

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

CHRISTINA APARECIDA RIBEIRO

**A INSERÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM SISTEMA VERTICALIZADO  
DE SAÚDE**

SÃO PAULO  
2020

CHRISTINA APARECIDA RIBEIRO

**A INSERÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM SISTEMA VERTICALIZADO  
DE SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde  
Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2020

Ribeiro, Christina Aparecida.

A inserção da atenção domiciliar em um sistema verticalizado de saúde /  
Christina Aparecida Ribeiro. - 2020.

f. 59

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo.

1. Saúde suplementar. 2. Serviços de saúde - Administração. 3. Cuidados com os  
doentes. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola  
de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV.  
Título.

CDU 614.2

CHRISTINA APARECIDA RIBEIRO

**A INSERÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM SISTEMA  
VERTICALIZADO DE SAÚDE**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Data de Aprovação:

19/05/2020

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)  
FGV-EAESP

---

Prof. Dr. Walter Cintra  
FGV-EAESP

---

Profa. Dra. Luiza Watanabe Dal Ben  
EEUSP

*Ao meu pai Orídio e à minha mãe Alice.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus pela fé e à minha família pelos princípios, propósitos, resiliência e otimismo para “viver a vida”.

A Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Malik, minha sábia e querida orientadora, muita admiração, que me acolheu com empatia, entendeu o meu contexto, me motivou a pensar, buscar novos conhecimentos e ampliar a visão sobre a gestão da saúde no Brasil e em vários países do mundo.

Aos integrantes da minha banca: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luiza Dalben, pela expressiva trajetória na área da Atenção Domiciliar no Brasil e Prof. Dr. Walter Cintra, que muito me motivou a aprender e refletir em suas disciplinas do Mestrado.

Aos gestores da Prevent Senior, minha admiração pelo trabalho realizado, especialmente aos Drs. Fernando Parrilo, Sergio Antônio Dias da Silveira Junior e Luiz Felipe Fabi pelo acolhimento, possibilidade de acesso às informações e aprovação desse Projeto pelo CEP.

Aos gestores dos serviços de Atenção Domiciliar e Unidades de Transição/ILPIs credenciados da Prevent Senior que aceitaram participar das entrevistas e compor o conteúdo desse trabalho.

Aos professores do mestrado que tanto contribuíram para meu aprendizado e ampliação de horizontes sobre o mercado de saúde no Brasil.

Aos meus colegas de curso, pelo compartilhamento de vivências, ideias e parcerias na realização dos trabalhos.

Aos meus amigos de sempre que tanto me incentivaram para a realização e conclusão desse trabalho.

*A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho original.*

*Albert Einstein*

## RESUMO

As transições em saúde apresentam-se como grande desafio para a gestão dos serviços de saúde e a atenção domiciliar surge como uma estratégia nesse cenário para racionalizar o uso de leitos hospitalares, favorecer customização no atendimento e reduzir os custos assistenciais. Trata-se de uma modalidade racional e humanizada para oferta de cuidados evitando em grande parte, conforme sua missão, a necessidade de o paciente recorrer e permanecer por tempo prolongado em internação hospitalar. Particularmente, nessa pesquisa, a realidade da atenção domiciliar foi estudada em uma operadora de saúde específica, com perfil de atendimento prioritariamente à população idosa e que implementou um sistema verticalizado de atenção em saúde. O objetivo geral deste estudo foi demonstrar de que forma ocorre a inserção da atenção domiciliar em um sistema privado de saúde verticalizado, a partir da concepção dos principais gestores da operadora de saúde e dos gestores de empresas credenciadas. O estudo foi delineado como Estudo de Caso qualitativo, que utilizou a técnica de triangulação dos dados para analisar as entrevistas dos gestores com a análise documental. Os resultados demonstraram o desenho da rede e das modalidades de atenção domiciliar utilizada pela operadora de saúde, a interseção dos pontos dessa rede e a forma pela qual a atenção domiciliar se insere nesse contexto. Apresentou também o olhar dos gestores da rede credenciada sobre como a operadora conduz a sua estratégia de atenção domiciliar. Conclui-se que a operadora utiliza a sua rede verticalizada de forma eficiente e utiliza alguns pontos da atenção domiciliar, sem, contudo, esgotar as possibilidades de qualificação do cuidado em domicílio por meio desse tipo de assistência.

**Palavras-chave:** Saúde Suplementar; Redes de Atenção à Saúde; Atenção Domiciliar; Transição de Cuidados.

## ABSTRACT

Health transitions present a major challenge for the management of health services and home care as a strategy in this scenario to rationalize the use of hospital beds, favor personalization in care and reduce care costs. It is a rational and humanized way to offer care that should be able to avoid, according to its mission, the need of the patient to remain for a long time in hospital settings. Particularly, in this research, home care was studied in a specific voluntary health insurance, with a priority profile for elderly populations and which implemented a verticalized health care system. The objective of this study was to demonstrate how the insertion of home care in a verticalized health system occurs, based on answers of the main managers of the health plan and the managers of third party provider companies. The study was designed as a qualitative case study, which used a data triangulation technique for analysis of data from interviews with managers and document analysis. The results demonstrate the design of the home care network used by the health insurance as an intersection of the points in this network and the way home care develops in this context. It also presents the view of home health care providers managers on how the health plan manages its home care strategy. In conclusion, the health plan uses its vertical network efficiently and uses some points of home care, without exhausting possibilities for using home care through this type of assistance.

**Keywords:** Supplementary Health; Health Care Networks; Home Care; Care transition.

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b>	Perfil dos participantes da pesquisa.....	26
------------------	---	----

## LISTAS DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b>	Relação entre conceitos em saúde.....	13
<b>Figura 2:</b>	Benefícios da verticalização sob a perspectiva dos atores sociais envolvidos.....	20

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
	<b>3.1 A Atenção Domiciliar no Brasil a partir da implementação do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>15</b>
	<b>3.2 Redes Integradas e a verticalização na saúde suplementar.....</b>	<b>17</b>
	<b>3.3 A Atenção Domiciliar e o enfrentamento das transições em saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
	<b>4.1 Estudo de Caso Qualitativo.....</b>	<b>24</b>
	<b>4.2 Cenário de pesquisa: características gerais da operadora de saúde estudada.....</b>	<b>25</b>
	<b>4.3 Participantes da pesquisa.....</b>	<b>26</b>
	<b>4.4 Métodos de coletas de dados.....</b>	<b>27</b>
	<b>4.5 Métodos de análise de dados.....</b>	<b>28</b>
	<b>4.5.1 Análise de Conteúdo.....</b>	<b>28</b>
	<b>4.5.2 Triangulação de dados.....</b>	<b>29</b>
	<b>4.6 Questões éticas.....</b>	<b>29</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
	<b>5.1 Os elementos das Redes de Atenção à Saúde evidenciadas na Operadora de Saúde estudada.....</b>	<b>30</b>
	<b>5.2 Os locais (pontos de interseção) principais da Rede de Atenção à Saúde da operadora.....</b>	<b>32</b>
	<b>5.3 A transversalidade da Atenção Domiciliar no sistema de saúde da operadora.....</b>	<b>35</b>
	<b>5.4 O “olhar de fora”: dos credenciados para o serviço de Atenção Domiciliar.....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>LIMITES DA PESQUISA E SUGESTÕES DE NOVOS ESTUDOS.....</b>	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica constituem-se em desafios únicos para a sustentabilidade dos sistemas de saúde pelo mundo, com velocidades diferentes de transformação entre os continentes. Em países europeus, a velocidade da transição foi mais lenta, enquanto nos países em desenvolvimento do hemisfério sul ela assumiu comportamento acelerado, como no caso do Brasil (GBD, 2018).

O envelhecimento da população brasileira ocorreu rapidamente, segundo as projeções do IBGE. Na década de 1960, o percentual de pessoas com mais de 60 anos era de 4,1% da população total. Em 2017, o Brasil já tinha mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país. Em 2025, esse número deve subir para 15% (IBGE, 2018).

A transição demográfica é caracterizada pelo envelhecimento populacional, com mais pessoas ascendendo à faixa etária superior a 60 anos, ao mesmo tempo em que diminui o número de crianças e adolescentes. Já a transição epidemiológica caracteriza-se pela mudança do perfil do adoecimento, de doenças infecciosas e parasitárias para doenças e agravos crônicos (DUARTE; BARRETO, 2012).

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças e condições crônicas têm afetado de maneira considerável o sistema de saúde no Brasil, que necessita de reestruturação para um modelo proativo, integrado, contínuo e voltado para a promoção e manutenção da saúde (MENDES, 2011). O alongamento do tempo de vida se deu inicialmente em países desenvolvidos, mas é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde (CLOSS et al., 2012).

Outra transição de importância para os serviços de saúde é a tecnológica, caracterizada pela alta produção de tecnologias em saúde com consequente demanda de incorporação pelos serviços. Ela tem grande impacto sobre os custos em saúde, mesmo com a implementação de regulamentações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde (LIMA; BRITO; ANDRADE, 2019).

Essas três transições (demográfica, epidemiológica e tecnológica) desafiam os serviços de saúde, públicos e privados, a se reinventarem para prestar assistência da melhor forma possível, com foco no paciente, mas sem desconsiderar a sustentabilidade financeira. Nesse cenário, a atenção domiciliar surge como uma estratégia para racionalizar o uso de leitos hospitalares, evitar riscos de infecção hospitalar, favorecer maior customização no atendimento, contribuir na relação médico/paciente/família e reduzir os custos assistenciais.

Não só a Atenção Domiciliar ganha importância, mas também todo o sistema de transição de cuidados, dos ambientes hospitalares para outras estratégias assistenciais. Como exemplo dessa realidade, Lage (2018) ressalta que a falta da continuidade de cuidado implica em prejuízos funcionais e/ou cognitivos desses pacientes, levando-os a reinternações, e conseqüentemente elevando os custos, para os sistemas de saúde público e privado com um todo.

É nesse contexto que se insere o objeto de pesquisa desse estudo. Diante do perfil demográfico e epidemiológico contemporâneo, o que se espera é o crescimento e a ampliação de ações da atenção domiciliar. Trata-se de uma modalidade racional e humanizada para oferta de cuidados evitando em grande parte, conforme sua missão, a necessidade de o paciente recorrer e permanecer por tempo prolongado em internação hospitalar. E por ser uma modalidade ainda recente no Brasil, comparada com as demais, necessita ainda ser mais reconhecida, regulamentada e integrada no contexto dos sistemas de saúde, para que possa contribuir de maneira equânime e efetiva, com os demais níveis de atenção na transição e continuidade de cuidados de saúde.

