



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA BIOMÉDICA

RODOLPHO SARMENTO MACÊDO

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A GESTÃO SUS E AS RECOMENDAÇÕES DA
FERRAMENTA DE QUALIDADE EM GESTÃO *TRIPLE AIM***

UBERLÂNDIA
2019
RODOLPHO SARMENTO MACÊDO

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A GESTÃO SUS E AS RECOMENDAÇÕES DA FERRAMENTA DE QUALIDADE EM GESTÃO *TRIPLE AIM*

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Engenharia Biomédica da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Engenheiro Biomédico.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cláudia Patrocínio

UBERLÂNDIA
2019
RODOLPHO SARMENTO MACÊDO

**ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A GESTÃO SUS E AS RECOMENDAÇÕES DA
FERRAMENTA DE QUALIDADE EM GESTÃO *TRIPLE AIM***

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Engenharia Biomédica da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Engenheiro Biomédico.

Aprovado em dia _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cláudia Patrocínio (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Adriano Alves Pereira
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Ms. Pedro Moisés de Souza
Universidade Federal de Uberlândia

UBERLÂNDIA
2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter sido meu principal ponto de apoio nos momentos os quais me senti exaurido e ansioso sendo sempre uma válvula de escape nestes momentos desgastantes da minha jornada acadêmica.

A professora orientadora deste trabalho de conclusão de curso, Professora Ana Cláudia Patrocínio que nunca mediou esforços para que a orientação fosse feita de maneira correta, conseguindo me guiar corretamente durante todo o processo de escrita e criação deste trabalho.

Agradeço aos meus familiares por todo apoio e entusiasmo que passaram, fazendo com que as atividades da faculdade, mesmo sendo desgastantes, se tornassem o mais impassível possível.

Por fim gostaria de agradecer aos professores os quais durante o período de graduação não mediram na doação tempo e esforços na geração de um profissional que além de qualificado também se tornasse ético e correto quando fosse para o mercado de trabalho.

RESUMO

As ferramentas de gestão de qualidade direcionadas a ambientes hospitalares estão em desenvolvimento há anos, este trabalho apresenta algumas destas, tendo como foco a ferramenta *Triple Aim* (TA), seus objetivos e princípios, buscando a verificação de viabilidade de implementação desta no Sistema Único de Saúde. A ferramenta em questão TA apresenta os objetivos de melhoria na qualidade saúde da população, a melhoria no atendimento ao usuário de saúde e a redução do custo per capita; apresentando também princípios bem fundamentados. Em comparação com a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), que também apresenta princípios bem estruturados, nota-se que o sistema busca por estruturas bem relacionadas a ferramenta TA, mesmo que não cite a mesma em seus documentos. Conclui-se com o trabalho que a ferramenta é aplicada para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) estabelecidos individualmente, já o SUS sendo global não consegue abordar a ferramenta em questão por não ter estrutura de fiscalização para cada EAS público específico.

ABSTRACT

Quality management tools directed to hospital environments have been in development for years, this work present some of these, having as focus the tool Triple Aim (TA), its objectives and principles, searching the verification of viability of implementation of this, in the Single System of Health. The tool in question TA presents the objectives of improvement in the quality health of the population, the improvement in the customer service of health and the reduction of the per capita cost; also presenting based principles well. Compared to the structure of the Health Care Facilities (SUS), that also it presents well-structured principles, it is noted that the system searches for structures the tool well-connected TA, that does not cite the same in its documents. It is concluded with the work that the tool is applied to individually established Health Care Facilities (EAS), already the SUS being global can not approach the tool in question for not having structure of fiscalization for each specific public EAS.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Esquema de relacionamento entre objetivos primordiais da ferramenta de qualidade “Triple Aim”.
- Figura 2.** Dados coletados em pesquisa de satisfação de pacientes de hospitais públicos, privados e filantrópicos no estado do Mato Grosso.
- Figura 3.** Fluxograma que ilustra os três objetivos a serem seguidos pelo *Triple Aim*.
- Figura 4.** Fluxograma informando os princípios que devem ser seguidos por estabelecimentos que buscam a implementação da ferramenta.
- Figura 5.** Fluxograma relacionado aos princípios presentes na estrutura do SUS.
- Figura 6.** Fluxograma estabelecendo princípios ideológicos presentes na estrutura do SUS, com suas devidas descrições.
- Figura 7.** Fluxograma estabelecendo princípios organizacionais presentes na estrutura do SUS, com suas devidas descrições.
- Figura 8.** Gráfico para identificação de responsáveis em cada esfera do governo.
- Figura 9.** Fluxograma relacionando as causas encontradas nos estudos que resultam na superlotação dos EAS públicos.
- Figura 10.** Fluxograma relacionando as causas encontradas nos estudos que resultam na verificação do mau atendimento em EAS públicos.
- Figura 11.** Fluxograma relacionando as causas encontradas nos estudos que resultam no elevado tempo de espera em EAS públicos.
- Figura 12.** Fluxograma relacionando a causa encontrada em estudo que resulta na carência de serviços especializados em EAS públicos.
- Figura 13.** Fluxograma contendo as medidas estabelecidas pelo SUS para melhoria na superlotação dos EAS públicos.
- Figura 14.** Fluxograma contendo a medida proposta pelo SUS para melhoria do mau atendimento nos EAS públicos.
- Figura 15 -** Fluxograma contendo a medida proposta pelo SUS para melhoria no elevado tempo de espera por atendimento nos EAS públicos.
- Figura 16 -** Fluxograma contendo a medida proposta pelo SUS para melhoria no elevado tempo de espera por atendimento nos EAS públicos.
- Figura 17 -** Fluxograma contendo as causas dos altos gastos desnecessários na Sistema de Saúde Brasileiro.

Figura 18 - Fluxograma contendo ações já realizadas pelo SUS, ao que se propõe o TA e a medida proposta pelo TA, para superlotação.

Figura 19 - Fluxograma contendo ações já realizadas pelo SUS, ao que se propõe o TA e a medida proposta pelo TA, para um melhor atendimento.

Figura 20 - Fluxograma contendo ações já realizadas pelo SUS, ao que se propõe o TA e a medida proposta pelo TA, para escassez de médicos em alguns EAS públicos.

