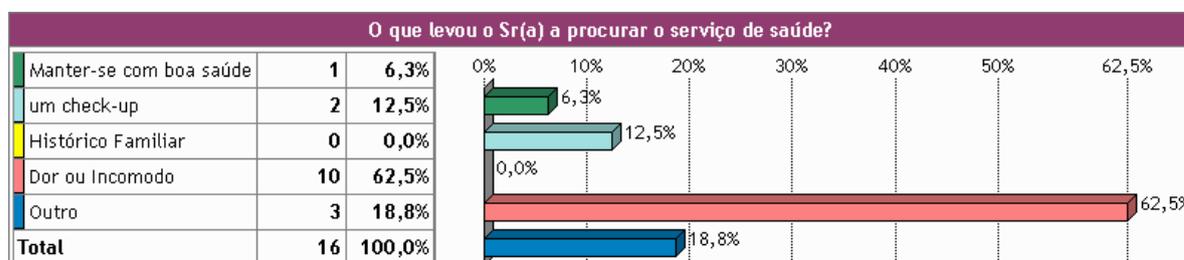


Ilustração 7: Gráfico de causas de atendimento

Fonte: Elaborado pelo autor

Neste aspecto, ações de prevenção e conscientização poderiam ser intensificadas, buscando identificar tendências e necessidades de maneira preventiva, reduzindo gastos

desnecessários tanto para o sistema quanto para o usuário, por meio de medidas corretivas que evitariam em incorrer em intervenções agressivas.

No que se refere à confiança na equipe responsável pelo tratamento, o resultado obtido demonstrou um grau que permite uma ação segura por parte dos profissionais de saúde para buscarem a melhor resposta possível a essa confiança demonstrada. Esse fator revela, indiretamente, um nível de preparo e adequação dessas pessoas capaz de fazer frente às expectativas dos usuários. Entretanto é necessário monitorar as principais evoluções e aperfeiçoamento tecnológico e de treinamento constante, sobretudo na humanização do atendimento, para que essa confiança não se transforme em conformismo pelos profissionais e venha a cair o padrão do preparo.

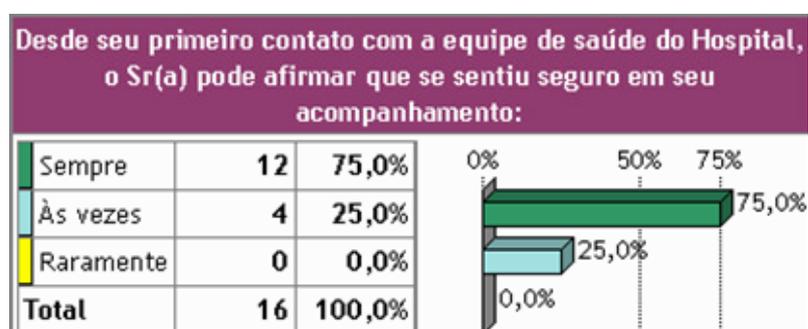


Ilustração 8 : Gráfico de percepção sobre segurança no atendimento
Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme é possível verificar na ilustração acima, a percepção dos usuários quanto à segurança em seu acompanhamento, nenhum dos respondentes escolheu a alternativa “raramente”, ou seja, todos os respondentes sentiram um grau de segurança aceitável ou elevado. Entretanto um sinal de alerta é identificado quando alguns usuários responderam que apenas às vezes sentem-se seguros, indicando uma possível oportunidade de melhoria nos aspectos que podem causar alguma insegurança, como conhecimento e habilidade por parte dos profissionais.

Outro critério identificado na pesquisa diz respeito à comunicação entre a equipe que seja perceptível ao usuário. Foi percebido pelos atendidos respondentes da pesquisa que na maior parte dos casos a comunicação flui livremente entre médicos, terapeutas, técnicos e envolvidos, o que é um fator crucial para um serviço de excelência e para que sejam alcançados padrões de desempenho excelentes. O oposto disto traria grandes preocupações ao usuário, que passaria a não confiar na evolução e no uso correto das informações passadas por ele e por outros responsáveis para sua melhora.

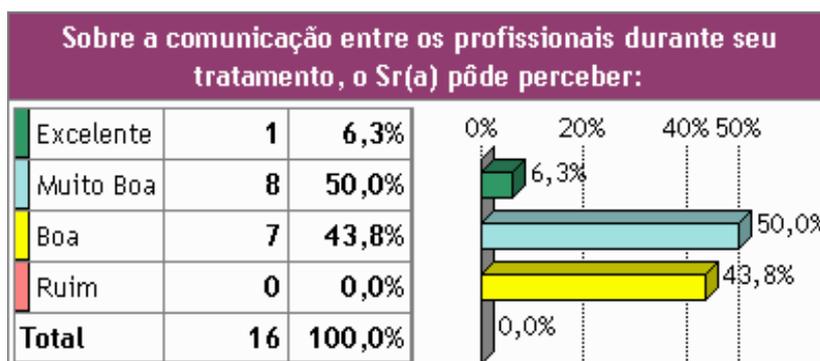


Ilustração 9 : Gráfico de percepção sobre a comunicação na equipe
Fonte: Elaborado pelo autor

Essa comunicação seja verbal, escrita ou por meio de protocolos de saúde são essenciais à segurança e confiabilidade no tratamento por parte do usuário.

Conforme abordado nos trabalhos referidos, a informação ao usuário adequada em volume, qualidade e momento é de fundamental importância para resultados excelentes. Desse modo, verificou-se nesse levantamento um nível considerado aceitável de informações prestadas pela equipe de saúde aos usuários e seus familiares ou responsáveis durante o tratamento.