Particularmente, nessa pesquisa, a realidade da atenção domiciliar foi estudada em uma operadora de saúde específica, com perfil de atendimento prioritariamente à população idosa e que implementou um sistema verticalizado de atenção em saúde. As questões norteadoras deste estudo foram as seguintes: como ocorre a inserção da Atenção Domiciliar em um Sistema Privado de Saúde verticalizado? Quais os seus diferenciais frente aos demais serviços? O quanto a Atenção Domiciliar contribui para a qualificação da assistência aos pacientes e a diminuição de custos?

## 2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é demonstrar de que forma ocorre a inserção da atenção domiciliar em um sistema de saúde verticalizado, a partir da concepção dos principais gestores da operadora de saúde e dos gestores de empresas credenciadas.

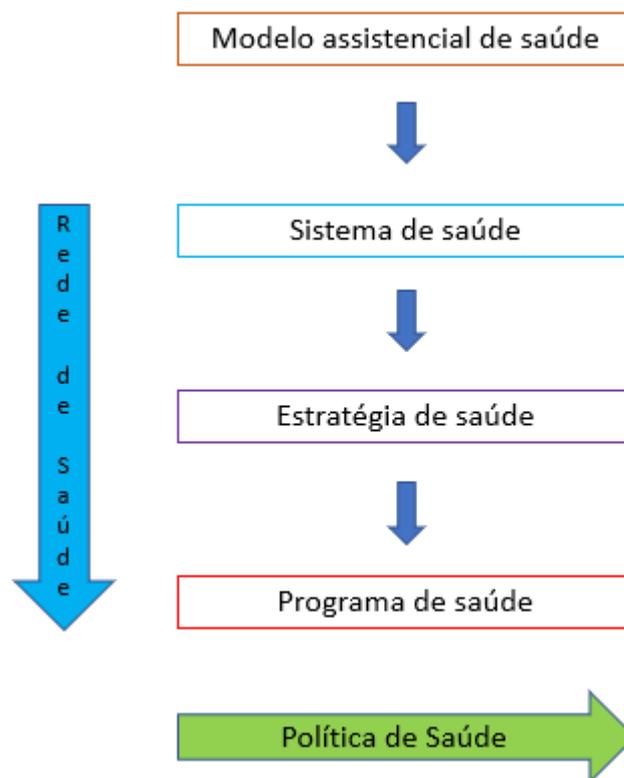
E tem como objetivo específico:

- Evidenciar os resultados assistenciais e operacionais da inserção da atenção domiciliar nesse modelo.

### 3 REVISÃO TEÓRICA

É comum o equívoco de atribuir conceitos diversos e ambíguos a um vocábulo específico do ideário da saúde e que contribuem para dificultar a identificação de algumas estratégias do sistema de saúde. Para entender melhor a atenção domiciliar é importante definir e organizar alguns conceitos, de acordo com a figura abaixo:

**Figura 1:** Relação entre conceitos em Saúde.



**Fonte:** Construção teórica da autora.

O Modelo Assistencial de Saúde existe apenas no campo das ideias. Ele representa os anseios sociais de todos os atores sociais envolvidos na produção da saúde – usuários diretos e indiretos, profissionais da saúde, organizações, instituições públicas e privadas e gestores do sistema de saúde. Como exemplo, podemos citar os modelos biomédico e sanitário, antagônicos na década de 1970, o modelo integral à saúde implementado com a criação do Sistema Único de Saúde e o modelo de vigilância à saúde que representa o momento atual no Brasil. (FERTONANI et al., 2015).

O sistema de saúde é o elemento concreto que possibilita que o modelo assistencial de saúde seja representado como vivência para as pessoas e instituições. É ele, com suas diretrizes e princípios, que orienta todas as práticas em saúde em um país. No Brasil, o primeiro sistema constitucionalmente instituído foi o Sistema Único de Saúde, que já representou dois modelos assistenciais distintos: o integral, da década de 1990, focado na prevenção e na integração de serviços e o atual, de vigilância a saúde, mais preditivo e focado na qualidade de vida e na promoção da saúde (SILVA JUNIOR, 1998).

A estratégia em saúde é focada na organização de situações específicas dentro do sistema de saúde, como é o caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), definida para a organização da atenção primária no Brasil. Pode-se concluir que um sistema de saúde é composto por um conjunto de estratégias que organizam setores distintos. A atenção domiciliar é também um exemplo de estratégia para a organização de serviços do sistema de saúde.

O programa de saúde já é considerado problema-focado. A proposta de um programa é resolver um problema específico e estão inclusos dentro de estratégias. Por exemplo, o programa de saúde da mulher trata de problemas específicos do mundo feminino e está incluso dentro de estratégias como a ESF.

A rede de saúde é o que dá a dimensão de integralidade ao sistema de saúde, dentro de seus níveis assistenciais. Ela é responsável por estabelecer as relações entre a atenção primária, secundária e terciária e propicia a coordenação do cuidado de um paciente dentro de um sistema complexo, buscando a melhor assistência com o menor custo possível (MENDES, 2011).

Já as políticas de saúde são responsáveis pela regulamentação e construção do arcabouço legal do sistema de saúde. Elas devem ser constantemente atualizadas para permitir o aperfeiçoamento e adequação do sistema de saúde aos novos tempos e a modernização do setor saúde. Como exemplo podemos citar a própria Atenção domiciliar, que somente teve promulgada política própria depois de anos de funcionamento do Sistema Único de Saúde (MENDES, 2011).

Essa construção conceitual é importante para a elaboração do referencial teórico desse Trabalho Aplicado (TA), que envolve a estratégia da Atenção domiciliar, que atua em rede dentro do sistema de saúde, envolvendo tanto o público quanto o privado e dependendo de outras estruturas para seu bom funcionamento.

### **3.1 A atenção domiciliar (AD) no Brasil a partir da implementação do Sistema Único de Saúde**

O cuidado domiciliar sempre existiu e esteve nos primórdios da medicina, em um tempo onde não havia a institucionalização dos doentes. O atendimento aos pacientes era despendido em visitas domiciliares, com os recursos possíveis para a época.

No Brasil, o atendimento domiciliar passou a ser ofertado sistematicamente a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre os anos de 1993-1994. A visita, praticada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, levava para o âmbito domiciliar os cuidados que variavam entre preventivos e curativos. Já foi uma grande revolução se comparado com a ausência sistematizada dessa assistência nas décadas anteriores, onde somente há registro de serviços de atenção domiciliar em experiências isoladas e geralmente associada a hospitais ou à prática clínica de médicos que atendiam às famílias (BRASIL, 2012).

A concepção da visita domiciliar na ESF é a de uma combinação de ações voltadas para a assistência e a educação em saúde, aproximando as pessoas dos serviços de saúde (MATTOS, 1995). Ela proporciona o conhecimento da realidade sanitária de indivíduos e famílias pelos serviços/profissionais de saúde. Dessa forma, ela tem sido utilizada para realizar cadastramentos, busca ativa, vigilância epidemiológica e sanitária, além das atuações assistenciais já conhecidas (PEREIRA, et al., 2004).

Na Lei 8080 publicada em 1990, a atenção domiciliar não foi abordada. Ela somente foi incluída em 2002, por meio da Lei nº 10.424, que acrescentou capítulo e artigo na Lei, instituindo no âmbito do SUS a assistência e a internação domiciliar.

No entanto, foi apenas na Portaria 825 de 2016 que os propósitos da atenção domiciliar foram mais bem explicitados. Ela foi definida como uma nova modalidade de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2016).

Ela definiu também o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, e como substitutivo ou complementar à internação hospitalar, definindo melhor o atendimento em rede na atenção domiciliar. Ela assumiu como objetivos a racionalização do atendimento hospitalar, bem como a redução da permanência de usuários internados, de forma humanizada e respeitando a autonomia das pessoas. Suas diretrizes a colocam como eixo pertencente às Redes de Atenção à Saúde, incorporada ao sistema de regulação, de caráter interdisciplinar e promotora da integração de serviços, profissionais, usuários e famílias.

Já na Saúde Suplementar, mesmo sendo parte integrante do sistema de saúde no Brasil, não existe legislação que defina a atenção domiciliar. A Lei nº 9.656, de 1998, não inclui a assistência à saúde no ambiente domiciliar (*Home Care*) entre as coberturas obrigatórias. As únicas obrigações de fornecimento para o domicílio definidas nessa lei são as de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina. Ainda explicita que o fornecimento de medicamentos não está contemplado (BRASIL, 1998).

Verifica-se, dessa forma, que a atenção domiciliar na saúde suplementar não é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Seu funcionamento é regulamentado apenas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada 11/2006 (ANVISA, 2006). Ela não é inclusa nos contratos dos planos de saúde e é considerada serviço adicional ofertado aos beneficiários. Por isso, a sua modelagem é definida pela própria operadora.

Conceitualmente, independentemente de sua realização no setor público ou privado, a atenção domiciliar é definida como uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e composta por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016). Ela desafia, ultrapassa os muros das instituições de saúde e torna-se uma modalidade substitutiva que exige que as equipes trabalhem na complexidade domiciliar, na multiplicidade de dinâmicas familiares, incorporando seus valores e saberes ao cuidado (PROCOPIO, et al., 2019).

Essa definição inclui um novo cenário na assistência à saúde, caracterizado pelo domicílio do paciente e por tudo o que ele significa. Essa concepção é compartilhada nos próprios documentos norteadores do Ministério da Saúde:

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. (BRASIL, 2012).

Particularmente para a saúde suplementar, além do desafio de desenvolver a assistência nesse novo cenário do domicílio, ela deve se preocupar com os aspectos organizacionais e de logística, incomuns até então para o plano de negócios de uma operadora de saúde; deve se organizar para a gestão do trabalho de equipes ou prestadores externos e a educação para a saúde de seus usuários e família; e deve definir critérios técnicos baseados em evidência de ingresso em Home Care ou internação domiciliar e em redes de cuidado alternativas (FRANCO; MERHY, 2008).

### **3.2 Redes de Atenção à Saúde (RASs) e a verticalização na saúde suplementar**

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), em relatório a respeito dos desafios para os sistemas de saúde, indicou caminhos para superá-los: preparar o sistema para o atendimento às condições crônicas; implementar e tornar intensivo o uso da tecnologia da informação na gestão em saúde e assistência aos pacientes; implementar a totalidade dos registros de pacientes na modalidade eletrônica; promover a educação permanente dos profissionais de saúde; coordenar cuidados na rede de atenção de forma longitudinal e não só momentânea; incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema (IOM, 2001).

Quando ele sugere o cuidado longitudinal, coordenado ao longo de redes de atenção, vai ao encontro do conceito das teorias sobre rede, particularmente da defendida por Castells, em que

...as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos. (CASTELLS, 2000).