Figura 21 - Fluxograma indicando a falha encontrada no SUS, o que se propõe o TA e quais as medidas propostas pela ferramenta.

Figura 22 - Fluxograma informando o que o SUS já apresenta para sanar os problemas encontrados, o que se propõe o TA e quais as medidas propostas pela ferramenta.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Medidas populacionais para aplicação do Triple Aim.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

IHI	Institute for Healthcare Improvement
EAS	Estabelecimento de Assistência em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SNASUSP	Sistema Nacional de Avaliação de Satisfação do Usuário do Serviço Público
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
EUA	Estados Unidos da América
CMH	Condado de Saúde de Manukau
DHBs	Conselhos Distritais de Saúde
IOM	Institute of Medicine
SLM	Sistema de Medida de Nível
WCH	Women's College Hospital
TI	Tecnologia da Informação
ICPC	Classificação Internacional de Cuidados Primários
CG/MF	Clínicos Gerais e Médicos da Família
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária à Saúde
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
PNH	Plano Nacional de Humanização
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
TA	Triple Aim
5S	Lean Six Sigma
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO.....	13
3. DESENVOLVIMENTO.....	13
4. APLICAÇÃO DE FERRAMENTA DE GESTÃO DE QUALIDADE.....	13
4.1. TRIPLE AIM.....	13
4.1.1. APLICAÇÃO DA FERRAMENTA TRIPLE AIM.....	18
4.2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	27
4.2.1. ESTUDOS DO SUS.....	30
4.3 SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA BRASILEIRA.....	37
5. ANÁLISE DE PONTOS COMUNS ENTRE OS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS DO SUS E DO <i>TRIPLE AIM</i>	39
5.1. ESTRUTURA DA FERRAMENTA DE GESTÃO TA.....	39
5.2. ESTRUTURA ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	41
5.2.1. FUNÇÕES ORGANIZACIONAIS DO SISTEMA.....	42
5.2.2. FINANCIAMENTO DO SUS.....	45
5.2.3. ÓRGÃOS GESTORES DO SUS.....	46
5.2.3.1. SECRETARIAS MUNICIPAIS.....	47
5.2.3.2. SECRETARIAS ESTADUAIS.....	47
5.2.3.3. MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	47
5.3. RELAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUS E A PROPOSTA PELA FERRAMENTA <i>TRIPLE AIM</i>	48
5.3.1. IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE INSATISFAÇÃO DO SUS.....	48
5.3.2. FERRAMENTAS UTILIZADAS PELO SUS PARA SANAR INSATISFAÇÕES ENCONTRADAS.....	51
5.3.3. RELAÇÃO ENTRE AS PROPOSIÇÕES DO TA E AS SOLUÇÕES APLICADAS PELO SUS NA GESTÃO DE EAS.....	54
6. CONCLUSÕES.....	60
7. REFERÊNCIAS.....	61

1. INTRODUÇÃO

As ferramentas de gestão de qualidade começaram a despertar interesse a partir da atuação da enfermeira Florence Nightingale, que através da produção de bases da enfermagem moderna, desenvolvendo a organização dos hospitais, visava a melhoria da qualidade da assistência prestada (D'INNOCENZO et al., 2006).

Os estabelecimentos de saúde tem buscado, durante sua história, reforçar os esforços na melhoria da qualidade dos serviços prestados na área de saúde, reduzindo os defeitos no atendimento dos pacientes, o que implica diretamente na boa gestão de saúde da população (BERWICK et al., 2008).

A preocupação com a aplicação de ferramentas de gerenciamento de gestão de qualidade em estabelecimentos de saúde não é exclusiva de países desenvolvidos, atualmente há aplicação de programas com a mesma finalidade em países em desenvolvimento, como Brasil.

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade para organizações públicas e privadas tem como objetivo aumentar a competitividade dos produtos e serviços brasileiros no mercado interno e externo, desenvolvendo ações visando transformar as organizações públicas mais preocupadas com a satisfação do cidadão (CARVALHO, 2011).

Sendo assim, são definidas as ferramentas usadas para o alcance de um melhor nível de gestão de qualidade em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS). Segundo Pertence e Melleiro (2010), as técnicas servem de instrumentos na definição, menção, análise e apresentação de recomendações necessárias na busca de soluções de qualquer adversidade que afete a boa qualidade dos serviços prestados.

Conforme Rabelo (2012), várias são as ferramentas utilizadas na gestão de qualidade de instituições de saúde, tendo como exemplo a seguir: Lean Six Sigma (5S); Diagrama de Pareto; Diagrama de Ishikawa; Mapa de Processo; *Supplier, Input, Process, Output and Customer, Triple Aim*; dentre outros.

Sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o principal instrumento de beneficiamento na área de saúde à população brasileira em geral, mesmo apresentando princípios que busquem por um atendimento mais igualitário e

humanizado, nota-se a grande importância de observar, através de estudos, o ponto de vista dos usuários sobre o serviço prestado, buscando assim, através da aplicação de novas ferramentas, adequar o mesmo em busca de uma melhoria em sua qualidade (Santos, 1995; Jesus; Carvalho, 2002).

2. OBJETIVO

Este trabalho de conclusão de curso busca, através do estudo de ferramentas de gestão de qualidade em serviços de saúde, tendo como foco a ferramenta *Triple Aim*, aplicados em países desenvolvidos, fazer uma comparação com a qualidade do serviço único de saúde brasileiro.

3. DESENVOLVIMENTO

Com o intuito de proporcionar um estudo coeso sobre o tema proposto no trabalho, realizou-se um estudo da literatura, onde foram pesquisados trabalhos, principalmente em nível internacional, com estudos de caso de instituições que apresentavam aplicação da ferramenta *Triple Aim*. Isto posto, após o estudo destes artigos, inferiu-se a necessidade de relação entre os fundamentos do TA com os do SUS brasileiro, desta forma analisou-se alguns estudos sobre o tema para complementação do estudo em questão.

4. APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO DE QUALIDADE

4.1 TRIPLE AIM

Baseando-se no relatório denominado “*To Err Is Human*”, do *Institute of Medicine* (IOM), que aponta a magnitude das adversidades relacionadas aos problemas de saúde e no “*Crossing the Quality Chasm*” também do IOM, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) enfatizando aspectos de segurança, eficiência, foco no paciente, otimização, eficiência e equidade, cria no ano de 2007 o *Triple Aim* (TA). Esse projeto visou a melhoria na qualidade de saúde da população, a melhoria na experiência de atendimento do paciente e ao mesmo tempo a redução do custo per capita do

EAS (BERWICK et al., 2008; BISOGNANO, 2015; WHITTINGTON et al 2015; KOHN, 2000; MCCARTHY, 2010; BODENHEIMER et al., 2014).

A relação entre esses objetivos deve ser dada concomitantemente, tendo que, para efetivação da ferramenta, serem aplicados ao mesmo tempo, conforme abordado pela figura 1 apresentada a seguir:

Figura 1 - Esquema de relacionamento entre objetivos primordiais da ferramenta de qualidade “Triple Aim”.



Fonte: Silva (2016)

A Figura 1 mostra como deve ser tratados, de forma conjunta as metas da ferramenta Triple Aim que são: Levar saúde a população, proporcionar o melhor tratamento com o menor custo *per capita*.

A abordagem dos três objetivos, melhorar a saúde da população, melhorar o atendimento dos usuários do serviço de saúde e a redução do custo *per capita*, permite a instituição identificar e corrigir problemas, como o uso excessivo de alguns serviços de saúde e assim concentrar a atenção e recursos à áreas com maior impacto no meio da saúde (MCCARTHY, 2010).

O grande desafio é fazer com que todos estes objetivos sejam encontrados integrados simultaneamente em um estabelecimento assistencial de saúde (PAVÃO, 2018).

Para que haja o alcance da meta de aplicação dos três objetivos propostos, a qual busca o TA, deve-se ampliar o foco das instituições, organizando os cuidados, atendendo às necessidades de uma população definida, além da apresentação de um estabelecimento com uma infra-

estrutura robusta para execução de projetos para o acompanhamento da qualidade destes projetos e a criação de iniciativas com base na ferramenta Triple Aim (MCCARTHY, 2010).

Segundo MacCarthy (2010) e Pavão (2018), o IHI, visando a correta implementação da ferramenta de qualidade Triple Aim, fundamenta-se em cinco princípios baseados nas necessidades primordiais que o processo deve apresentar em sua execução, são eles:

- O envolvimento dos pacientes e suas famílias nos processos do EAS;
- Redesenhar os serviços e as estruturas de atenção primária;
- Melhorar o gerenciamento em saúde;
- Controle de custos;
- Suporte entre implementação e execução do sistema.

Cada um desses princípios devem seguir uma estrutura para serem aplicados, desta forma, o IHI, objetivando a correta implementação destes princípios, apresenta o design a ser seguido em cada preceito.

- O envolvimento dos pacientes e suas famílias nos processos do EAS: A ferramenta busca novas formas de informar os pacientes e seus familiares do estado de saúde informando-os sobre as limitações e benefícios da área de saúde; trabalha na implementação do conceito de qualidade x quantidade, onde pretende-se manter o foco da instituição voltado a qualidade, não baseando-se assim, na quantidade de pacientes atendidos diretamente e usando-se de ferramentas que visam a transparência, educação e comunicação entre os colaboradores.

- Redesenhar os serviços e as estruturas de atenção primária: Este quesito propõe o uso de equipes para realização de serviços básicos; o desenvolvimento de planos de atendimento; a melhor coordenação de atendimentos com especialistas e hospitais; o melhor acesso do paciente através do agendamento dos atendimentos e o relacionamento entre serviços prestados e recursos da comunidade.

- Melhorar o gerenciamento em saúde: Estabelecimento de um plano que determina o risco que o paciente se encontra, segmentando a população perante o atendimento indicado para cada caso específico; trabalhar com a população em saúde preventiva; a criação de um plano de ação tendo em vista a não variação entre atendimento e diagnóstico.

- Controle de custos: Objetiva a criação de iniciativas anuais de redução de desperdícios e a elaboração de recompensas à funcionários que contribuam na melhoria de saúde para população, sem o aumento de gasto ao estabelecimento assistencial de saúde.
- Suporte entre implementação e execução do sistema: Pretende garantir que a execução do planejamento estratégico de hospitais e consultórios médicos esteja focada nas necessidades da população e busca a criação de uma plataforma de aprendizagem e melhoria contínua sistema, aplicada aos colaboradores e sistemas de saúde.

O IHI, buscando garantir a fundamentação do TA, cria modelos de atendimento para populações específicas, estratégias baseadas em estimulação e engajamento, formação de uma rede de líderes sêniores para criação de momentos estratégicos.

Há a intenção de que todas instituições que se baseiam na aplicação desta ferramenta de qualidade consigam construir uma infra-estrutura do TA para medições e melhorias em dez meses de sua aplicação, podendo definir e alcançar projetos chaves para um progresso mensurável nas três dimensões que são aplicadas, ao menos para uma população piloto de importância estratégica.

Medidas populacionais são definidas para uma correta aplicação do Triple Aim, como pode-se observar através tabela 1:

Tabela 1: Medidas populacionais para aplicação do Triple Aim

	<i>Foco na população definida</i>	<i>Foco na população regional</i>
Saúde	Resultados de saúde, carga de doenças, status de risco, para os membros da população.	Medidas comunitárias de saúde; carga de doença e risco relacionado ao foco escolhido.
Experiência de cuidados	Percepção individual de experiência, medida de desempenho do sistema de saúde.	
Custo per capita	Custo per capita ou medida indireta, como uso ou custo de pacientes internados ou na emergência.	

Fonte: *Institute of Healthcare Improvement* (2014)

Conforme o *Institute of Healthcare Improvement* (2014), o período de aplicação ou aprimoramento do TA é feito em parceria com a Comunidade de Melhorias do Triple Aim, contendo pré-trabalhos, coaching de equipes, reuniões presenciais e via Web, onde o aprendizado se dará entre as equipes e professores especialistas.