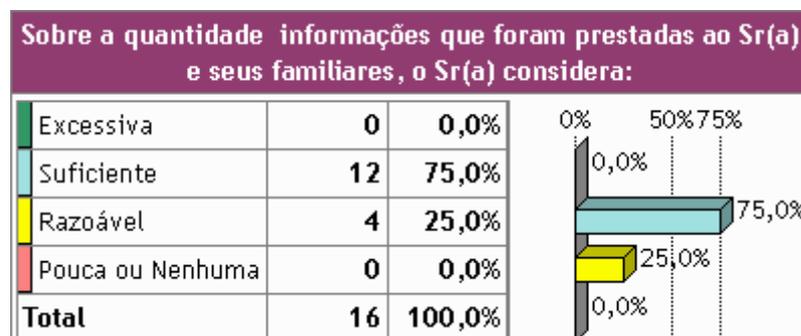


Ilustração 10: Gráfico da percepção sobre informações prestadas
Fonte: Elaborado pelo autor

A maioria dos usuários (75%) julgou “suficiente” a quantidade de informações prestadas sobre seu estado de saúde, evolução e cuidados necessários para o melhor resultado possível. Entretanto cabe investigar ainda em termos de qualidade se a maneira como foi disponibilizada a orientação, o profissional encarregado e o momento foram adequados às circunstâncias, visando não causar transtornos ou constrangimentos, ou mesmo buscando evitar uma imagem negativa da instituição.

Outro aspecto relevante diz respeito ao acesso aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT), incluídos aí diagnóstico por imagem (raios-x, ultrassonografia), laboratórios e meios específicos. Para esse aspecto do questionário considerou-se uma escala

de 1 a 4, sendo 1 o grau 1 considerado “ruim” e quatro “excelente”. Foram considerados quanto aos meios de SADT a orientação e preparo para esses serviços, a disponibilidade, o transporte até os locais (caso fosse necessário) e o atendimento global. Todos os aspectos relativos a esses serviços foram considerados satisfatórios pela maioria dos usuários respondentes, conforme mostra a ilustração a seguir.

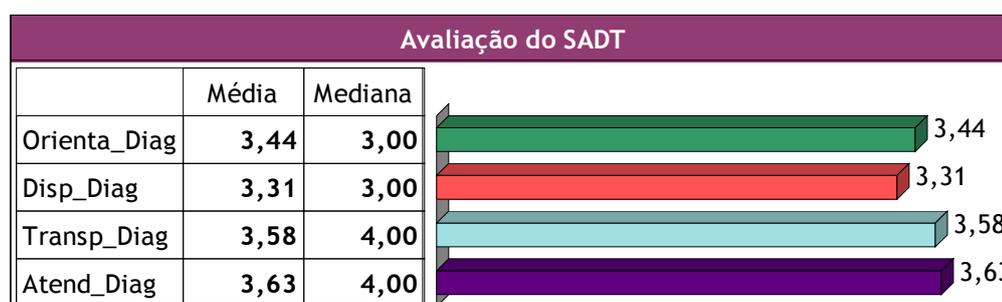


Ilustração 11: Gráfico da percepção sobre qualidade dos SADT

Fonte: Elaborado pelo autor

A qualidade global do atendimento nos laboratórios e clínicas especializadas é finalmente um dos aspectos mais importantes para o acesso e confiabilidade da cadeia de valor. É onde se consolida todo o esforço de humanização e qualidade nesse tipo de serviço.

4.3 Construção da cadeia de valor por condição de saúde

A forma como está estruturada a prestação o serviço de saúde tradicionalmente, orientada por procedimento, intervenção ou tarefa, não permite analisar os resultados, desvios e variações de alinhamento com o valor, uma vez que enfoca apenas uma das partes da relação com o usuário. A estrutura por condição de saúde, por sua vez, deverá orientar, inclusive, a reorganização do *layout* das instalações, equipamentos e mesmo a especificação das habilidades e competências necessárias à melhor resposta aos serviços demandados pelo fato de buscar conhecer todas as interações do usuário com o serviço em uma visão abrangente.

Para essa análise foram construídas as cadeias de valor em “lesão de joelho” e “litíase”, a partir das entrevistas com os especialistas já citados, utilizando como instrumento de construção o modelo sugerido por Porter e Teisberg (2007) adaptado à organização pesquisada.

Tal adaptação se deu em função, basicamente, à função lucrativa das organizações sugeridas pelos autores supracitados, na qual o modelo pressupõe uma secção da cadeia destinada à “margem do prestador”, diferenciado no caso do sistema SAMMED/FuSEx, onde

os custos são subsidiados pelo Fundo de Saúde do Exército, em quase sua totalidade, não havendo faturamento de serviço senão o de 20% dos custos de aquisição de materiais e serviços efetivamente alocados na prestação do serviço.

4.3.1 Cadeia de valor em litíase

Para essa construção, foram consideradas as respostas emitidas pelos especialistas já citados, onde se buscou elaborar o desenho mais completo e fiel à realidade existente, denotando um caráter mais descritivo do que prescritivo ao instrumento. Essa cadeia contempla as atividades típicas de monitorar/prevenir, diagnosticar, preparar, intervir, recuperar, e monitorar/gerenciar.

a) Monitorar/Prevenir

Como observação inicial das atividades primárias, foi constatado que a prevenção e monitoramento dessa condição de saúde se dá em um nível de hábitos de vida, como observação da ingestão de uma quantidade hídrica suficiente e no controle de peso. Essa característica é verificada também na informação, atividade de suporte da cadeia, que pode ser transmitida ao usuário por ocasião de um “check-up” ou em palestras e informativos. O resultado dessas orientações e monitoramento será percebido pelo paciente na manutenção de sua saúde em boas condições, muitas vezes encerrando o ciclo neste ponto por meio da prevenção.

A respeito desse tipo de atividade, Porter e Teisberg (2007) comentam que “esta parte da cadeia de valor é normalmente negligenciada, subestimada ou minimizada”, um possível motivo para isso, segundo os autores, é que os médicos não são remunerados por manter as pessoas saudáveis, mas por tratar as doenças.

b) Diagnosticar

A atividade de diagnóstico, por sua vez, deve possuir um caráter de precisão que leve o especialista a adotar a melhor abordagem no tratamento. Para isso o usuário deve ter acesso aos meios mais comuns e eficazes já consolidados na medicina, considerados como “*golden standard*” – ou estado da arte - pela entidade médica representativa. É possível perceber a qualidade no acesso a especialistas, laudos e laboratórios em diversas dimensões. Nesse ponto foi percebido um trabalho isolado, ou seja, nem sempre é comunicado na requisição de exame

qual a condição de saúde a investigar, para a interpretação dos dados de imagem e exames solicitados.

c) Preparar

A atividade de preparação é transparente para o usuário, na maioria de suas atividades, ou seja, a qualidade e o valor entregues só serão perceptíveis por meio da segurança percebida e dos resultados da intervenção. Porém uma interação relevante neste momento se dá por meio das informações precisas quanto aos riscos e consequências posteriores do tratamento a ser ministrado.