Adaptando esse conceito ao setor saúde, pode-se definir as Redes de Atenção à Saúde (RASs) como organizações de gestão compartilhada de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por mesmo propósito, com objetivos comuns e que trabalha de forma cooperativa e interdependente. Essa condição permite ofertar continuidade e integralidade de cuidados a uma população, capitaneada pela atenção primária à saúde – “prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (MENDES, 2011, p. 82).

As RASs possuem definições internas básicas e apresentam objetivos comuns para poderem assim ser definidas como rede. Não possuem hierarquia estabelecida e, dependendo do momento assistencial do paciente, cada ponto da rede pode assumir momentaneamente o protagonismo. Precisam, para serem redes, da participação integrada dos três níveis de assistência – primário, secundário e terciário, e devem considerar todo o escopo assistencial possível – promocional, preventivo, curativo, reabilitador e paliativo. São orientadas pela Atenção Primária a Saúde (APS) e geram valor para a sua população (MENDES, 2011).

A Organização Mundial de Saúde agrega a esse conceito de redes de atenção à saúde a dimensão organizacional, dizendo que devem ser distribuídas em arranjos produtivos que, em alguns momentos, concentrem serviços e, em outros, os dispersem pelo território de acordo com o grau de complexidade. Por exemplo, a APS deve ser distribuída entre todos os territórios e os serviços de maior densidade

tecnológica, como os hospitais, devem ser concentrados, regulados e assertivos (WHO, 2000).

Ainda para a Organização Mundial de Saúde, as RASs, para serem efetivas e eficientes, conferindo qualidade em seus processos assistenciais, devem ter as seguintes premissas: "...economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção" (WHO, 2000, p. 14).

Na configuração de redes de atenção, a integração vertical ocorre entre unidades de níveis de atenção diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma operadora de saúde que começa com uma clínica própria e depois vai agregando outros serviços próprios, como hospital, laboratórios, transportes, etc.

Segundo Mendes (2011), a integração vertical nas redes de atenção à saúde, se faz através de uma completa integração:

...por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical da saúde, manifesta-se uma singular forma de geração de valor na rede de atenção, o valor em saúde, o que se aproxima do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas.

A verticalização, no setor de saúde, pode ser definida como o processo por meio do qual uma empresa gerencia os planos de saúde e a prestação de serviços médicos ao mesmo tempo, buscando associar todos os produtos e serviços oferecidos ao paciente em uma única empresa (ALVES, 2008).

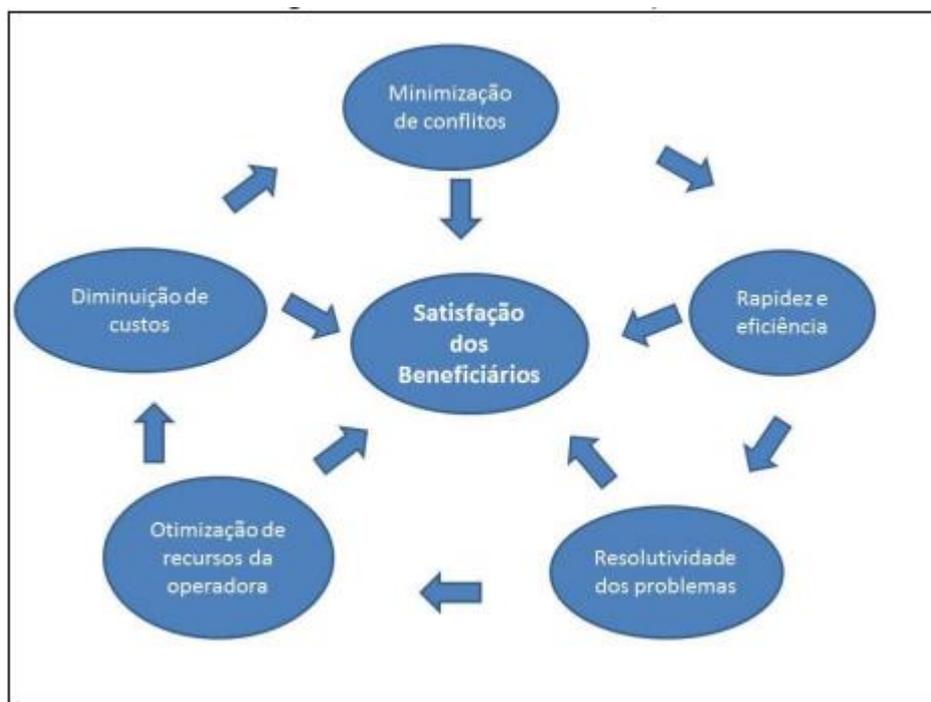
Byrne e Ashton (1999), abordando a verticalização no mercado geral, afirmam que a motivação para a estratégia:

...está no aumento dos benefícios para as partes interessadas, sejam eles proprietários, gerentes ou acionistas. Deste modo, a integração vertical é muitas vezes realizada com o objetivo de maximizar os

lucros, benefício este frequentemente desejado, e que será alcançado no momento que a integração vertical permitir ganhos de eficiência dentro da organização. A eficiência da produção e os custos de transação representam os dois importantes tipos de ganhos de eficiência para as organizações, influenciada por economias de escopo e de escala.

Para Tissot (2016), conforme representado na Figura 2, os benefícios da verticalização atingem diversos atores sociais envolvidos, dos beneficiários aos gestores das operadoras, com a minimização de conflitos pela proximidade estabelecida com o cliente, a diminuição de custos e a otimização dos recursos da operadora, e a resolubilidade aumentada diante dos problemas identificados, devido ao fato de toda a cadeia produtiva da saúde estar dentro de uma mesma empresa.

**Figura 2:** Benefícios da verticalização sob a perspectiva dos atores sociais envolvidos



**Fonte:** TISSOT, et al (2016).

Os níveis de atenção de um sistema de saúde constituem outra base conceitual para as RASs e também contextualizam os sistemas verticais de saúde, à medida que

eles têm que contemplar em uma mesma cadeia produtiva os elementos dos três níveis assistenciais.

A Atenção Primária a Saúde (APS) é entendida como a de menor densidade tecnológica, mas a de maior densidade de conhecimento técnico científico, responsável por solucionar mais de 80% das demandas em saúde. Já a atenção secundária assume o posto de densidade tecnológica intermediária, e a atenção terciária o de maior densidade tecnológica e complexidade de processos. Entre esses níveis deve existir a integralidade, a interdisciplinaridade e a intersectorialidade para a constituição das redes de atenção (MERHY; et al., 2006; PINHEIRO; MATTOS, 2005).

As características da APS, segundo Starfield, devem ser assimiladas por todos os níveis assistências para que sejam possíveis: o primeiro contato do paciente com a unidade de saúde, que deve produzir empatia, independente do ponto da rede em que o paciente seja assistido; a garantia de continuidade do cuidado iniciado em uma linha de cuidado; a dimensão longitudinal da assistência a longo prazo; e a integralidade e inteligência de ações coordenadas entres serviços e equipes de saúde (STARFIELD, 2002).

Cada nível de atenção do sistema pode integrar linhas de cuidados variadas dentro das Redes de Atenção à Saúde. Por exemplo, na atenção às doenças cardiovasculares, a APS, a atenção secundária e a terciária têm contribuições específicas para a continuidade do cuidado ao paciente. No sistema verticalizado, essa integralidade deve ser observada nos fluxos e processos definidos dentro da própria rede.

### **3.3 A Atenção Domiciliar e o enfrentamento das transições em saúde**

As condições crônicas no Brasil e todos os custos em saúde associados a ela ocorreram pelas transições demográfica e epidemiológica. Significa uma “tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas” (MENDES, 2010, p. 16). Os sistemas de saúde, tanto no setor público quanto no privado, enfrentam graves problemas por tratar essas condições de forma fragmentada.

A transição epidemiológica, particularmente, acontece atrelada a outras transformações sociais e econômicas. Ela é parte de um processo mais amplo, definido como transição da saúde, que associa a transição das condições de saúde e a resposta social organizada a estas condições, representada pelos modelos de atenção à saúde (SCHRAMM et al, 2004). As mudanças nas populações, provocadas por essa transição, fomentam a necessidade de remodelar a atenção à saúde, com o objetivo de continuar a garantir o direito à saúde diante das necessidades resultantes deste cenário. O envelhecimento provoca aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, e da quantidade de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (MENDES, 2010).

Esse cenário, em grande parte, é responsável pelo desenvolvimento da atenção domiciliar. Para conseguir lidar com estas mudanças são necessárias novas estratégias e mecanismos de cuidado em saúde, além da construção de políticas públicas adequadas de atenção à saúde e intervenções integrais que se desvinculem apenas do cuidado hospitalar. Uma delas, a atenção domiciliar, surge como possibilidade de descongestionar os hospitais levando o cuidado para ambiente mais favorável aos pacientes e familiares com promoção e prevenção à saúde.

A Atenção Domiciliar, com essa finalidade, deve ser vista de maneira transversal nos níveis de atenção em saúde, desde a APS até o hospital. Ela pode otimizar internações hospitalares, favorecer a desospitalização precoce e contribuir para a implementação de Redes de Atenção à Saúde, mesmo em sistemas verticalizados (XAVIER; NASCIMENTO; CARNEIRO JUNIOR, 2019).

A atenção domiciliar surge no contexto das transições, a partir dos anos 1990, de maneira mais estruturada, como uma modalidade estratégica para racionalização de recursos, transição e continuidade de cuidados (RIBEIRO, 2019). Malik et al., (1998) consideram que o crescimento da oferta de Serviços de Atenção Domiciliar está vinculado à busca pela redução de custos com as internações hospitalares, assim como a desmistificação da possibilidade de realização de procedimentos no domicílio, que antes eram realizados apenas no hospital.

Entre as outras estratégias e mecanismos de cuidado à saúde no contexto das transições, duas modalidades de serviços de saúde, além da atenção domiciliar, cumprem a função de suporte para a desospitalização e continuidade de cuidados, a mais recente, últimos dez anos, é a Unidade de Transição - UT, instituição com estrutura assistencial voltada para a recuperação clínica, cirúrgica e de reabilitação

intensiva de pacientes, pós internações hospitalares e contemporâneas da atenção domiciliar, as Instituições de Longa Permanência - ILPIs, voltadas para pacientes portadores de doenças e condições crônicas, oriundos de longa permanência hospitalar e sem perspectivas de alta para o domicílio.

De acordo com Mendes (2011) é através de uma Rede de Atenção à Saúde – RAS, que é possível se prestar assistência contínua e integral à saúde de determinada população no tempo e lugar certos, com o custo e qualidade adequados. Segundo Andrade et al., (2013) existe ainda falta de conhecimento por parte da população, sobre o conceito e a função dos programas de atenção domiciliar PAD, sua inserção nos serviços de saúde e critérios de admissão do usuário, fatores que dificultam e prejudicam a integração efetiva de tais programas de maneira complementar, interdependente e articulada com os hospitais e demais recursos de referência e contra referência na RAS. Os mesmos autores reforçam a diversidade de possibilidades da atenção domiciliar, assim como a maior complexidade de entendimento da modalidade na rede, pois a organização do seu conjunto tecnológico, depende das interfaces com os diferentes serviços, a modalidade assistência domiciliar com a atenção primária e a internação domiciliar com os serviços hospitalares.