Dentro do processo da implementação, os colaboradores do estabelecimento passam por várias etapas, desde estudos na literatura até a fase de execução de todo o aprendizado na prática, testando as novas mudanças e implementando as que verdadeiramente resultam em sucesso.

A equipe do IHI realiza reuniões bimestrais reuniões pela Web com os colaboradores dos EAS, com a finalidade de estudar os conceitos gerais de design da ferramenta.

Oferece-se também suporte às lideranças sêniores das equipes que implementam a ferramenta, visando discutir aspectos estratégicos das questões dos três objetivos e construir metas de governança.

Conforme Carvalho (2011), buscando a transformação das instituições públicas tendo como foco a melhoria na satisfação do serviço prestado ao cidadão, o programa de qualidade do serviço público apresenta várias fases.

Sensibilização e capacitação: serão focalizados os clientes internos, adotando técnicas e ferramentas que viabilizem o processo; avaliação e premiação: tendo como foco o cliente interno e externo, trabalhando com a gestão do processo e com os resultados alcançados; qualidade dos serviços: tendo como foco o cliente externo, avaliando a satisfação do cidadão.

Esse Projeto visa assegurar padrões mínimos de qualidade no atendimento prestado, bem como criar um sistema permanente de aferição e revisão dos padrões estabelecidos.

O programa brasileiro busca também a preocupação com a qualidade de vida no trabalho (QVT), visto que esta impacta diretamente na qualidade de vida do trabalhador, sendo assim, observa-se a necessidade de motivar os colaboradores da área da saúde, com compensação justa e adequada; melhores condições de trabalho; carga de trabalho adequada; ambiente físico correto; material e equipamentos congruentes, dentre outras ideias motivacionais, em razão das longas jornadas de trabalho que estes apresentam.

4.1.1. APLICAÇÃO DA FERRAMENTA “TRIPLE AIM”

Segundo McCarthy e Klein (2010), na cidade de Oregon, Canadá, houve a aplicação da ferramenta TA de qualidade em três estabelecimentos voltados à saúde. Primeiramente no Hospital CareOregon, com assistência à pessoas de classe baixa com doenças crônicas complexas que apresentavam plano de saúde da MediCaid, implementou-se uma comunidade de aprendizagem, onde os colaboradores podiam compartilhar e adquirir técnicas de realização do Triple Aim.

No Hospital Genesys Health System, prestador de serviços também a população de classe baixa, porém que apresentava plano de saúde da Genesee, buscou-se o desenvolvimento de um novo modelo de assistência, tendo como princípios três elementos chaves: o uso eficiente dos cuidados primários; a implementação de navegadores e softwares de saúde, buscando um estilo de vida mais saudável para toda a população; e parceria com organizações comunitárias, visando ampliar as metas do modelo de qualidade para toda a população local.

Por fim, no Hospital QuadMed, atendendo aos colaboradores, suas famílias, alguns aposentados da Quad/Grafic e as empresas contratantes dos serviços, desenvolveu-se e gerenciou-se clínicas de saúde implementando programas de bem-estar no local de trabalho, a criação de clínicas de atendimentos primários, odontológicos e oftalmológicos nos locais de trabalho visava uma maior satisfação no trabalhador em sua função.

A visão do bem-estar dos colaboradores da área da saúde, abordado pelo Hospital QuadMed pode ser relacionado diretamente com outra ferramenta de qualidade, o Quadruple Aim. Segundo Bondenheimer e Sinsky (2014), é de grande importância que se haja uma preocupação com a vida profissional dos servidores da saúde, assim sendo, determina-se a adição deste quesito como um novo objetivo, transformando assim o Triple em Quadruple Aim.

O quarto objetivo foi pensado graças a lacuna gerada entre a expectativa da sociedade, relacionada ao atendimento e a realidade vivida

por médicos americanos, dos quais 46% apresentam sintomas da síndrome de burnout (BODENHEIMER, 2014).

Segundo Bodenheimer (2014), mediante um estudo realizado pela RAND Corporation, determinou-se que o principal viés de satisfação dos médicos é o oferecimento de um serviço de saúde de qualidade, portanto, a baixa estima dos médicos está diretamente relacionada a não qualidade do sistema de saúde.

Conforme desenvolvido no mesmo estudo, por meio de trabalhos desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA) em 2011, notou-se, através de relatos médicos, que a determinação da causa do estresse profissional se dava por conta de problemas administrativos e atividades desnecessárias, indicando também que, o estresse tende a aumentar gradativamente.

Sendo assim, é de grande valia a abordagem da melhoria de vida profissional dos colaboradores da área da saúde, tratado pelo quarto objetivo, gerando assim o Quadriple Aim. Para obter resultados satisfatórios nestes casos, seguindo alguns passos práticos como, o uso de laboratórios de pré consulta, para que ocorra a redução de desperdício de tempo dedicado à revisão e acompanhamento de resultados laboratoriais, a expansão de funções que permitam que enfermeiros e assistentes de medicina assumam a responsabilidade por cuidados preventivos sob orientação do médico responsável, a padronização do fluxo de trabalho médico, melhorando o atendimento mais rápido do paciente, a alocação de médicos e equipes da mesma área na mesma localidade dentro do estabelecimento, aumentando assim a eficiência da equipe e diminuindo o tempo do médico e por fim garantir que os profissionais da área de saúde sejam bem treinados podendo auxiliar para que estes profissionais entendam as suas contribuições no bem estar dos pacientes

A utilização da ferramenta Triple Aim, no estudo de McCarthy, culmina em vários resultados satisfatórios, a otimização do atendimento dos pacientes, melhoria em cuidados preventivos, redução de custos de hospitais e emergências, redução de gastos gerais demandados para o atendimento da população em geral. Agregando valores em algumas áreas, na saúde da população, criando um score de avaliação de risco de saúde, onde determina-

se a gravidade em que o paciente adentra no estabelecimento, podendo assim, diminuir a mortalidade, desprendendo primeiramente esforços a pacientes com alto risco de morte, impactando na expectativa de vida do enfermo; geração de maior impacto positivo na experiência do paciente, valendo-se da aplicação de questionários, para a melhoria constante do estabelecimento através da recepção de feedbacks positivos e negativos relacionados aos serviços prestados.