No que diz respeito ao preparo para a intervenção, seja medicamentosa ou cirúrgica, a ênfase é dada na orientação aos riscos, mesmo que seja um procedimento considerado simples no senso comum. Isso deverá prover ao paciente um nível de segurança que irá favorecer todo o trabalho dos profissionais de saúde. Nesse aspecto é interessante ressaltar o termo de consentimento esclarecido, documento no qual o usuário declara conhecer os riscos inerentes ao procedimento normal, excluindo o erro médico.

d) Intervir

A intervenção cirúrgica costuma ser o passo mais traumático de todo o ciclo de atendimento. Quer seja pelos riscos conhecidos da própria abordagem endoscópica convencional ou a *laser*, quer seja pelos riscos desconhecidos como alguma alergia não sabida pelo paciente e equipe a algum material ou medicamento utilizado. Com a sedação do paciente, é relevante nessa etapa a informação ao acompanhante, para tranquilizar quanto ao sucesso do procedimento.

e) Recuperar

Segundo Porter e Teisberg (2007), essa parte do ciclo de atendimento geralmente é abordada como sendo de importância secundária, sobretudo para os pacientes com alta hospitalar, levando muitas vezes a novas internações e a incursão em custos e desconforto desnecessários ao usuário.

Nas atividades de recuperação as ações de enfermagem têm um papel vital, principalmente nos casos de internação, pois esses profissionais permanecem um período de

tempo muito maior com o paciente, sendo o portador da informação clínica para o especialista, e da orientação para o assistido, buscando uma melhora no mais curto prazo.

Para os casos de litíase, foi verificado que a maior parte do sucesso nas atividades de recuperação é fruto da disciplina do paciente e dos cuidados que o mesmo tem, sob orientações médicas, inclusive para retornos agendados, uma vez que o tempo de internação após a intervenção não supera quarenta e oito horas em média.

f) Monitorar/Gerenciar

Este é um tipo de atividade que, semelhantemente ao tipo “monitorar/prevenir” não é tido pela maioria dos prestadores de serviço de saúde como uma atividade geradora de valor. Entretanto percebe-se que por meio do monitoramento dessa condição específica, é possível evitar novas ocorrências, maximizando os efeitos dos tratamentos já aplicados e de longo prazo, reduzindo a probabilidade de *loops* de retorno a um status anterior do ciclo de atendimento.

VALOR AO PACIENTE

RESULTADO (Atributos de Saúde) (Tempo de internação, tempo de retorno ao trabalho, ganho de mobilidade)						
DESENVOLVER CONHECIMENTO					Registro no prontuário	Documento de Evolução
INFORMAR	Orientar Alimentação	Informar possíveis abordagens	Informar riscos; Consentimento esclarecido	Informar sucesso procedimento	Orientar alimentação, cuidados	Orientar alimentação, cuidados
MENSURAR	Raios-x	Raios-x, Ultrassom, Tomografia	Urografia	Acompanhamento específico	Diurese	Raios-x ou Ultrassom de controle
PROVER ACESSO	Exames,	Laboratórios,	Unidade de	Centro Cirúrgico	Unidade de	Consultório
TIPO DE ATIVIDADE	MONITORAR/PREVENIR	DIAGNOSTICA	PREPARAR	INTERVIR	RECUPERAR	MONITORAR/GERENCIAR
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Monitorar Sobrepeso;	Formação de cálculo;	Preparação específica do procedimento;	Medicamento (estágio inicial)	Verificar endoprótese;	Monitorar recorrência
	Etnia ; Monitorar Diabetes; Hipertensão;	Diagnostico formal	Internação	Abordagem Cirúrgica endoscópica; Laser Holmium	Plano de Alta	

Ilustração 12: Cadeia de valor para a condição de saúde "litíase"
Fonte: Elaborado pelo autor

4.3.2 Cadeia de valor em lesões de joelho

As lesões de joelho, seja de quais causas tenham se originado – traumas, acidente, esforço, ou outras – possuem características próprias de acompanhamento e tratamento de modo que juntamente com as lesões coluna, as duas juntas são uma área médica de atuação, ou seja, semelhante a uma especialidade no nível de residência.

Entretanto não cabe a este trabalho adentrar a cada detalhe ou procedimento técnico da especialidade, mas sim suas interações com o usuário e com outros profissionais, do ponto de vista da atenção e dos resultados.

a) Monitorar/Prevenir

Na cadeia de valor da lesão de joelho, torna-se demasiado mensurar do ponto de vista do usuário quais atividades são maiores responsáveis por gerar valor, uma vez que boa parte das lesões é fruto de traumas e situações com baixo grau de previsibilidade. É fato que alguns fatores de risco agravam as lesões, como obesidade e má alimentação, entretanto não foi possível observar de que modo essas atividades contribuíram para um melhor valor ser entregue ao usuário.

Inicialmente, pela própria característica dos riscos de lesão por esforço, os servidores da ativa estão mais propensos a esse tipo de lesão, cuja monitoração e prevenção se dá principalmente pela perda de peso e controle sobre riscos do cotidiano como prevenção a acidentes de trânsito envolvendo motocicletas, entre outras formas.

b) Diagnosticar

O diagnóstico envolve não apenas o ato de emitir o parecer sobre a condição de saúde enfrentada, mas todas as atividades que compreendem reunir exames e laudos, examinar o histórico do paciente e no caso da ortopedia, o contato pessoal para a configuração completa do diagnóstico.

A percepção do diagnóstico na cadeia de valor em ortopedia é essencial inclusive para o sucesso das intervenções, por se tratar de uma área complexa, o diagnóstico de má qualidade pode levar mesmo ao surgimento de novas lesões pela falta do cuidado adequado.