Braga e colaboradores (2016) consideram a atenção domiciliar como uma estratégia adequada de cuidados pós agudos ou continuidade de cuidados. O problema ressaltado pelos autores, no entanto, é que o crescimento da oferta dos serviços de atenção domiciliar nos setores público e privado, ainda não acompanha a necessidade da demanda em termos quantitativos e qualitativos.

Lacerda et al. (2006) consideram a atenção domiciliar como uma nova concepção de atenção à saúde, uma estratégia inovadora, baseada em uma percepção diferenciada sobre o processo saúde-doença, que contempla o indivíduo e seus familiares em seu domicílio.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

O objeto de pesquisa proposto por esse estudo apresenta características que definem o seu delineamento metodológico. Ao propor o estudo da atenção domiciliar em um cenário complexo e inovador caracterizado pelo plano de saúde verticalizado, sob a concepção de seus principais gestores, essa pesquisa assume a perspectiva de estudo qualitativo em saúde.

Esse delineamento é o indicado para tratar de fenômenos subjetivos que variam de acordo com o participante e a sua inserção no fenômeno (CHARMAZ, 2009). Segundo Creswell (2015) o estudo qualitativo assume o pressuposto construtivista, que é aquele em que o investigador sempre faz alegações de conhecimento com base principalmente nas entrevistas com a intenção de interpretar significados múltiplos das experiências pessoais, e também significados social e historicamente construídos, com o objetivo de desenvolver um padrão de análise. Para Minayo (2010) a abordagem qualitativa é a melhor escolha para a investigação de grupos ou segmentos delimitados, de relações e para a análise de discursos e documentos.

A pesquisa qualitativa é utilizada para explorar questões que dificilmente o pesquisador responderia por meio de estudos quantitativos. No caso da concepção dos gestores sobre a inserção da atenção domiciliar, várias situações são envolvidas, principalmente cotidianas e subjetivas, o que corrobora com a escolha do método qualitativo (POUPART et al., 2010).

### 4.1 Estudo de Caso Qualitativo

O delineamento utilizado para essa pesquisa foi o Estudo de Caso como descrito por Robert K. Yin (YIN, 2005), que permite a associação de métodos de análise de dados e sua apresentação em construto único. Essa estratégia também foi utilizada por esse estudo, que trabalhou com entrevistas abertas e com a análise documental de dados disponibilizados *online* pela empresa estudada.

Por possibilitar a compreensão de relações estruturais e subjetivas, por permitir um exame detalhado das relações e das experiências e, principalmente, por evidenciar o rumo de um processo em andamento e a maneira de interpretá-lo (MINAYO, 2006), o Estudo de Caso adaptou-se às necessidades de visualizar a atenção domiciliar no plano de saúde verticalizado estudado, permitindo essa variação de fontes e possibilitando o entendimento do todo pela convergência desses dados em uma triangulação. Das fontes de evidência citadas por Yin (2005), esse estudo explorou documentos em versão *online* e entrevistas. Além disso, o Estudo de Caso constituiu-se numa estratégia de pesquisa que contemplou desde as técnicas de coleta até a análise final do construto e permitiu que o estudo seguisse uma linha de raciocínio única.

#### **4.2 Cenário de pesquisa: características gerais da operadora de saúde estudada**

A empresa Prevent Senior foi criada em 1997 no bairro da Mooca, zona leste da cidade de São Paulo, por dois irmãos, Eduardo e Fernando Carrilo, que até hoje permanecem como proprietários. O primeiro serviço estruturado foi o de ambulâncias, que evoluiu posteriormente para o atendimento médico. Desde o início o foco foi trabalhar com usuários de idades mais avançadas. Até dezembro de 2019 contava com 456.000 beneficiários, sendo 346.000 com 61 anos ou mais e 258 que já chegaram aos 100 anos de idade. Dispunha de 44 unidades na rede própria de atendimento, sendo 12 hospitais.

O atendimento em rede própria representa 80% do seu volume assistencial, sendo o restante realizado em serviços credenciados, localizados na grande São Paulo, Santos, Osasco. Desde novembro de 2019, começou a oferecer planos de saúde para atendimento em rede credenciada no município do Rio de Janeiro. Seu diferencial é o foco maior em pessoas com mais de 49 anos, mensalidade média de R\$ 800,00 reais e contratos individuais, ao contrário das grandes concorrentes que trabalham com planos empresariais ou coletivos que representam mais de 80% do mercado.

Conforme dados de balanços públicos o faturamento da Operadora foi de 1 bilhão de reais em 2014 e 3,5 bilhões em 2019. No mesmo período, seu lucro subiu de 56 milhões de reais para 410 milhões.

A Prevent Senior atua de maneira expressiva na prevenção de doenças e agravos, cada paciente tem um médico tutor, com especialidade de acordo com a necessidade. As atividades fora de hospitais e consultórios são parte importante do modelo de negócios da Operadora. A concentração do atendimento em rede própria evita desperdícios, otimiza diagnósticos e tratamentos, além de propiciar a gestão de informações sobre cada usuário do sistema.

Além dos equipamentos de saúde voltados para a assistência, a Operadora investe em espaços voltados para o lazer, atividades físicas e oficinas de terapia ocupacional.

### 4.3 Participantes da pesquisa

O Sistema verticalizado adotado pela empresa faz com que quase a totalidade das atividades seja feita em serviços próprios, com a seleção criteriosa de uma rede credenciada de apoio para o restante da assistência. Por esse motivo, os participantes da pesquisa escolhidos para esse estudo ocupam diferentes espaços de gestão na cadeia verticalizada de assistência à Saúde.

Participaram da pesquisa: o presidente da Prevent Senior, o diretor do Instituto de Educação e Pesquisa, o diretor da Prevent Senior Assiste, três gestores de áreas assistenciais e 5 gestores de serviços externos. O perfil dos entrevistados é apresentado no Quadro abaixo:

**Quadro 1:** Perfil dos participantes da pesquisa

SEXO	CARGO	EMPRESA	TEMPO DE EMPRESA (em anos)	FORMAÇÃO
Masculino	Presidente	Prevent Senior	23	Administrador (Informações através de Aula na EAESP – curso MPGC)
		Entrevistados		
Masculino	Diretor IEP	Prevent Senior	10	Médico
Masculino	Diretor	Prevent Assiste	5	Médico
Masculino	Vice Diretor	Hospital	7	Médico
Feminino	Vice Diretora	Pronto Socorro	6	Médica

Feminino	Vice Diretora	Ambulatório	12	Médica
Masculino	Diretor	Empresa Home Care credenciada	15	Enfermeiro
Masculino	Diretor	Empresa Home Care credenciada	10	Enfermeiro
Masculino	Diretor	Unidade Transição e ILPI credenciada	13	Médico
Feminino	Gerente	UT – ILPI e Home Care credenciada	2	Enfermeira
Masculino	Diretor	Empresa Fisioterapia e Fonoaudiologia credenciada	13	Fisioterapeuta

**Fonte:** Dados de pesquisa, 2019.

#### 4.4 Métodos de coleta de dados

Considerando a importância de mesclar métodos de coleta no Estudo de Caso, essa pesquisa optou por utilizar dois métodos clássicos:

A) Entrevista aberta: segundo Poupart e colaboradores (2010) ela permite de forma privilegiada apreender o ponto de vista e a experiência dos atores e construir a experiência coletiva que ajudará na análise dos dados. Anteriormente às entrevistas, o projeto de pesquisa foi apresentado aos participantes. Aproveitou-se esse momento também para a distribuição e explicação dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas pelo meio digital e no horário reservado pelo participante. As entrevistas foram gravadas para depois serem transcritas para a análise. O roteiro aberto utilizado para as entrevistas está apresentado no APÊNDICE B. Ao todo, foram realizadas 10 entrevistas durante o período de coleta de dados, em ambiente seguro e que garantiu o sigilo das informações prestadas.

B) Análise Documental: Os documentos recebem importância singular dentro da abordagem do Estudo de Caso por conterem em si informações concisas e permanentes (YIN, 2005). Por meio da leitura dos documentos pode-se reforçar ou não a afirmação proposta pelo pesquisador a respeito da questão central. Os registros utilizados foram analisados à procura de situações que reforçassem o percebido nas entrevistas realizadas com os profissionais. Os documentos foram disponibilizados em versão online para análise

## **4.5 Métodos de Análise de dados**

### **4.5.1 Análise de Conteúdo**

A análise de conteúdo foi o método de análise escolhido. Trata-se de um método indutivo, baseado na inferência onde, por meio da frequência dos dados das entrevistas, é possível estruturar trechos de análise do fenômeno que representam a totalidade das falas (BARDIN, 2010) – exemplo de aplicação no APÊNDICE C. Trata-se de conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, que ao mesmo tempo que se apresenta como um vasto instrumental metodológico de pesquisa e se inspira pelos elementos da pesquisa social (POUPART et al., 2010).

Os códigos para a análise foram gerados a partir dos discursos dos participantes da pesquisa abordando a inserção da atenção domiciliar no cenário do plano de saúde verticalizado.

O método propõe três fases analíticas que foram cumpridas:

A) Pré-Análise – momento de organização do material recolhido, representado pelas transcrições realizadas. Nessa fase, se constrói o *corpus* inicial de análise que surge da seguinte forma: esgotamento da totalidade da informação (exaustividade); busca pela universalidade das declarações (representatividade); determinação de cada grupo de análise para o conjunto de dados (homogeneidade); adaptação dos dados aos objetivos da pesquisa (pertinência) e classificação dos mesmos em apenas uma categoria (exclusividade).

B) Exploração do material – por meio das técnicas de recorte, enumeração, classificação e agregação que se determinou as unidades de codificação da pesquisa. Foi o momento do uso da semântica para a definição das unidades de análise.

C) Tratamento dos resultados – fase final da análise de conteúdo onde se verifica a inferência e a interpretação para a construção final da categoria analítica. O Apêndice C apresenta uma análise realizada como exemplo.

#### **4.5.2 Triangulação de dados**

A triangulação de dados descrita por Minayo (2005; 2010) é definida como uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados de métodos de coleta de dados diferenciados, fazendo deles uma construção única. Ela deve ser escolhida quando contribui para aumentar o conhecimento do assunto e atende aos objetivos que se deseja alcançar por meio do Estudo de Caso Qualitativo. Portanto, as categorias que surgiram foram produto da associação dos resultados obtidos pela análise de conteúdo e pela análise de documentos disponibilizados online.