Este score, denominado de protocolo de Manchester, adotado no estudo de Mccarthy, segundo Teixeira (2014), é utilizado em alguns países na atualidade. Seu desenvolvimento foi em 1997 em Manchester, na Inglaterra, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência dos serviços de urgência e emergência, determinando assim as prioridades de atendimento no EAS. O protocolo é constituído de algoritmos que classificam a urgência do atendimento por cores, sendo cada cor associada a um grupo de nível de risco de atendimento (emergência, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente), determinando o tempo previsto para atendimento.

Conforme Mccarthy (2010), notou-se a grande necessidade de redução de custos empregados na área de saúde, e assim, concentraram em ações que visavam o bem-estar e os cuidados preventivos, desta forma, a instituição CaroMont Health implementou o Triple Aim para propor a promoção do bem-estar do paciente.

De acordo com Levine (2011) os Estados Unidos da América (EUA), criou novos modelos de prestação de serviços que buscassem o alcance de objetivos propostos pelo TA, com o objetivo de buscar a implementação de organizações de atendimento conscientes, melhorar o gerenciamento de doenças crônicas e criação de centros médicos voltados ao paciente. A ferramenta do Triple Aim visa que o trabalho seja desenvolvido de maneira integrada, buscando assim, ao decorrer do tempo, uma melhoria nos três objetivos que a ferramenta apresenta como foco (melhor qualidade em saúde, melhor atendimento do paciente, redução de custos).

A instituição de saúde, CareMonth Heath, localizada na cidade de Gatonia nos EUA, pretende mudar o foco do seu trabalho utilizando, ao invés de um modelo de negócios baseado em qualidade, um modelo que buscasse

por ações que atendesse a melhor satisfação do paciente, agregando valor ao EAS.

Desta forma, para que a transformação fosse corretamente alcançada, examinou-se todos processos organizacionais e estruturas do estabelecimento, atentando-se a três competências essenciais, o redesenho do sistema de cuidado, integração clínica com profissionais de saúde e a percepção das necessidades relacionadas à saúde da comunidade.

Para a correta implementação da ferramenta, fez-se necessário que fossem incluídas algumas atividades como: instituir medidas de promoção transparente de intervenções de saúde pública, projetar e coordenar os cuidados no nível do paciente, execução de um plano de tratamento compartilhado e a inclusão do paciente e seus familiares em todo processo de planejamento de assistência.

Para o alcance de objetivos de bem-estar, criou-se dois cargos para que as medidas dessa ação fossem melhor estruturadas, o vice-presidente de pesquisa e desenvolvimento de bem-estar e o diretor de bem-estar. Assim, houve a incorporação de algumas metas nos objetivos corporativos do hospital como: gerar incentivo ao comportamento saudável, mudança na estrutura de benefícios de saúde, reestruturação do gerenciamento dos serviços de alimentação, impactando assim na minimização da quantidade de funcionários e pacientes com maus hábitos de vida.

As refeições elaboradas foram idealizadas por nutricionistas da própria instituição, possibilitando a preparação de uma alimentação que relacionasse boa qualidade nutricional com alimentos comuns do dia a dia.

O Triple Aim fez com que a CareMonth Health criasse planos de ação de verificação da proporção de funcionários que apresentavam peso padrão saudável, estimulando os que não estavam nesse ranking à prática de exercícios físicos e a diminuição de fumantes.

O envolvimento da comunidade pode gerar a melhoria na experiência do paciente, voltado a isso e de acordo com as metas do Triple Aim, a obtenção de feedback dos pacientes atendidos pelo estabelecimento. Assim, criou-se uma ferramenta que possibilitou a identificação da perspectiva da população acerca da assistência médica realizada.

Também foi implementado um robusto sistema de prontuário eletrônico, como parte da implementação correta do TA, para que fossem fornecidos bases de dados e melhorasse a comunicação entre os provedores.

Algumas especialidades médicas dentro do ambiente da saúde que estão diretamente ligadas ao melhor atendimento do paciente, segundo Ouslander (2013), a área que apresenta a característica de ser ótima para a aplicação do Triple Aim por apresentar essas características é a geriatria.

A partir dos anos 2000 surgiram alguns modelos de cuidados no campo da geriatria, como exemplo o Programa de Assistência Integral do Idoso, as intervenções abrangentes de avaliação e gestão geriatra baseada na comunidade, aplicadas em casas de saúde e outras organizações, criação de unidades hospitalares de cuidados agudos para idosos e geração de intervenções para reduzir a transferência de pacientes com cuidados agudos.

As intervenções abordadas eram modestas quando relacionadas a quantidade, mas todas apresentaram resultado positivo, gerando uma melhora na qualidade de atendimento, impactando diretamente na saúde da população geriátrica, porém apresentando uma redução de custo ínfima. Assim o campo buscava colaborar com novas disciplinas que baseava-se em formar um quadro de profissionais de saúde que compreendessem a complexidade da atenção geriátrica e tivessem habilidades para atuarem como líderes no sistema de saúde, dedicando-se às diretrizes do Triple Aim, aproveitando da oportunidade na geração do melhor que o campo pode oferecer aos pacientes e seus respectivos familiares (OUSLANDER, 2013).

Conforme Noble (2015) alguns países desenvolvidos já apresentam uma grande aceitação de que o sistema de saúde sofra modificações, buscando o atendimento de qualidade à sua população, que muitas vezes apresenta-se mais envelhecida, sofrendo com doenças crônicas.

O Condado de Saúde de Manukau (CMH), na Nova Zelândia, é um dos 20 Conselhos Distritais de Saúde (DHBs), com o objetivo de proteger e promover a saúde e o bem estar das pessoas nas comunidades que estão localizadas, este condado busca oferecer serviço de saúde a uma gama muito grande de pessoas em estado de incapacidade, lidando com desafios apresentados na área de saúde e incluindo o aumento do orçamento de saúde graças às doenças crônicas constantes.

Procurando medidas para avaliação da eficácia e o desempenho geral do sistema de saúde, o CMH buscou desenvolver uma gama de medidas, que pretendem avaliar o empenho em relação com a qualidade, a integração e os resultados dos cuidados.