O diagnóstico desse tipo de lesão envolve além de exames de imagem o exame e a perícia do especialista em identificar a gravidade e a queixa do paciente. Neste aspecto o trato humanizado e a sensibilidade são requisitos prioritários. Mesmo porque, uma vez que uma lesão desse nível pode ser incapacitante para o serviço ativo – levar à aposentadoria ou reforma – é importante informar as possíveis abordagens e consequências de descuidos por parte do paciente.

c) Preparar

As atividades de preparação nessa cadeia de valor compreendem justamente a informação sobre os riscos e, no caso de um procedimento cirúrgico, toda a preparação específica de uma cirurgia, como internação antecipada, medicamentos específicos ou mesmo transferência do paciente para outra unidade dotada de recursos tecnológicos mais adequados.

O preparo para a intervenção necessita de um acompanhamento inclusive social, até porque o usuário poderá ficar afastado de suas atividades laborais por um longo período para a recuperação, necessitando de cuidados diários constantes.

d) Intervir

A intervenção sobre a condição de saúde pode ter abordagem medicamentosa, fisioterapêutica ou cirúrgica ou uma combinação destas, sendo a cirúrgica a mais traumática pela complexidade de articulações e ligamentos dessa região. A informação essencial a ser transmitida é a necessidade de cuidado e manutenção do tratamento, pois muitos pacientes suspendem ao perceber pequena melhora e ocasionam lesões mais graves, reversíveis apenas cirurgicamente.

e) Recuperar

Devido ao longo tempo de recuperação de algumas lesões, o usuário do serviço na cadeia de valor em lesão de joelho deve possuir maior grau de cuidado nesta etapa.

f) Monitorar/Gerenciar

A falta de atenção e este tipo de atividade, sobretudo por responsabilidade parcial do paciente, termina ocasionando vários retornos desnecessários por agravamento da lesão já posterior à alta hospitalar. Por diversas vezes, conforme citam Porter e Teisberg (2007), o

paciente se dá “alta definitiva”, não atentando para as recomendações médicas de acompanhamento e só retornam quando a dor ou dificuldade já não são suportáveis. Ainda assim, é possível perceber que os profissionais têm se esforçado em acompanhar ao máximo a condição de saúde mesmo pós-alta embora seja queixa comum o excesso de pacientes por médico, o que dificulta essa atividade de monitoramento continuado.

Semelhante à cadeia de litíase, a formação de conhecimento dá-se apenas na prática, embora haja aprendizado constante. Esse aprendizado ocorre desde o especialista, com uma nova abordagem ou técnica utilizada, até o técnico que aprende uma nova forma de imobilizar, entretanto a não formalização e disseminação desse conhecimento gera prejuízos ao valor entregue a outros usuários que poderiam se beneficiar dessas lições aprendidas.

		VALOR AO PACIENTE				
		RESULTADO (Atributos de Saúde)				
		(Tempo de internação, tempo de retorno ao trabalho, ganho de mobilidade)				
DESENVOLVER CONHECIMENTO				Registro no prontuário	Documento de Evolução	
INFORMAR	Orientar perda de peso, hábitos saudáveis	Informar possíveis abordagens	Informar riscos,	Informar resultado procedimento; intercorrências	Orientar tipos de esforço, gradual	Orientar alimentação, cuidados
MENSURAR	Raios-x	Raios-x, Ultrassom, Tomografia, Ressonância			Acompanhamento específico, melhora da mobilidade	Raios-x ou Ultrassom de controle
PROVER ACESSO A	Exames, Consultório	Laboratórios, Consultório	Unidade de Internação	Centro Cirúrgico; OCS	Unidade de Internação	Consultório
TIPO DE ATIVIDADE	MONITORAR/ PREVENIR	DIAGNOSTICAR	PREPARAR	INTERVIR	RECUPERAR	MONITORAR/ GERENCIAR
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Monitorar obesidade, excesso de atividade física	Examinar local, Analisar exames, anamnese	Preparo específico; Internação.	Medicamento; Fisioterapia Cirurgia	Fisioterapia;	Recorrência

Ilustração 13: Cadeia de valor para a condição de saúde "lesão de joelho"
 Fonte: Elaborado pelo autor

As atividades e sequenciamento da cadeia de valor para lesões de joelho podem ser visualizadas na Ilustração 13, compondo das atividades primárias em sequencia na parte inferior da ilustração e as atividade de suporte ao longo da mesma, percorrendo todo o ciclo de cuidado.

4.4 Atividades de suporte para as cadeias de valor

Entre as atividades de suporte de ambas as cadeias de valor aqui exploradas, podem ser tratadas com alguma similaridade as ações de “informar”, “mensurar” e “prover acesso”, uma vez que foram identificadas claramente por meio das entrevistas quanto a sua relevância e detalhamento do momento em que são aplicadas.

Quanto à atividade de suporte “desenvolver conhecimento” foi percebido a ausência de um processo formal de gestão da informação, ficando o registro formal apenas no registro da evolução e do caso no prontuário do paciente, para fins estatísticos e de consulta. Não significa dizer que não haja formação de conhecimento, apenas este não é institucionalizado, ficando restrito à prática diária e se esvaindo com a perda do profissional, caso haja sua transferência para outra unidade ou aposentadoria.

Quanto a “desenvolver conhecimento” foi identificado como o tipo de atividade mais frágil também em ambas as cadeias. Não significa dizer que não se aprenda, ou que não seja transmitido o conhecimento de alguma maneira, ou mesmo que esse conhecimento seja sistematizado. A maneira pela qual as organizações aprendem é peculiar a cada tipo, histórico e cultura organizacional, entretanto é fundamental a sistematização e a institucionalização desse aprendizado, ou de uma tecnologia ou método desenvolvido, buscando a visão compartilhada, proposta por Senge (2004) como uma das disciplinas necessárias ao aprendizado organizacional eficaz.

As atividades relativas a informar têm seu efeito perceptível no valor entregue ao paciente por meio da análise dos resultados quanto ao volume de informações fornecido aos usuários durante o tratamento. Essa percepção ganha maior relevância, uma vez que “informar” é um tipo de atividade que está presente em todas as etapas do ciclo de atendimento. Ainda que algumas informações sejam consideradas desnecessárias pelos especialistas, na atual era do conhecimento o usuário busca encontrá-lo em diversas fontes,

logo é interessante para o valor do serviço que esse saber seja originário de uma fonte confiável.