#### **4.6 Questões éticas**

Para atender a legislação vigente no país sobre a pesquisa com seres humanos, mesmo que por meio de entrevistas com gestores, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de ética do plano de Saúde que foi cenário desse estudo, e contou com a participação consentida dos entrevistados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados nas subseções seguintes originaram-se da triangulação de dados de fontes distintas. Os dados dos documentos online foram cruzados com as informações da entrevista, compondo um resultado único. Eles foram coletados por meio de consultas *online* a dados disponibilizados pela operadora de saúde, de entrevistas com gestores e diretores de diferentes pontos do sistema verticalizado e da rede credenciada e do conteúdo disponibilizado pelo presidente da operadora em aula ministrada na Escola de Administração de Empresas de SP da Fundação Getúlio Vargas. Os dados foram tratados pela Análise de Conteúdo e transformados em categorias que discutiram os resultados à luz dos princípios das Redes de Atenção à Saúde, visto que a própria empresa anuncia como suas premissas na atenção o acesso, a longitudinalidade, a integralidade, e a coordenação da atenção. Esses princípios são enunciados como importantes por autores como Mendes (2011) e Starfield (2002).

### 5.1 Os elementos das Redes de Atenção à Saúde evidenciados na Operadora de Saúde estudada

O primeiro elemento da Rede de Atenção à Saúde é a acessibilidade. Ela deve contemplar questões geográficas e sócio-organizacionais para favorecer o ingresso do paciente no sistema. Do ponto de vista geográfico, as unidades da rede devem ser estabelecidas com base em critérios sociais e demográficos do local (MENDES et al., 2012). Do ponto de vista sócio organizacional, a acessibilidade aborda as posturas e estratégias adotadas pelos serviços de saúde para a garantia do acesso, mediante interpretação das demandas, evidenciando as suas necessidades, o que leva à otimização da oferta (STARFIELD, 2002).

A composição e distribuição geográfica das unidades de saúde da operadora estudada seguem uma lógica quantitativa de demanda e especialidade médica. Os fluxos de atendimento podem ter início em qualquer instância do sistema e, a partir daí, ocorrem os encaminhamentos, levando sempre em consideração a rapidez do atendimento, diagnóstico e início de tratamento. É a ideia da locação do paciente certo, no lugar certo, pelo tempo e custos certos.

A coordenação de cuidados pode ser entendida como a organização da assistência entre os diversos profissionais, serviços e níveis assistenciais necessários à recuperação, manutenção e promoção da saúde dos usuários (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003). Ela deve ocorrer mais próximo das pessoas, com acesso facilitado para a criação do vínculo (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2006). Na operadora de saúde ela é considerada um grande desafio, porque precisa integrar os fluxos estabelecendo uma conscientização sobre a necessidade de processos mais ágeis, para responder às mudanças na demanda de pacientes. Entre os fatores que contribuem para que os encaminhamentos entre os serviços e a transição de cuidados ocorra de maneira eficiente e efetiva estão a utilização de protocolos em todas as instâncias assistenciais e administrativas, a clareza da integração e comunicação intensiva entre as equipes de gestores e multiprofissionais. Os fluxos entre os serviços são pré-estabelecidos, os profissionais seguem protocolos clínicos e gerenciais, a comunicação entre todas as instâncias ocorre de maneira continuada.

Para ajudar na coordenação de cuidados, existe uma rede de referência e contra referência gerenciada entre todos os serviços, de tal forma que há clareza de indicação e grau de suficiência de cada instância e a comunicação impera entre os gestores, para que exista alto grau de resolutividade em cada local, ocorrendo encaminhamentos ágeis e pré-estabelecidos de maneira protocolar, de acordo com o grau de necessidade de atenção de cada paciente. A interdisciplinaridade é outro ponto de discussão nas RASs. Ela é compreendida como o trabalho colaborativo, que respeita as especificidades de cada formação, mas ao mesmo tempo se abre para o trabalho comum junto a outro profissional (COSTA, 2007). Nessa perspectiva, o diferencial do profissional que trabalha na operadora está na incorporação da cultura da empresa, considerada seu ponto forte e facilitadora da interlocução entre todos. Segundo informações coletadas, não existem missão e valor definidos, isso é sentido com o tempo, na proposta e desenvolvimento do trabalho na empresa, que fomenta a interdisciplinaridade e a comunicação frequente de seus colaboradores.

O investimento em tecnologias para a comunicação e para a agilidade dos processos assistenciais é outra premissa do trabalho em rede (MENDES, 2011). Na operadora, há uma intensiva busca por inovações por meio dos estudos e contato com outros sistemas de saúde pelo mundo, como o exemplo da adoção de ferramentas de tele monitoramento e inteligência artificial para laudos de exames. A tecnologia racionaliza os custos dos sistemas, tornando a operação mais sustentável,

principalmente quando se trabalha com população prioritariamente idosa. A tecnologia, como facilitadora do compartilhamento da informação, também ajuda a mudar o foco do tratamento, da medicalização para um comportamento preventivo em toda a rede. Nesse sentido, a inovação com a implementação de atividades relacionadas a qualidade de vida, como *shows* e jogos, propicia o contato dos beneficiários com os profissionais da operadora.

Um dos elementos das redes de atenção que precisa ser aperfeiçoado naquela em estudo é a democratização ou atuação poliárquica dos seus pontos. Ela é considerada estratégica na constituição de redes por possibilitar a agilidade dos processos (WHO, 2000). Na palavra dos próprios fundadores, a empresa ainda possui conotação familiar, com parte do poder decisório centralizado, como estratégia de não perder a cultura da empresa.

A integralidade, entre todos os princípios do trabalho em rede, é o que assume papel mais importante por envolver o modo de organizar as práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas. Ela interliga esses três pontos, além de afirmar a abertura constante para o diálogo entre todos os atores sociais do cuidado. Esse diálogo ocorre na relação entre oferta e demanda de atenção à saúde, e enfoca os problemas de maior prioridade conforme mutuamente percebidos pela comunidade e pelos sistemas de saúde (PINHEIRO; MATOS, 2001). A integralidade é anunciada como um dos princípios da operadora estudada, que evidencia práticas de aproximação sucessivas a esse conceito, quando incentiva a comunicação entre paciente e profissionais, entre as equipes de pontos distintos da rede verticalizada e com os credenciados, e quando propicia o acompanhamento desse paciente ao longo de uma rede de cuidados entre níveis assistenciais distintos.

## **5.2 Os locais (pontos de interseção) principais na Rede de Atenção à Saúde da operadora**

A empresa adota um modelo de atenção hospitalar e ambulatorial, verticalmente integrado em quase a sua totalidade. Nesse modelo, os usuários são atendidos dentro da sua rede hospitalar própria, permitindo um adequado controle dos custos operacionais. Aproximadamente 70% dos atendimentos ambulatoriais ocorrem dentro de suas próprias instalações, e cerca de 80% dos exames são realizados em

seus centros diagnósticos próprios. A empresa trabalha centrada no paciente, objetivando a melhora da qualidade de vida dos seus usuários, realizando grandes ações no campo de prevenção de doença e promoção da saúde.

Nesse sistema, um dos pontos considerados estratégicos pela operadora é o *Pronto Socorro*. Contrapondo ao preconizado por outras operadoras, esse ponto da rede é visto como estratégico para o contato com o paciente, onde se aproveita para utilizar os recursos de maior densidade tecnológica para classificar melhor o paciente e direcioná-lo para o melhor uso da rede. O paciente pode procurar o serviço de maneira espontânea, pode ser encaminhado do ambulatório e da atenção domiciliar para avaliação clínica, exames e/ou procedimentos. O Pronto Socorro é visto como um local de grande oportunidade para receber, conhecer, educar o paciente, solucionar seus problemas imediatos e redistribuir necessidades de atenção de maneira adequada. O PS foi transformado em *super PS* – virou um importante ponto de contato dos pacientes com os melhores médicos, que recebem mais pelo trabalho.

Geralmente os pacientes, nesse ponto da rede, apresentam quadros agudos infecciosos, descompensações de doenças crônicas e traumas. O paciente, a partir do Pronto Socorro, pode receber encaminhamento para o ambulatório de especialidades, retornar ao domicílio com ou sem prescrição de continuidade de atenção ou ser encaminhado para internação hospitalar de acordo com a especialidade requerida. Seus gestores se comunicam para discussão e passagem de casos, por telefone ou de maneira informatizada, por meio de protocolos que descrevem o perfil da oferta de atenção de cada serviço e quando e como devem ocorrer os encaminhamentos.

O Pronto Socorro utiliza a atenção domiciliar em larga escala, principalmente para continuidade de tratamentos medicamentosos com antibióticos injetáveis, que têm início no serviço, inclusive com passagem de PICC quando necessário, com comunicação com a gestão da Atenção Domiciliar, que passa a gerenciar o caso, por meio de Plano de Atenção Domiciliar – PAD, e operacionalização do atendimento por empresa credenciada. Outras condições indicadas também com maior frequência para o domicílio são pacientes requerendo procedimentos técnicos de enfermagem e fisioterapia respiratória e motora. Casos de maior gravidade e com tendência a desestabilização são encaminhados para hospitais de especialidade ou leitos de pacientes crônicos, com possibilidade de continuidade de atenção em domicílio após desospitalização.

O *Ambulatório* é um ponto da rede da operadora com densidade tecnológica intermediária que atende pacientes encaminhados por profissionais de consultórios, pronto socorros, pós alta hospitalar e atenção domiciliar. São 13 núcleos ambulatoriais de especialidades, classificados em três níveis de complexidades, com médicos tutores, que atuam por meio de protocolos clínicos para seguimento, sistematização, customização e adesão importante. A porta de entrada é de baixa complexidade com a geriatria, clínica médica e cardiologia. São consideradas média complexidade nesse modelo a cardiologia e a pneumologia. E ainda atua com parte da alta complexidade, denominado “ambulatório *premium*”, com geriatria, cardiologia, oncologia e cuidados paliativos. Também existe um núcleo ambulatorial específico para reabilitação.

O perfil mais frequente de morbidade é o de pacientes com Insuficiência coronariana, infarto do miocárdio, doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasias. Do ambulatório o paciente pode ser encaminhado para a continuidade de cuidados em pronto socorro, internação hospitalar ou para o domicílio, com ou sem atenção domiciliar. Segue o fluxo de comunicação de toda a rede Prevent Senior, com a proximidade dos gestores, utilizando protocolos formais pré-estabelecidos com critérios de elegibilidade para cada instância assistencial. A Atenção Domiciliar faz parte da continuidade do segmento ambulatorial, oferece estrutura e processos assistenciais para pacientes agudos e crônicos, seja para administração de medicamentos injetáveis, procedimentos de enfermagem e para monitoramento e prevenção de reagudizações de doenças e condições crônicas.