O IHI é responsável no desenvolvimento de um sistema de métricas denominado “Whole System Measures”, o qual se baseia todos hospitais da Nova Zelândia, fornecendo e capturando dados, de forma facilitada, a líderes da organização, tais como: contribuição para o planejamento da qualidade estratégica, proporciona que o estabelecimento compare seu desempenho em relação com os planos de melhoria estratégica e demonstra o desenvolvimento do sistema de saúde ao decorrer do tempo.

Exigiu-se que houvesse um esforço para assegurar que as medidas escolhidas se comportassem, fazendo que o CMH monitorasse modificações no Sistema de Medida de Nível (SLM), como as taxas de inscrição da PHO, contribuição para redução ou aumento das readmissões hospitalares aguda ou nas taxas de imunizações infantis.

O Whole System Measures desenvolve seus princípios centrados aos pacientes, alinhando-se às diretrizes apresentadas pelo IHI. Isto posto, o centro de inovação e melhoria do sistema de educação e saúde manifestou interesse na utilização da abordagem de melhoria e medição de desempenho.

De acordo com Martin (2015), a cidade de Ontario apresenta uma parcela de cinco por cento destinada a população de classe mais alta, esse público corresponde ao uso de 65% dos gastos destinados à saúde, por apresentarem necessidades complexas de saúde.

Assim o Triple Aim foi usado como forma eficaz de atender com maior qualidade às necessidades dos pacientes e melhorando suas experiências quanto aos seus cuidados, diminuindo o custo per capita utilizado no processo.

Conforme Phillips (2016), a exploração de técnicas e táticas buscadas pela medicina familiar, com o propósito de melhorar a utilização da tecnologia para a medicina de atenção primária, resultou no atendimento e na implementação de novas tecnologias. Na busca da implantação das estratégias citadas, criou-se um centro de Tecnologia da Informação (TI) de

primeiros atendimentos, procurando a alocação de tecnologias nesses setores, além de criação de um registro nacional de medicina familiar e do aprimoramento dos médicos responsáveis pela medicina familiar.

Sendo assim, o estudo abordou a implementação da área de TI nos setores de primeiros atendimentos e suas dificuldades na realização da ferramenta do Triple Aim. Houve também a abordagem de opções mais amplas para a medicina familiar, na necessidade de novas tecnologias que garantissem um atendimento satisfatório tanto pelo lado dos médicos, quanto pelos pacientes.

Desta forma, médicos americanos utilizaram de ferramentas inovadoras de TI para o fornecimento de melhores cuidados à população.

De acordo com Ryan (2016), foi constatada a existência de uma correlação entre gastos médicos mais altos que dispostos para a internação, sugerindo que os cuidados físicos preventivos reduzem a necessidade de cuidados hospitalares remediativos.

Em harmonia com o estudo de Phillips (2016), alguns sistemas de saúde foram se adaptando às novas tecnologias de automonitoramento de atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas, programas de mensagem de texto e portais de pacientes cadastrados no registro eletrônico de saúde.

Desta maneira, alguns enfermos estão usando dispositivos onde podem aferir se os hábitos de saúde destes condizem com o comportamento adequado esperado, o mesmo recebe um feedback, caso necessário, de uma mudança de conduta. impactando assim na qualidade do atendimento e diretamente influenciando na melhoria da saúde da população.

O corpo médico quer tecnologias que melhorem a qualidade da prestação de cuidados, reduzindo o custo com práticas de saúde desnecessárias, gerenciar melhor os pacientes facilitando assim a prática médica. Para que esses objetivos sejam alcançados com boa qualidade, nota-se a grande importância da liderança da medicina familiar, aprimorando uma ampla gama de novas tecnologias já existentes.

Dentre as mudanças propostas para que se alcance o objetivo almejado, foram utilizados os seguintes métodos: implementação de ferramentas de tomada de decisão, gerenciamento de estilo de vida,

ferramentas de comunicação da equipe de atendimento, comunidades de saúde online e apoio social, relatórios de qualidade e segurança dos serviços prestados, preocupando-se assim na extensão da relação entre paciente e médico, melhorando assim sua assistência.

Segundo Phillips (2016), o registro eletrônico em estabelecimentos de atendimento primário tem sido de grande valia, apresentando uma nova forma de rastreamento de dados dos pacientes, melhor suporte a equipe de saúde, reduzindo a documentação impressa local.

As equipes de TI dos estabelecimentos são auxiliadas por algumas ferramentas, objetivando-se atingir as atividades propostas, o uso do Big Data, como função de coleta de informações de comportamento de saúde de pacientes, utilizando de dados com recursos de comunidade.

O principal método de dados de cuidados primários é a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC), um sistema de classificação avançado que oferece suporte em decisões clínicas, permitindo a identificação de sintomas que sugeram câncer de mama e o desenvolvimento de condições comórbidas como a diabetes ao longo do tempo.

Neste estudo os autores relataram que houve a necessidade de implementação de um centro coletivo para a TI para o fornecimento de liderança, estratégia e pesquisa, também no desenvolvimento de uma visão compartilhada para uma estratégia de informação em saúde com objetivos comuns de melhoramento na área de saúde e alcance do Triple Aim.

Outras estratégias foram mensuradas para se obter eficácia no objetivo proposto por esse estudo, como o desenvolvimento e implementação de estratégias para criação de conjuntos de dados que interagem com dados clínicos, de atendimento, socioeconômico e medição de qualidade, para atender as necessidades fundamentais de informações dos médicos, de famílias e equipes da área.

Uma medida muito usada em alguns países para a implementação do Triple Aim é a reformulação do método de aprendizado, para estudantes de graduação na área de saúde, sendo assim, segundo Earnest (2014), na Somália, houve a necessidade de desenvolver uma reformulação do sistema, agregando profissionais da área da saúde em especialidades diferentes,

através de uma reforma do currículo de Amina, contribuindo para a aplicação correta da ferramenta Triple Aim.

Deste modo, o bom resultado dessa mudança curricular contou com o estudo da ferramenta com a prática no ambiente de trabalho, inferindo assim, que os alunos e formandos desenvolvessem competências importantes na prestação de um serviço de qualidade, impactando diretamente no resultado final da implementação do TA.