De maneira idêntica, mensurar e prover acesso são atividades presentes em várias fases do ciclo de atendimento. Para Porter e Teisberg (2007) essa atividade muitas vezes requer meios caros e atividades sistematizadas e gerenciadas com critério, além da agregação por meio de uso extensivo de tecnologia da informação. Nesse aspecto, percebe-se pela avaliação das orientações, disponibilidade, transporte e atendimento nos meios de diagnóstico por imagem e laboratórios que essas atividades possuem valor significativo tanto para os profissionais quanto para os usuários.

As orientações relativas a exames de laboratório e diagnóstico são essenciais para confiabilidade dos resultados. É necessário informar oportunamente os procedimentos específicos de cada tipo de exame, como período de jejum, suspensão de algum medicamento, antecedência de preparo e medidas que serão tomadas no próprio laboratório, tornando o processo como um todo mais transparente e integrado para o usuário, bem como mais eficiente para o sistema.

A disponibilidade dos serviços de laboratório é outro fator crítico de sucesso para a excelência do serviço como um todo. Algumas características do serviço na unidade propiciam essa disponibilidade, como pessoal técnico disponível 24 horas por dia, serviço de laboratório interno e suprimento de materiais adequado.

4.5 Análise da estrutura e alinhamento da cadeia de valor

Por meio das informações coletadas neste trabalho, torna-se viável apresentar algumas considerações, ideias e sugestões que podem guiar a novas soluções para melhorar o valor entregue ao usuário, conforme os questionamentos sugeridos por Porter e Teisberg (2007). Esses autores sugerem uma série de indagações que devem ser feitas à cadeia de valor já mapeada, em revisões constantes e estimulando a melhoria contínua dos processos e a busca de novas soluções.

Entre os principais questionamentos, é sugerido verificar: se o mix de habilidades apropriado está presente em cada atividade e entre atividades e os indivíduos trabalham como equipe; se existe uma coordenação apropriada entre as atividades distintas no ciclo de atendimento e os repasses são suaves, sem interrupção; se informações certas são coletadas,

integradas e utilizadas ao longo do ciclo de atendimento e; se as atividades da cadeia são executadas nas instalações e nos locais apropriados.

4.5.1 Trabalho em equipe

É necessário avaliar se o conjunto de habilidades requeridas para o melhor resultado está definido e presente na organização e se existe o espírito de equipe. Para este fim, é mister enfatizar que os profissionais entrevistados possuem qualificação técnica formal e experiência adequada, entretanto o sentimento de equipe ficou limitado aos setores isoladamente (enfermagem, centro cirúrgico), não havendo uma ideia de equipe para a cadeia de valor. Tal situação é compreensível, sobretudo pela maneira como está estruturada a organização de modo funcional e não por processos ou equipes de trabalho por serviço.

4.5.2 Coordenação entre as atividades

Foi percebido durante a pesquisa que normalmente existe uma coordenação entre as atividades e esta é exercida pelo médico responsável pelo paciente. Entretanto não é incomum que ocorra uma perda de informações e descontinuidade entre uma atividade e outra, particularmente na mudança de responsabilidade de setor.

Por exemplo, após uma cirurgia quando o paciente passa a estar sob os cuidados da equipe de enfermagem, pode ocorrer à necessidade de o mesmo necessitar de consulta com algum outro especialista, o que requer uma coordenação com a enfermagem e o agendamento desse profissional, momento onde pode haver alguma interrupção ou necessidade de sintonia fina entre setores e equipes distintas.

4.5.3 Trato da informação

Porter e Teisberg (2007) alertam para a necessidade de verificar se as informações são coletadas no momento certo, integradas aos sistemas e efetivamente utilizadas no ciclo de cuidado. Sobre esse aspecto, os autores enfatizam a utilização extensiva de tecnologia da informação, principalmente pela disponibilidade instantânea desses dados e sua aplicabilidade ao tratamento e à formação de conhecimento.

Pelo que foi observado, a organização dispõe de sistemas manuais de informação, refletidos pelos documentos de evolução e prescrição médica e de enfermagem. Essas informações são úteis e relevantes, porém carecem de informatização para que agreguem

valor por meio da pesquisa e acesso instantâneos. Atualmente está em curso o desenvolvimento de um sistema integrado de informações em saúde pelo órgão de gestão de pessoal no nível corporativo da instituição.

4.5.4 Instalações e arranjo físico

A análise da adequação dos locais onde as atividades são executadas é outra sugestão dos autores. Essa análise se refere à adequação do *layout* físico, da estrutura de edifício, salas e corredores muitas vezes distantes ou mal planejados, tornando os processos ineficientes ou lentos pelos deslocamentos necessários.

No caso do Hospital estudado, não foi constatado queixa entre os profissionais sobre o arranjo físico ou distancia e necessidades específicas de adequação, possivelmente isto seja fruto do pequeno porte da unidade, o que torna o fluxo físico de materiais e pessoal menos complexo do que em uma grande organização hospitalar.

5 CONCLUSÃO

O setor de saúde apresenta dimensões críticas nas relações entre seus diversos atores, conforme demonstrado inicialmente neste estudo, o que conduz à necessidade de se explorar novas formas de gerenciamento que permitam às organizações um acompanhamento mais preciso de suas atividades, em busca de um melhor resultado aos usuários desses serviços.

Conforme proposto nos objetivos deste estudo, buscou-se mapear a cadeia de valor para condições de saúde específicas, utilizando para isso uma estrutura orientada ao ciclo de atendimento como um todo, buscando permitir a gestão estratégica de serviços de uma organização militar de saúde.

Quanto à proposição de identificar a percepção dos usuários sobre o serviço atualmente oferecido na organização foco deste trabalho, verificou-se um nível de satisfação elevado, destacado pela confiança, comunicação e acesso aos serviços necessários para cada uma das cadeias de valor analisadas na pesquisa.

Percebe-se que a maioria das atividades identificadas como sendo capazes de gerar valor para o atendimento ao usuário já são realizadas, com algum grau de propriedade na organização pesquisada, entretanto as atividades relacionadas à prevenção, monitoramento e desenvolvimento formal de conhecimento carecem de maior atenção, buscando completar a simetria ao modelo teórico da cadeia de valor.