A unidade hospitalar localizada no bairro de Pinheiros, de alta densidade tecnológica na rede da operadora, oferece atendimento eminentemente clínico e é referência para pacientes que necessitam de reabilitação e apresentam tempo de internação prolongada nos hospitais da rede. Conta com unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, laboratório de análises clínicas para apoio e centro de diagnóstico por imagens. Tem vinculação direta com o programa de atenção domiciliar. Conta com 74 leitos de internação, divididos em enfermarias e apartamentos, sendo 30 leitos de UTI.

Geralmente o paciente chega ao Hospital após o atendimento em pronto socorro, ambulatório ou atenção domiciliar. Esse complexo hospitalar é utilizado na rede como uma retaguarda para pacientes crônicos que apresentam reagudizações e necessitam de atenção com maior complexidade até a estabilização e possibilidade de alta total ou continuidade da atenção em domicílio ou ambulatório, seguindo

protocolos específicos de transição e acompanhamento. A média de permanência é de 4,9 dias e o perfil dos pacientes são de pós AVC, descompensações de quadros pulmonares, neurológicos, pós-operatórios, pós traumas com fraturas, cirurgias vasculares, casos oncológicos. Após alta imediata o paciente pode ir para ambulatório ou realizar transição de cuidados em domicílio. A comunicação ocorre tanto para a recepção do paciente para internação quanto no planejamento de alta, com necessidade de continuidade de atenção de acordo com as condições do paciente. Todos os mecanismos de comunicação são utilizados e existe um grupo responsável pela coordenação da continuidade de cuidados utilizando *WhatsApp* - hospital, ambulatório, pronto socorro e atenção domiciliar - para que ocorra comunicação efetiva entre os gestores.

Existe uma conexão organizada entre estes serviços de tal forma que o usuário pode ser encaminhado do ambulatório para o Pronto Socorro, Hospital, Atendimento Domiciliar, Hospital de Crônicos e até mesmo, de maneira direta, para as Clínicas de transição e ILPIs.

### **5.3 A transversalidade da Atenção Domiciliar no sistema de saúde da operadora**

As ações geradas durante a internação hospitalar com a atuação do médico, a integração da equipe assistencial, a agilidade nos processos no planejamento de alta, a clareza sobre a necessidade da transição e continuidade de cuidados e orientações efetivas ao paciente na alta hospitalar, fazem toda a diferença em um processo de desospitalização. Essas ações são potencializadas ao se trabalhar em uma rede de serviços com hospitais, unidades de pronto socorro, ambulatórios e atenção domiciliar, que atuam de modo integrado e sem desperdícios. O trabalho com a família do paciente, com oferta de orientações sobre as condições do paciente e os cuidados que serão necessários no domicílio também contribuem para a segurança da desospitalização.

De acordo com o perfil de morbidade do paciente e seu grau de dependência de cuidados técnicos, a atenção domiciliar é oferecida de maneira racional e acertada, seja na modalidade internação domiciliar, assistência ou visitas para realização de

procedimentos. As orientações e monitoramento ocupam papel central na transição de cuidados dentro do sistema da operadora.

Fazem parte da política institucional ações fortes de antibioticoterapia domiciliar, com o objetivo de que a finalização das terapias seja realizada de forma adequada na residência dos pacientes, seja após internações hospitalares, como em serviços de pronto socorros e ambulatórios da rede.

Para a gestão da AD, a empresa possui setor com sede própria, diretoria médica e conta com equipe multiprofissional com cerca de 60 integrantes, divididos em departamentos internos que cuidam das autorizações para admissão e gestão da permanência em Atenção Domiciliar, por serviços credenciados (atualmente, são 6 Serviços de AD e 3 Serviços de transição e Longa Permanência credenciados).

Os pacientes podem ser indicados para receber cuidados domiciliares por qualquer serviço da Rede, mas são oriundos principalmente dos prontos socorros, seguidos pelos ambulatórios e hospitais. Quando não existe perspectiva de alta da atenção domiciliar, para pacientes crônicos, complexos e com dificuldades relacionadas a estrutura familiar e de domicílio, ainda pode ocorrer o encaminhamento para instituições de longa permanência credenciadas.

Os médicos dos pronto socorros seguem protocolos que orientam sobre indicação para AD, grande parte voltados para pacientes com necessidade de medicação domiciliar assistida. Duas redes de Atenção Domiciliar de médio porte credenciadas estão programadas para receberem esses pacientes até 22 horas de segunda a segunda; depois deste horário, as primeiras doses de medicamentos são administradas no Pronto Socorro e, depois das 7 horas da manhã, é acionada a AD e transferência para o domicílio. Transporte e medicamentos são oferecidos por esse setor da operadora como forma de otimizar custos e agilizar o fluxo de não hospitalização.

Existe um tele monitoramento rigoroso para o controle das atividades e evolução dos pacientes no domicílio, durante a AD e periódica e proativamente no pós alta. Os gerontólogos realizam este trabalho, assim como profissionais administrativos, mediante protocolos. Os serviços oferecidos em domicílio vão dos mais simples aos mais complexos: podem ser realizados desde curativos a decanulação, passagem de sondas, PICC, serviço de RX, administração de quimioterápicos e drogas controladas.

A estrutura de serviços da atenção domiciliar da Prevent Assiste compreende: Canal de Comunicação - Central de Atendimento; Setor de Liminares; Desospitalização; Equipe de Contingência, de Antibioticoterapia e de Oxigenoterapia. Ainda possui monitoramento clínico (ativo e passivo) e atendimentos de fonoaudiologia, fisioterapia e nutrição.

#### **5.4 O olhar “de fora”: dos credenciados para os serviços de Atenção Domiciliar**

Os pacientes oriundos de hospital, em maior frequência, e de pronto socorros, são registrados em uma planilha da Atenção Domiciliar, e os serviços credenciados têm acesso diário por meio de senha própria aos pacientes indicados, seu diagnóstico e endereço, e se manifestam aceitando assumir ou não, determinado número de casos com escala de acordo com a disponibilidade de atuação dos profissionais.

Quem decide qual serviço atenderá cada paciente é o setor de AD da operadora; os critérios passam por histórico de serviços prestados, entrega de relatórios, assiduidade e resultados. A faixa etária é entre 60 e 90 anos, perfil de morbidade constituído por pacientes de média e baixa complexidade, porém também se atende alta complexidade. A credenciada trabalha com protocolos internos e os próprios do programa da operadora. Todo o material e insumos são providos pela operadora e a credenciada presta a assistência.

O ponto forte da operadora, na visão da credenciada, é a gestão diferenciada em relação a outras operadoras. A atenção domiciliar está inserida no sistema e existe facilidade de encaminhamentos e comunicação entre os diferentes serviços e profissionais. A vantagem competitiva em relação às demais operadoras está na agilidade na tomada de decisão, a implantação vinda do Pronto Socorro em larga escala, alto volume de antibioticoterapia domiciliar e a grande valorização do serviço de atenção domiciliar no processo verticalizado da operadora.

Para os credenciados, a operadora acredita muito na atenção domiciliar e a utiliza efetivamente como uma ferramenta de contenção de custo, de diminuição de sinistro. Atua com muitos indicadores e protocolos desenvolvidos com foco na qualidade e gestão do serviço e, dessa forma, consegue implantar na atenção domiciliar um volume muito grande de novos casos. A rede de atendimento verticalizada ajuda muito nessa metodologia de trabalho. Os pacientes são vistos

como potenciais utilizadores do serviço de atenção domiciliar e durante os programas de prevenção, eles são esclarecidos a respeito dos serviços e estimulados a buscá-los quando necessário. Ainda para eles, existe controle total sobre os beneficiários, conhecem bem tudo o que acontece com cada paciente que utiliza o plano de saúde.

Os pontos de melhoria citados são o desenvolvimento de sistemas de monitoramento menos dependentes de planilhas; o relacionamento com maior flexibilidade para a decisão clínica e uma melhoria vinculada a terem maior confiança técnica no contratado. Em comparação com outras operadoras, os valores de pagamento são muito baixos, mais voltados para mão de obra e a contrapartida, que justifica o relacionamento comercial, é o volume. As empresas devem atender com prontidão os casos indicados: se não atenderem dois casos seguidos, podem ficar uma semana sem receber paciente, por exemplo.

A Prevent Senior, segundo os credenciados entrevistados, interfere no trabalho realizado pelo prestador de serviço. Os auditores da operadora visitam os serviços, interferem na conduta, alteram prescrições, o que gera ansiedade em quem presta o serviço. A restrição na autorização de serviços gera insegurança sobre o que vai ocorrer com a assistência, que nem sempre pode ser plena e de acordo com o grau de necessidade do paciente.

Existem muitos pacientes acamados que precisariam de acompanhamento continuado em domicílio e recebem abordagem restrita. Por exemplo, a empresa contratada realiza somente o procedimento autorizado pela operadora, mesmo percebendo que deveriam ser prestados outros cuidados. As demais necessidades observadas são de responsabilidade da família. O modelo de oferta de atenção domiciliar da operadora é focado na resolução do problema agudo do paciente.

## 6 CONCLUSÃO

O estudo descreveu como ocorre a inserção da atenção domiciliar em um sistema privado de saúde verticalizado, considerando a concepção dos principais gestores da operadora de saúde e dos gestores de empresas credenciadas.

Os resultados demonstram as características e a dinâmica desse sistema, voltado para usuários com idade maior de 49 anos, que inclui a atenção domiciliar em sua rede assistencial como estratégia de agilização e racionalização de recursos. Em seu modelo de atenção, o emprego de protocolos, os fluxos de transição e a continuidade de cuidados, a padronização de processos, com a oferta de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são mecanismos utilizados para obtenção de resultados favoráveis à sustentabilidade do sistema.

A acessibilidade à rede de serviços da operadora é facilitada em número, especificidade, especialidades e distribuição geográfica das unidades de saúde, para que os usuários possam utilizá-la e ingressem em fluxos protocolados, otimizados e regulados na busca de oferecerem atenção aos pacientes certos, nos lugares, pelos tempos e custos certos.

A sintonia de comunicação entre os gestores dos serviços da rede e o engajamento nos princípios, diretrizes e a busca por resultados favoráveis são características marcantes da organização estudada.

A incorporação e utilização de novas tecnologias visando a agilidade de processos assistenciais é uma realidade, embora na atenção domiciliar a tecnologia da informação ainda apresente certo descompasso, o uso de planilhas de Excel deverá ser substituído por sistemas compatíveis ao número de usuários e todas as variáveis de registros, que necessitam ser monitorados, assim como na interface que é realizada com os serviços credenciados na troca de informações.