A efetivação dessas mudanças possibilitaram que os profissionais da área da saúde saíssem da graduação capacitados em habilidades fundamentais como: trabalho em equipe, comunicação, sistema de informação em saúde.

Sendo assim, as instituições deviam criar uma estrutura financeira que oferecesse um suporte proativo voltado à população e baseado em equipes, envolvendo diretamente os pacientes.

Com a implementação da ferramenta de qualidade TA conseguiu-se atingir, em Amina, vários objetivos pressupostos pelo método imposto, diminuiu-se o custo voltado a hospitalização e a utilização do departamento de emergência e aumentou-se a qualidade de prestação do serviço de saúde e uma maior sobrevivência entre pacientes na cidade.

4.2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme Watts (2016), o Brasil é um dos primeiros países, que compõe a América Latina, que fez acesso aos cuidados em saúde como um direito constitucional, porém mesmo com o estabelecimento do SUS como um cuidado universal, o governo não tem conseguido manter suas propostas.

O SUS decorreu da instituição das Leis 8.080 e a 8.142, ambas da década de 90 , justificando o objetivo proposto de geração de um sistema de saúde com direito de todos e dever do Estado. Assim acorda-se que as ações sejam do serviço de saúde público ou privado, que esteja alinhado com o atendimento voltado para o SUS e esteja de acordo com todas afirmativas propostas pelo artigo 198 da Constituição Federal, sujeitando-se à alguns outros princípios (REIS, 2012; BRASIL, 2006):

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A Constituição Brasileira afirma que a saúde é um direito de todos, no entanto permite uma livre iniciativa de atendimento na área de saúde; e portanto há uma segmentação muito grande no sistema de saúde brasileiro (MONTI, 2015).

O estabelecimento do SUS não apenas baseia-se em uma mudança do setor de saúde, porém também consiste na formação de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática.

Cabe ao Sistema Único de Saúde, assim que instituído, os seguintes encargos:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

A portaria 2.48/2002 do Ministério da Saúde, buscando a reorganização dos setores, determina princípios que devem ser seguidos no sistema de urgência e emergência brasileiro instituindo a estrutura do sistema de saúde, interligando toda a rede e englobando desde atendimentos pré-hospitalares até atendimentos de alta complexidade.

Uma das vertentes que compõem o Sistema Único de Saúde é a busca pelo princípio da equidade, propondo a igualdade como premissa mais importante do processo (MONTI, 2015).

Segundo o estudo de Watts, a qualidade do serviço de saúde é considerada ruim por conta da ineficiência na distribuição da renda, gerada pela desigualdade na distribuição do dinheiro que é alocado em custeio dos médicos residentes, constatando assim que em localidades mais pobres do país há uma quantidade de médicos / pacientes bem inferior o necessário para um serviço de qualidade.

Estudando o conceito de saúde preventiva que o Sistema Único Brasileiro apresenta atualmente, nota-se a presença de expressões de definição para grupos específicos de tipo de pacientes. Consegue-se assim primeiramente, segundo estudo de Kals (1966), constatar a diferença que distingue o comportamento em saúde e o comportamento em doença de um paciente, onde no comportamento em saúde o paciente, visando a prevenção da doença, busca comportamentos saudáveis e de imunização, já o comportamento em doença o enfermo busca o atendimento clínico,

internação ou a realização de Check-ups, sendo assim, o paciente nos dois estágios se diferencia pela presença ou não de sintomas.

Isto posto, cria-se a determinação de duas identidades às pessoas que se relacionam com a área de saúde, as que procuram o atendimento visando a mudança de costumes antes que apresente um problema, designadas de pacientes que apresentam comportamento preventivo de saúde e a população que busca a assistência apenas em momentos em que já se apresentam enfermas, com sintomas bem definidos, designada como um público que retrata um comportamento em doença.

Porém pode-se fragmentar o comportamento preventivo em duas etapas, segundo Wheeler (1980), a primeira etapa de um comportamento definido como preventivo apenas depende do paciente, que através da busca e informações busca a mudança de hábitos, já a segunda etapa do processo depende também de uma assistência médica qualificada para o acompanhamento das mudanças de práticas realizadas.

Sendo assim, segundo estudo de Roksund (2011), com o objetivo de buscar os quesitos estabelecidos pela saúde preventiva, deve-se considerar iniciativas e estratégias baseadas na população, tanto como prioridade voltadas à estratégias preventivas primárias, quanto para alguns tipos de doenças; os Clínicos Gerais e Médicos da Família (CG/MF) devem assumir papel de importância nos cuidados de saúde preventivos e no desenvolvimento profissional nesta área, responsabilizando-se na transmissão de conhecimentos aos outros profissionais; as atividades do médico da família devem ser desenvolvidas de forma a incentivarem os outros médicos a buscarem medidas preventivas relevantes a seus pacientes.

4.2.1. ESTUDOS DO SUS

No ano de 2015, segundo Watts (2016), os salários da equipe médica e de enfermagem dos hospitais da saúde pública foram atrasados, os hospitais funcionavam com a equipe mínima, permitindo assim somente o tratamento de situações que apresentam risco a vida. Apresentaram-se exposições de pacientes que apresentaram, durante permanência em EAS público, gastos voltados à higiene pessoal e os necrotérios estavam com sua

capacidade total cheia, tendo que posicionar alguns corpos humanos em corredores do hospital, graças a falta de geladeiras suficientes nas unidades de saúde.

Uma das grandes problemáticas do SUS brasileiro é conseguir lidar com a quantidade muito alta de pacientes em estabelecimentos os quais não foram projetados para esse alcance.

Conforme o estudo elaborado por Moimaz (2010), desenvolveu-se uma pesquisa com a finalidade de inquirir sobre a satisfação de usuários do SUS, tendo uma ampla diversidade em características demográficas, socioeconômicas e assistenciais, verificou-se então que cerca de 28% da população questionada relatou apresentar problemas com o sistema, e que o mesmo não resolve de maneira rápida os problemas e as necessidades da população, apresentando como maiores impasses a falta de medicamento, a escassez de vagas e o mau atendimento prestado aos enfermos.