No que diz respeito ao objetivo de verificação da demanda potencial de utilização dos serviços, percebeu-se a necessidade de que a organização atue estrategicamente para atender com o mesmo nível de satisfação uma demanda crescente, ou busque formas de atuar preventivamente em relação às maiores demandas.

A principal limitação deste estudo diz respeito à validade externa da pesquisa, uma vez que se trata de um estudo de caso, sendo aplicável a um número restrito de organizações, porém trabalhos similares serão desenvolvidos para ampliar a validade da cadeia de valor em organizações prestadoras de serviço de saúde. Outra limitação está relacionada com a amostra de usuários respondentes na pesquisa de satisfação, a qual será ampliada em novos estudos, buscando maior grau de significância estatística.

No campo teórico, a contribuição do estudo é a adequação do modelo de cadeia de valor em serviços de saúde para uma organização sem fins lucrativos, no que diz respeito à margem de comercialização, o que faz com que o ganho e o valor agregado das atividades se apresentem em forma de benefícios ou atributos de saúde para os usuários do sistema, bem como em otimização no uso de recursos por parte dos gestores.

Como resultado aplicado mais significativo deste trabalho, foi obtido um mapeamento das principais atividades componentes da cadeia de valor para duas condições de saúde selecionadas pelos critérios de demanda, relevância e independência de recursos externos, que poderão ser expandidas para outras áreas de atuação da organização e de organizações similares.

Novos estudos darão continuidade a essa pesquisa, buscando identificar formas de gerenciar oportunidades de melhoria, na eficiência da utilização de recursos baseada em condições de saúde, assim como a extensão da pesquisa a outras condições igualmente relevantes.

REFERÊNCIAS

ANTHONY, R. N.; DEARDEN, J. and GOVINDARAJAN, V. **Management Control Systems**. 1991. IRWIN. Boston. MA.

ATIK, Fernando A. et al . Resultados da implementação de modelo organizacional de um serviço de cirurgia cardiovascular. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto, v. 24, n.2, Jun 2009 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382009000200005&lng=en&nrm=iso - acesso em 20/05/10 doi:10.1590/S0102-76382009000200005.

BASOLE, R.C.; ROUSE, W.B. Complexity of Service Value Networks: Conceptualization and Empirical Investigation, in: **IBM Systems Journal**, Vol. 47, Issue 1, pp. 53-70. 2008

BÖBEL, I.; MARTIS, A. Value Creation in Health Care: The Case of the Princesse Grace Hospital (CHPG) Monaco in **MPRA Paper 19689**, University Library of Munich, Germany. 2009.

BOHMER, R. Fixing Health Care on the Front lines *in Harvard Business Review*. Vol 88, Nr 4. Harvard Publishing Group. Boston. 2010

BRANDT, R.A. Sustentabilidade da medicina. *in* AMORIM, M. C. S. (org); PERILLO, E. B. F., (org). **Para entender a saúde no Brasil 3**. 255 p. v.3. São Paulo: LCTE; 2009.

BRASIL – Portaria Nº 726, de 7 de outubro de 2009. **Define a oferta básica de atendimento, em tempo de paz, de especialidades e áreas de atuações médicas, farmacêuticas e odontológicas nas Organizações Militares de Saúde do Exército e dá outras providências**. Brasília –DF.

_____ – Portaria Nº 729, de 7 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a reclassificação e a transformação de organizações militares de saúde e dá outras providências**. Brasília – DF.

BUHLMAN, S. **Cadeia de Valor em Serviços de Saúde para Clínicas Oftalmológicas na Suíça**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lausanne. 2009

BURNS, L. R. (Org), **The Health Care Value Chain**. San Francisco: Jossey-Bass. 2002.

CLARK, J. ; HUCKMAN, R .**Broadening focus: Spillovers and the Benefits of specialization in the Hospital Industry**. Working Paper 9-120. Harvard Publishing Group. Boston. 2009

CORRÊA, H. L.; GIANESE, I.G.N. **Administração estratégica de serviços: operações para satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996.

DE KORNE, Dirk F. Criando valor no tratamento de glaucoma. Aplicando a abordagem de custos da qualidade de Cadeia de Valor no Serviço de Saúde. **In International Journal of Health Care Quality Assurance**. Vol 22 Nr 3 . Pag 232-251. Emerald. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002

GOLDRATT, E.M.; COX, J. **A meta: um processo de aprimoramento contínuo**. São Paulo: IMAM, 1986.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy**. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

KAPLAN, R. S.; COOPER, R. **Custo & desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo**. São Paulo: Futura, 1998.

KERLINGER, Fred Nichols. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. Tradução Helena Mendes Rotundo. São Paulo: EDUSP, 1980.

LOVELOCK, Christopher; WRIGTH, Lauren. **Serviços, Marketing e Gestão**. São Paulo: Saraiva. 2001

MALIK, A.M. Inovação e a área de saúde. *in* AMORIM, M. C. S. (org); PERILLO, E. B. F., (org). **Para entender a saúde no Brasil 3**. 255 p. v.3. São Paulo: LCTE; 2009.

NAKAGAWA, Masayuki. **ABC: custeio baseado em atividades**. Editora Atlas. 1a Edição. São Paulo, 1994.

NOGUEIRA, J.F. **Gestão estratégica de Serviços: teoria e prática**. São Paulo: Atlas. 2008

PICOT J., JONES J., COLQUITT J.L., GOSPODAREVSKAYA E., BAXTER L.,LOVEMAN E., Clegg. A.J. **The clinical effectiveness and cost-effectiveness of**

bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2009; 13(41): 1-214

PORTER, M.E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior.** Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, M E., TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman. 2007

ROCHA, W. ; BORINELLI, Marcio Luiz . **Análise Estratégica de Cadeia de Valor: Um Estudo Exploratório do Segmento Indústria-Varejo.** In: 6º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, 2006, São Paulo. Controladoria e Contabilidade Gerencial, 2006.

SHANK, J.K. & GOVINDARAJAN, V. **Strategic cost management: the new tool for competitive advantage.** New York: The Free Press, 1993.

SENGE, P. M. **A Quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende.** 16 ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2004.