Em relação à democratização ou atuação poliárquica dos pontos da rede, difere do que foi relatado nas entrevistas e documentos, pois ainda existe centralização de poder decisório nos donos da operadora e a delegação técnica protegida por meio de protocolos validados administrativa e cientificamente.

A integralidade - um dos princípios da rede de atenção - é evidenciada na composição de seus serviços e ações por meio do gerenciamento de sua utilização, comunicação e na preocupação com a coordenação e continuidade do cuidado, seja

ele na área de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, assistência, reabilitação e cuidados paliativos.

O pronto socorro é utilizado como ponto estratégico da rede para conhecer os usuários da operadora e a partir daí atuar para que seus problemas de saúde sejam identificados, tratados e que exista uma educação em saúde, assim como a organização do fluxo e da linha de cuidado para o paciente. A inserção da atenção domiciliar nesse momento assistencial, assim como a partir de ambulatórios, é um diferencial pois usualmente as operadoras de planos de saúde autorizam transição para cuidados técnicos domiciliares após internações hospitalares.

Existe conexão entre os serviços da rede verticalizada da operadora estudada. A atenção domiciliar é acionada tanto em ações pontuais e responsivas a demandas do pronto socorro, ambulatório e hospital, como para o monitoramento longitudinal em domicílio.

Para inserção mais inovadora e plena no sistema, a atenção domiciliar deve evoluir para uma postura mais proativa no sistema, com status mais de modalidade do que de ferramenta, oferecendo ações continuadas e não tão pontuais e passivas, de maneira multidisciplinar, presenciais ou por meio de recursos de telemedicina e tele monitoramento, com alto grau de suficiência. Favoreceria para que o fluxo do paciente tenha mão dupla e ações coordenadas para utilização mais acertada dos recursos do sistema. A atenção domiciliar precisa ser entendida de forma transversal no sistema, atuando como reorientadora de práticas do cuidado em saúde.

A atenção domiciliar tem potencial para ser implementada em todas suas modalidades, de visita domiciliar, assistência, atendimento pré-hospitalar, internação domiciliar e inúmeras possibilidades de formatação de programas especializados e protocolados como é o caso da reabilitação e cuidados paliativos.

Com a miniaturização de equipamentos o domicílio pode também ser utilizado como instância ambulatorial, de pronto socorro e até de hospital para casos clínicos que não necessitem de UTI e centro cirúrgico. Dessa forma pode se tornar também um polo assistencial bastante apropriado para o perfil de usuários da operadora em questão, com dificuldades de locomoção e maior grau de dependência de cuidados.

O olhar de fora, ou seja, dos credenciados, uma vez que a equipe da Prevent Assiste está mais voltada para o monitoramento dos pacientes cadastrados do que para a execução de procedimentos, é de adesão ao modelo de atendimento da operadora, de adaptação à execução dos protocolos preconizados, de compromisso

em atender a todos os seus requisitos. Apesar de uma remuneração considerada menor do que a praticada no mercado, uma vez que é restrita em grande parte apenas ao pagamento do trabalho de profissionais de saúde, conseguem sustentabilidade econômica de seus serviços com margens reduzidas de lucro, em função de ganhos garantidos pela recepção de volume de pacientes. Os gestores entrevistados verbalizam atender entre 300 a 500 pacientes/mês para a recepção de antibioticoterapia domiciliar entre outros serviços pontuais.

Existe admiração por parte dos credenciados quanto aos fluxos ágeis de indicação e gerenciamento da permanência dos pacientes em cada instância da rede de atenção, assim como a conexão entre os serviços e a comunicação vigente no sistema. Eles apresentam sugestões de melhoria em relação à oportunidade de maior confiança no desempenho técnico dos credenciados, menos interferência no trabalho realizado e maior flexibilidade para discussão e ampliação de ações assistenciais ao paciente no domicílio.

## **7 LIMITES DA PESQUISA E SUGESTÕES DE NOVOS ESTUDOS**

Esse estudo apresenta o limite de ter abordado apenas os principais gestores da rede própria e credenciada de atenção domiciliar. Certamente teria apresentado cenário diverso com a participação de profissionais ligados diretamente à assistência nos diferentes recursos da rede de atenção da operadora.

A comparação do modelo estudado com o praticado por outras operadoras poderia dar uma visão mais consistente da inserção da atenção domiciliar em outros sistemas verticalizados.

Diante do tempo reduzido para a realização da pesquisa não foi possível vivenciar os fluxos relatados de indicações de pacientes para a atenção domiciliar e entrevistar profissionais responsáveis pela indicação, registrar o que pensam sobre o encaminhamento e o trabalho realizado no domicílio.

A atenção domiciliar, para ser vista em sua totalidade na saúde suplementar, deve ser avaliada também em estudos que abordem outros tipos de operadoras de saúde, que muito poderão contribuir para informações sistematizadas dessa modalidade ainda nova de atenção à saúde no Brasil.

Como novos estudos sugere-se a continuidade dessa pesquisa com os profissionais de saúde de outros pontos de assistência da rede de atenção da operadora de saúde, e estudos relacionados à experiência dos pacientes com o plano de saúde.

A aplicação do delineamento dessa pesquisa em outros tipos de operadoras de saúde, como uma autogestão, poderá contribuir para a construção de estudos comparativos com a operadora estuda.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S. L. Eficiência das operadoras de planos de saúde. **Revista Brasileira de Risco e Seguro**, Rio de Janeiro, 4(8), 87-112. Disponível em:

<http://www.rbrs.com.br/arquivos/RBRS8-4%20Sandro%20Leal.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

ANDRADE, A.M., et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013;34(1):111-117.

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200014&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000200014&script=sci_arttext). Acesso em: 20 nov. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BRAGA, Patrícia Pinto et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, Mar. 2016 .

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300903&lng=en&nrm=iso). . Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria 825, de 25 de Abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2016. Seção 1, p.33. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em 15 fev. 2020.

BYRNE, M. M.; ASHTON, C. M. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: the effect of reimbursement systems. **Journal of Healthcare Management**. Jan 1, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10345556>. Acesso em: 10 abr 2020.

CASTELLS, M. A era da informação: economia, sociedade e cultura. In: CASTELLS, M. **A Sociedade em rede**. São Paulo : Paz e Terra, 2000. v. 1.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

CLOSS E, SCHWNAKE, CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 2012; 15(3):443-458. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-98232012000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232012000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 jun. 2019.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10 abr. 2020.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, Elisabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em. 04 abr. 2020.

FERTONANI, H. P., et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 6 pp. 1869-1878. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em 20 fev. 2020.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1511-1520, Oct. 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 fev. 2020.

GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2017. **Lancet (London, England)** vol. 392,10159 (2018): 1859-1922. doi:10.1016/S0140-6736(18)32335-3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26321261>. Acesso em: 20 fev. 2020.

IBGE. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018**.

2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 58 p. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>. Acesso em 26 out 2018.

LACERDA MR, GIACOMOZZI CM, OLINISK SR, TRUPPEL TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.88-95, maio-ago. 2006.

<https://www.scielo.org/article/sausoc/2006.v15n2/88-95>.

Acesso em 20 nov. 2019.

LAGE, D. E. et al. The Care Continuum for Hospitalized Medicare Beneficiaries Near Death. **Annals of Internal Medicine**, [Epub ahead of print], 13 feb. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29435586>. Acesso em: 4 de setembro de 2018.

MALIK AM, SCHIESARI LMC. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série: Saúde & Cidadania). Disponível em:

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Qualidade\\_na\\_gestao\\_local\\_de\\_servicos\\_e\\_acoes\\_de\\_saude/496](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Qualidade_na_gestao_local_de_servicos_e_acoes_de_saude/496). Acesso em: 10 nov. 2020

MATTOS, T. M. Visita domiciliária. In: KAWAMOTO, E.E; SANTOS M.C.H.;  
MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e  
Universitária; 1995. p. 35-9.

MENDES, A.C.G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho  
ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, 08 (2012). Disponível em:  
[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acessibilidade-aos-servicos-  
basicos-de-saude-um-caminho-ainda-a-percorrer/11004?id=11004](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acessibilidade-aos-servicos-basicos-de-saude-um-caminho-ainda-a-percorrer/11004?id=11004). Acesso em: 13  
abr. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de  
Janeiro, v. 15 n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-  
81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 abr. 2020.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-  
Americana da Saúde, 2011. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso  
em 20 fev. 2020.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no  
cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-134.

MINAYO, M. C. S. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C.  
P; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de dados:  
abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 71-  
104.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**.  
9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIVA, P. A., et al. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade,  
inclusão, exclusão e alta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 29(2), 244-

252. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40848190013.pdf>.

Acesso em: 10 abr. 2020.

PEREIRA, M. J. B. et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e formação. In: Ministério da Saúde (BR).

**Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. v. 2. p. 71-80.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 181-193.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.215-53.

PROCOPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, Abr. 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000200592&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200592&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 jan. 2020.

RIBEIRO, C.A. **Atenção Domiciliar: Princípios, Práticas e Perspectivas.** 1ª. Ed. São Paulo. 2019. Editora Eureka.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2004, vol.9, n.4, pp. 897-908. ISSN 1413-8123;

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400011&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 08 abr. 2020.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecno assistenciais em saúde: o debate do campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; 1998.

SILVA JUNIOR, A. G; MERHY, E. E; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 113-128.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TISOTT, P. B., et al. Integração Vertical nos Sistemas de Saúde Suplementar: O Caso de uma Operadora de Saúde na Modalidade de Autogestão. **Revista Gestão Industrial**, 12(1), 2016. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/profile/Vilmar\\_Tondolo/publication/304029579\\_INTEGRACAO\\_VERTICAL\\_NOS\\_SISTEMAS\\_DE\\_SAUDE\\_SUPLEMENTAR\\_O\\_CASO\\_D\\_E\\_UMA\\_OPERADORA\\_DE\\_SAUDE\\_NA\\_MODALIDADE\\_DE\\_AUTOGESTAO/links/57cf22ba08ae057987ac084b/INTEGRACAO-VERTICAL-NOS-SISTEMAS-DE-SAUDE-SUPLEMENTAR-O-CASO-DE-UMA-OPERADORA-DE-SAUDE-NA-MODALIDADE-DE-AUTOGESTAO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Vilmar_Tondolo/publication/304029579_INTEGRACAO_VERTICAL_NOS_SISTEMAS_DE_SAUDE_SUPLEMENTAR_O_CASO_D_E_UMA_OPERADORA_DE_SAUDE_NA_MODALIDADE_DE_AUTOGESTAO/links/57cf22ba08ae057987ac084b/INTEGRACAO-VERTICAL-NOS-SISTEMAS-DE-SAUDE-SUPLEMENTAR-O-CASO-DE-UMA-OPERADORA-DE-SAUDE-NA-MODALIDADE-DE-AUTOGESTAO.pdf). Acesso em: 10 abr. 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, World Health Organization, 2000.

Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/>. Acesso em 03 mar 2020.

XAVIER, G. T. O.; NASCIMENTO, V. B.; CARNEIRO JUNIOR, N. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e180151, 2019. Disponível em:

[https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt\\_1809-9823-rbgg-22-02-e180151.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt_1809-9823-rbgg-22-02-e180151.pdf)

Acesso em: 15 abr. 2020.

Yin, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada(a) , A INSERÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM SISTEMA VERTICALIZADO DE SAÚDE conduzida por CHRISTINA APARECIDA RIBEIRO. Este estudo tem por objetivo DEMONSTRAR DE QUE FORMA OCORRE A INSERÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM SISTEMA DE SAÚDE VERTICALIZADO, A PARTIR DA CONCEPÇÃO DOS PRINCIPAIS GESTORES DA OPERADORA DE SAÚDE E DOS GESTORES DE EMPRESAS CREDENCIADAS.

Você foi selecionado(a) por ser Gestor na Operadora de Saúde Prevent Senior. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

O risco da sua participação nessa pesquisa se restringem ao constrangimento por ter que responder a questões referentes ao seu trabalho. Você não terá gastos ou eventuais despesas para participar da mesma.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista aberta com questões referentes a ESTRUTURA E PROCESSOS DE ATENÇÃO NA PREVENT SENIOR, FLUXO DE PACIENTES, TRANSIÇÃO DE CUIDADOS E O PAPEL DA ATENÇÃO DOMICILIAR NESSE SISTEMA. A mesma acontecerá em local e horário de sua melhor conveniência. A entrevista será gravada em meio digital para posterior transcrição.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do CEPH/FGV, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Christina Aparecida Ribeiro – [chrisribeiro@uol.com.br](mailto:chrisribeiro@uol.com.br)

Rua Ministro Ferreira Alves – 1031 – Apto 64-B – Perdizes – SP – TEL: 11 - 991084274

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas – CCE/FGV: Praia de Botafogo, 190, sala 536, Botafogo, Rio de Janeiro, RJ, CEP 22250-900, telefone (21) 3799-6216. E-mail: [etica.pesquisa@fgv.br](mailto:etica.pesquisa@fgv.br).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a) \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - ROTEIROS DE ENTREVISTAS

### CRENCIADOS PREVENT SENIOR ASSISTE

1 – Desde quando e para quais serviços de atenção domiciliar sua empresa é credenciada pela Prevent Senior (PS)?

2 – Como é o fluxo de indicação e admissão dos pacientes PS para atenção domiciliar? Qual a principal origem (hospital, ambulatório, pronto socorro)? O que difere das outras operadoras para as quais trabalha?

3 – Quantos pacientes em média a PS indica mensalmente para sua empresa?

4 – Quais as características gerais (faixa etária, perfil de morbidade, local e condições de moradia) dos pacientes indicados?

5 – Existem protocolos específicos em sua empresa para admissão, permanência e alta de pacientes PS em atenção domiciliar?

6 – Quem é responsável pelo fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e transporte para a atenção domiciliar?

7 – Como é efetuado o pagamento pelos serviços executados? Por procedimento, pacote ou existe outra maneira particular?

8 – Na sua opinião quais os principais diferenciais do trabalho com a Prevent Assiste comparados com outras Operadoras de Planos de Saúde?

9 – Você considera que a atenção domiciliar está inserida de maneira relevante na rede de serviços da PS? Existe facilidade para a transição de cuidados pós alta da atenção domiciliar na rede de serviços da PS?

10 - Na sua opinião quais são os pontos fortes e os pontos de melhoria para a oferta de atenção domiciliar pela PS?

**DIRETORIAS – PREVENT SENIOR E PREVENT SENIOR ASSISTE**

- 1 – Qual é o modelo de atenção oferecido pela Prevent Senior a seus beneficiários?
- 2 - Como ocorre o fluxo do paciente entre os serviços da Prevent Senior?
- 3 - Quais as principais ferramentas de desospitalização da Operadora?
- 4 - Qual é o papel da atenção domiciliar na transição de cuidados?
- 5 – Como você vê a inserção da atenção domiciliar no sistema Prevent Senior?
- 6 – Existe plano de investimento em tecnologias para a oferta de atenção domiciliar?

**GESTORES DE SERVIÇOS: HOSPITAL DE CRÔNICOS, PRONTO SOCORRO E AMBULATÓRIO.**

1 - Como é o fluxo do paciente que chega ao Serviço?

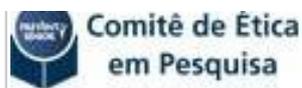
2 - Qual o perfil de morbidade mais frequente deste paciente?

3 - Quais as referências que utiliza para encaminhamento pós atendimento?

4 - Como ocorre a comunicação entre os serviços para a continuidade da atenção?

5 - Como você vê a oferta e a atuação da atenção domiciliar no Sistema Prevent Senior?

## APÊNDICE C - APROVAÇÃO CEP



PREVENT SENIOR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A ATENÇÃO DOMICILIAR EM UM SISTEMA VERTICALIZADO DE SAÚDE

**Pesquisador:** Christina Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 29855720.4.0000.8114

**Instituição Proponente:** INSTITUTO PREVENT SENIOR - IPS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.974.605

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de apresentação adequada, explicando de forma clara e objetiva o que será investigado. Ao perguntar :- "como a Atenção Domiciliar está inserida em um Sistema Verticalizado Privado de Saúde e quais os seus diferenciais frente aos demais níveis de atenção?", acaba por apresentar um panorama geral da assistência domiciliar em diversos sistemas de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

Verificar como ocorre a inserção da atenção domiciliar em um sistema privado verticalizado de saúde, voltado para o atendimento de usuários acima de 50 anos.

Trata-se de objetivo bem delineado e limitado, aonde pretende :-

- Conhecer a composição do sistema de saúde em questão e os mecanismos de transição entre seus serviços.
- Descrever a estrutura, funcionamento e resultados da atenção domiciliar oferecida aos usuários deste sistema.
- Obter a visão de gestores dos serviços, quanto à inserção da atenção domiciliar no sistema, destacando seus diferenciais frente aos demais níveis de atenção e à forma como ocorrem a comunicação e integração entre eles.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos aos seres humanos. Não há riscos de identificação de dados e exposição de usuários.

**Endereço:** Rua Lourenço Marques 158, 6º andar

**Bairro:** VILA OLÍMPIA

**UF:** SP

**Telefone:** (11)4085-9070

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 04.550-004

**E-mail:** cepps@preventsenior.com.br

Continuação do Parecer: 3.974.605

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem delineada, com objetivo específico e relevância em nível de gestão de saúde (tanto na esfera privada quanto na esfera pública).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem comentários adicionais

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1520401.pdf	11/03/2020 11:43:04		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	11/03/2020 11:40:03	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	10/03/2020 21:09:02	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	CAC.pdf	10/03/2020 21:04:00	Christina Ribeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Prevent_Senior.docx	09/03/2020 20:54:29	Christina Ribeiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	09/03/2020 20:51:01	Christina Ribeiro	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/03/2020 20:41:25	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	documento_confidencialidade.pdf	09/03/2020 20:31:06	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	Validacao_Christina02.pdf	09/03/2020 09:50:09	DANIELA RIMOLDI CUNHA	Aceito
Outros	documento.pdf	09/03/2020 05:53:30	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	09/03/2020 04:56:54	Christina Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Justificativa_Dispensa.pdf	09/03/2020 04:47:19	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	Resposta.pdf	09/03/2020	Christina Ribeiro	Aceito

Continuação do Parecer: 3.974.605

Outros	Resposta.pdf	04:46:12	Christina Ribeiro	Aceito
Outros	Validacao_Christina.pdf	05/03/2020 16:28:34	DANIELA RIMOLDI CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/03/2020 18:04:35	Christina Ribeiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 16 de Abril de 2020

---

**Assinado por:**

**SERGIO ANTONIO DIAS DA SILVEIRA JUNIOR**

## EXEMPLO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

### ANÁLISE DE CONTEÚDO (BARDIN, 1997)

CÓDIGO DA ENTREVISTA: G 04

ENTREVISTA/CONTEXTO (Dados brutos)	PRIMEIRA ANÁLISE (Leitura sistematizada das entrevistas formatando o corpus inicial de análise)	SUBCATEGORIA (Classificação dos corpus iniciais em subcategorias de análise)	UNIDADE DE CODIFICAÇÃO (uso da semântica para determinação das unidades de análise)
<p>O paciente pode receber encaminhamento para o ambulatório de especialidades, retornar ao domicílio com ou sem prescrição de continuidade de atenção ou ser encaminhado internação hospitalar de acordo com a especialidade requerida.</p> <p>Os gestores se comunicam para discussão e passagem de casos, por telefone ou de maneira informatizada, através de protocolos que descrevem o perfil da oferta de atenção de cada serviço e quando/como devem ocorrer os encaminhamentos.</p>	<p>Fluxo paciente na rede de cuidados</p> <p>Ferramentas do trabalho em equipe na comunicação Uso de recursos digitais para a comunicação.</p>	<p>Linha de cuidados</p> <p>Interdisciplinaridade</p>	<p>Integralidade entre pontos da rede de atenção à saúde</p> <p>Continuidade do cuidado por meio da comunicação</p>

<p>O Pronto Socorro utiliza a atenção domiciliar em larga escala principalmente para continuidade de tratamentos medicamentosos com antibióticos injetáveis, que têm início no Pronto Socorro, inclusive com passagem de PICC quando necessário, com comunicação com a Prevent Assiste, que passa a gerenciar o caso, através de Plano de Atenção Domiciliar – PAD, e operacionalização do atendimento por empresa credenciada. Outros quadros indicados também com maior frequência para o domicílio são de pacientes com procedimentos técnicos de enfermagem e fisioterapia respiratória e motora. Casos de maior gravidade e com tendência a desestabilização são encaminhados para hospitais de especialidade ou leitos de pacientes crônicos, com possibilidade de continuidade de atenção em domicílio após desospitalização</p>	<p>A AD é utilizada para desafogar o pronto socorro.</p> <p>São feitos procedimentos de complexidades distintas na AD</p> <p>Modificação da PS para a PA</p> <p>Fluxos de pacientes de acordo com a gravidade do caso. Movimentação orientada na rede de cuidados</p>	<p>AD transversal no sistema verticalizado da operadora</p> <p>A AD assume procedimentos de complexidades distintas</p> <p>Relação entre unidades gestoras da operadora de saúde</p> <p>Linha de cuidados</p>	<p>Transversalidade da AD</p> <p>Transversalidade da AD entre níveis assistenciais</p> <p>Sistema verticalizado de saúde</p> <p>Integridade entre pontos da rede de atenção à saúde</p>
---	---	---	---