SILVA NETO, J. M. ; RIBEIRO, R. P. **Avaliação de variáveis restritivas à qualidade na execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar com inserção à gestão estratégica de recursos públicos.** In: 33 Encontro da EnANPAD, 2009, São Paulo : AnPAD, 2009. v. 1. p. 01-15

SWENSEN, S.J.; MEYER, G.S.; NELSON, E.C.; HUNT, G.C. JR; PRYOR, D.B.; WEISSBERG, J.I.; KAPLAN, G.S.; DALEY, J.; YATES, G.R.; CHASSIN; M.R.; JAMES, B.C., BERWICK, D.M. **Cottage industry to postindustrial care – the revolution in health care delivery.** N Engl J Med. ;362(5):e12. 2010

TEISBERG E.O. ; WALLACE, S. **Creating a High-Value Delivery System for Health Care.** in: **Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery.** Elsevier.2009.

TEPERI J., PORTER M.E., VUORENKOSKI L. BARON J.F.;. **The Finnish health care system: a value-based perspective.** Helsinki: Sitra, March 2009.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre. Bookman, 2001.

ZENONE, L.C. Marketing e o gerenciamento do relacionamento com o cliente no segmento hospitalar. in AMORIM, M. C. S. (org); PERILLO, E. B. F., (org). **Para entender a saúde no Brasil 3.** 255 p. v.3. São Paulo: LCTE; 2009.

APÊNDICE “A” – INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entrevista com Profissionais de Saúde

MAPEAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE		SPHINXBrasil Soluções para coleta e análise de dados
Perfil do Respondente		Quais fatores de risco e que sintomas são sinais de alerta?
Qual sua formação profissional?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<digite aqui a instrução>	<digite aqui a instrução>
Quanto tempo possui de experiência Profissional?	<input type="text"/>	Quais meios e atividades são utilizados no diagnóstico?
	<digite aqui a instrução>	<input type="text"/>
		<digite aqui a instrução>
Ha quanto tempo o Sr(a) atua neste Hospital?	<input type="text"/>	Normalmente existe discussão de caso com outros especialistas?
	<digite aqui a instrução>	<input type="text"/>
		<digite aqui a instrução>
Conhecimento Medico		Em caso de encaminhamento, como se dá o acompanhamento do caso?
Em sua especialidade, quais atividades compreendem a prevenção e monitoramento do estado de saúde?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<digite aqui a instrução>
<i>A questão só é pertinente se Qualificação_Prof = 'urologista' ou Qualificação_Prof = 'ortopedista'</i>		

MAPEAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Existe algum preparo antes da intervenção propriamente dita?

<digite aqui a instrução>

Quais são os sinais de melhora / resultados da intervenção?

<digite aqui a instrução>

Quais são os meios / atividades mais comuns na intervenção?

<digite aqui a instrução>

Existe acompanhamento após o término do tratamento? Como ocorre?

<digite aqui a instrução>

Como ocorre o acompanhamento durante a reabilitação do paciente internado?

<digite aqui a instrução>

As terapias, intervenções e medicamentos necessários estão acessíveis ao paciente?

<digite aqui a instrução>

Como ocorre o acompanhamento durante a reabilitação do paciente não internado?

<digite aqui a instrução>

Quais fatores devem ser medidos durante todo o ciclo de cuidado?

<digite aqui a instrução>

MAPEAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

O paciente e o acompanhante recebem toda informação necessária durante o acompanhamento?

<digite aqui a instrução>

Em caso de encaminhamento do paciente entre profissionais ou entre estabelecimentos de saúde, o Sr(a) sabe como se dá o acompanhamento do caso?

<digite aqui a instrução>

As lições aprendidas são repassadas, compartilhadas ou armazenadas de alguma maneira? (desenvolver conhecimento)

<digite aqui a instrução>

Como é feita a preparação do paciente e familiar antes das intervenções propriamente dita?

<digite aqui a instrução>

Conhecimento em Enfermagem

Quais atividades em que o Sr(a) participa estão ligadas a prevenção de problemas de saúde?

<digite aqui a instrução>

Quais profissionais estão envolvidos no acompanhamento durante a reabilitação do paciente internado e com que frequência eles tem contato com o paciente?

<digite aqui a instrução>

MAPEAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE		SPHINXBrasil Soluções para coleta e análise de dados
<p>As terapias, intervenções e medicamentos necessários estão acessíveis ao paciente?</p> <input type="text"/> <p><digite aqui a instrução></p>	<p>Quais são os sinais ou checagem que são feitas normalmente com o paciente internado?</p> <input type="text"/> <p><digite aqui a instrução></p>	
<p>O paciente e o acompanhante recebem toda informação necessária durante o acompanhamento?</p> <input type="text"/> <p><digite aqui a instrução></p>	<p>Como funciona o histórico de informações sobre a evolução do paciente?</p> <input type="text"/> <p><digite aqui a instrução></p>	

APÊNDICE “B” - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO USUÁRIO

MAPEAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE		SPHINXBrasil Soluções para coleta e análise de dados
Perfil do Respondente		
<p>Sexo</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><i>A questão só é pertinente se tipo_usuario = "servidor da ativa" ou tipo_usuario = "família militar"</i></p>	<p>Se 'Outro', defina:</p> <input type="text"/> <p><digite aqui a instrução></p>	
<p>Qual a idade do Sr(a)?</p> <input type="text"/> <p><digite aqui a instrução></p>	<p>Especialidade Responsável</p> <p><input type="checkbox"/> Ortopedista <input type="checkbox"/> Urologista</p> <p><digite aqui a instrução></p>	
Avaliação do Usuário		
<p>tipo de usuário</p> <p><input type="checkbox"/> servidor da ativa <input type="checkbox"/> família militar</p> <p><digite aqui a instrução></p>	<p>Sobre a comunicação entre os profissionais durante seu tratamento, o Sr(a) pôde perceber:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muito Boa <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p><digite aqui a instrução></p>	
<p>O que levou o Sr(a) a procurar o serviço de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Manter-se com boa saúde <input type="checkbox"/> Histórico Familiar <input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> um check-up <input type="checkbox"/> Dor ou Incomodo</p> <p><digite aqui a instrução></p>	<p>Desde seu primeiro contato com a equipe de saúde do Hospital, o Sr(a) pode afirmar que se sentiu seguro em seu acompanhamento:</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><digite aqui a instrução></p>	
	<p>Sobre a quantidade informações que foram prestadas ao Sr(a) e seus familiares, o Sr(a) considera:</p> <p><input type="checkbox"/> Excessiva <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Pouca ou Nenhuma</p> <p><digite aqui a instrução></p>	

MAPEAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Sobre o médico responsável por seu acompanhamento:

- Foi o mesmo durante todo o tratamento
- Mudou algumas vezes
- Mudou alguma vez
- Não sei quem era

<digite aqui a instrução>

Avaliação do Serviço de diagnóstico por Imagem

- | | Péssimo | Ruim | Bom | Excelente |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atendimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<digite aqui a instrução>

Avaliação dos Serviços de laboratório

- | | Péssimo | Ruim | Bom | Excelente |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atendimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<digite aqui a instrução>

Avaliação do acesso a especialistas

- | | Péssimo | Ruim | Bom | Excelente |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disponibilidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atendimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

<digite aqui a instrução>

APENDICE “C” - MODELO DE PLANEJAMENTO DE RECURSOS

Conforme citado neste trabalho, a mensuração do desempenho em prestadores de serviço deve ocorrer por condição de saúde (Porter e Teisberg, 2007), cuja medida deve ser suficiente para avaliar a equiparação entre diversos prestadores entre si e para a prestação de contas decorrente da utilização de recursos públicos, pelo próprio princípio da transparência.

De modo semelhante, a Gestão Baseada em Atividades (ABM) foi apresentada como alternativa ao planejamento de recursos para o atendimento das necessidades de organizações prestadoras de serviços, neste caso particular para serviços médico-hospitalares, utilizando como elemento-base do planejamento as condições de saúde de maior ocorrência para cada caso.

Embora seja necessário um estudo mais detalhado das capacidades e taxa de utilização de cada uma das atividades das cadeias de valor estudadas neste trabalho e de outras necessárias, apresenta-se na ilustração a seguir um modelo de orçamento baseado em condições de saúde, buscando atender às demandas por serviços médico-hospitalares da organização.

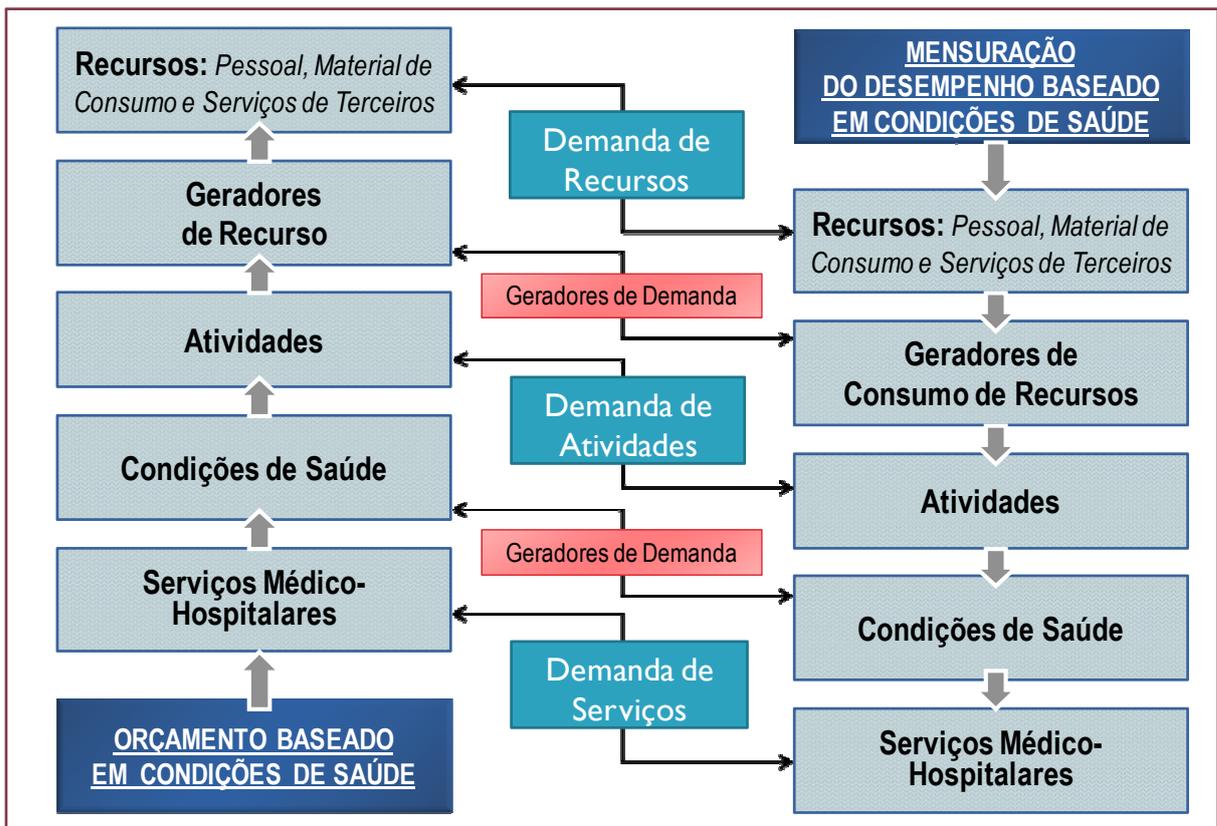


Ilustração 14 : Modelo de Orçamento e Medição de desempenho por condição de saúde
 Fonte: Adaptado de Silva Neto et al (2009)

A ilustração demonstra graficamente o fluxo de planejamento de recursos e desempenho baseado em condições de saúde. No sentido do fluxo da demanda de serviços para a demanda de recursos, as demandas de serviços são geradas pelas condições de saúde enfrentadas pelos usuários do serviço. Estas condições por sua vez demandam atividades, que deverão estar descritas pela cadeia de valor, assim como para cada atividade serão necessários recursos que serão consumidos por ocasião da prestação dos serviços.

No sentido do fluxo dos recursos para os serviços, deve ser analisado a taxa de utilização dos recursos para cada atividade e nesta seu impacto sobre a condição de saúde atendida, e esta última sobre o grau de solução das demandas por serviços enfrentadas pela organização, a qual pode ser medida entre outros indicadores pela resolubilidade.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)