Com base na má qualidade do atendimento concluiu-se que esse problema advinha da existência de filas para atendimento, seja por conta do não atendimento de urgência em algumas unidades ou pela grande procura, pois havia uma grande demora entre agendamento e consulta. Percebeu-se que a necessidade de apresentar esse tipo de organização é de extrema relevância, porém por conta da grande demanda de pacientes há a necessidade de se agendar as consultas de forma mais breve e facilitada possível, otimizando assim o serviço prestado, reduzindo a fila de espera nos estabelecimentos de saúde (MOIMAZ, 2010; RONZANI, 2007).

Conforme Arruda (2017) a necessidade de redução na fila de espera em estabelecimentos de saúde ligados ao SUS gerou a precisão de criação da Central de Marcação de Consultas do Serviço Único de Saúde, porém somente essa mudança ainda não causou impacto positivo, não tendo acesso às especialidades médicas necessárias, não permitindo que o paciente seja atendido no momento de necessidade momentânea, não podendo fazer procedimentos e exames específicos, o que pode acarretar a morte do paciente caso, durante a espera, os sintomas se agravem.

Através do estudo desenvolvido por Santos (1999) estes fatores de mau atendimento tendem a melhorar quando o sistema de saúde investe em informatização e treinamento dos colaboradores no trato com o público

atendido e na sinalização do ambiente para a orientação de pacientes e acompanhantes.

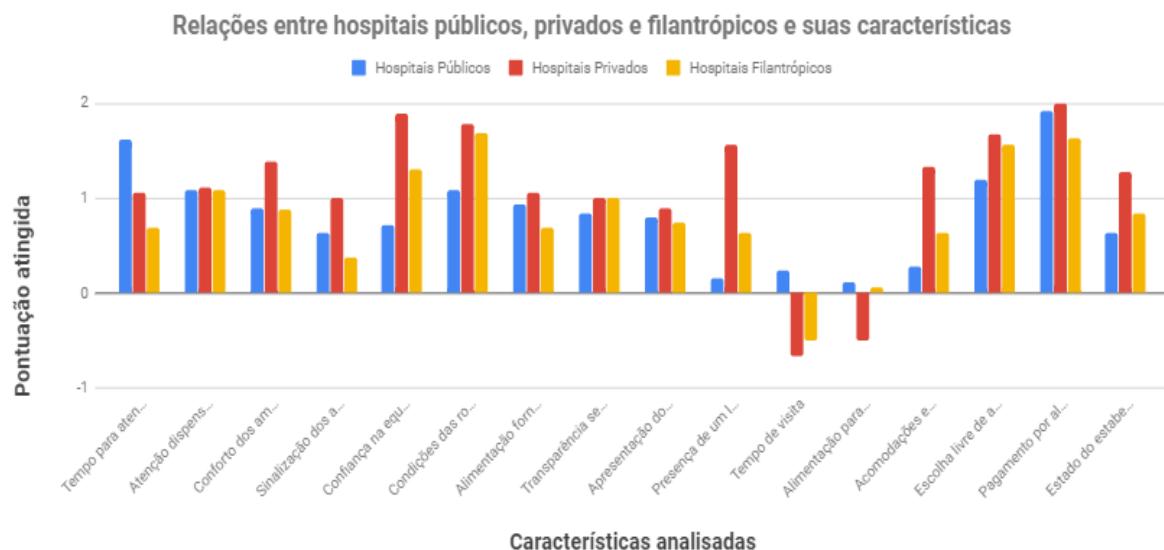
Ainda no estudo de Moimaz, considerando o critério de humanização no atendimento dos pacientes, 30,5% dos entrevistados relataram que não confiam em todos profissionais da área de saúde que os atenderam, 46,3% desses pacientes informaram que não haviam sido relatados sobre prevenção anteriormente e 27,1% dos interrogados expuseram que os profissionais de saúde não expuseram sobre a doença que apresentavam (MOIMAZ, 2010).

Segundo Ronzani (2007), um dos grandes problemas encontrados no Sistema Único de Saúde, em cidades de pequeno porte, é a falta de médicos especialistas capacitados nos estabelecimentos de pronto atendimento, com qualidade e também o pequeno número de profissionais nas equipes presentes.

Composto de uma pesquisa de satisfação voltada a qualidade de atendimento e dos serviços prestados por instituições públicas e privadas que fazem parte do Sistema Único de Saúde, em três localidades do estado do Mato Grosso, o estudo de Souza (2014) fez uma comparação entre o serviço prestado no âmbito público, privado e filantrópico, considerando os seguintes pontos de análise: o tempo de atendimento no serviço; atenção dispensada pela equipe no atendimento do paciente; conforto nos ambientes hospitalares; sinalização dos ambientes; confiança na equipe de saúde; condição das roupas fornecidas; transparência sobre o estado de saúde do paciente; qualidade na alimentação fornecida; apresentação dos profissionais de saúde atendentes; presença de um local para o paciente ou acompanhante apresentar seu feedback sobre o estabelecimento; quanto ao tempo de visita; apresentação de alimentação para acompanhantes; acomodações em boa qualidade aos acompanhantes; escolha livre de acompanhante; pagamento por algum procedimento e o estado do estabelecimento.

Os dados apresentados no gráfico da Figura 2 apresentam os resultados do Estudo.

Figura 2: Dados coletados em pesquisa de satisfação de pacientes de hospitais públicos, privados e filantrópicos no estado do Mato Grosso.



Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme Souza (2014), baseado nos dados alcançados nos questionários, e sabendo que as votações variaram entre dois (positivo - negativo), identificou-se que, em relação com o tempo de atendimento no serviço, a maior pontuação alcançada foi em hospitais privados (1,06), sendo que, em hospitais públicos, a nota obtida foi 0,62 e em filantrópicos 0,69.

O conforto encontrado nos ambientes hospitalares apresentando melhor condições em hospitais privados, contendo uma pontuação de 1,3, sendo que, nos hospitais públicos, a nota foi 0,9 e em hospitais filantrópicos 0,88.

A menor confiança na equipe de saúde foi para os hospitais públicos, obtendo a nota no valor de 0,72, já nos hospitais privados obteve-se 1,89 e os filantrópicos 1,31.

Segundo Carvalho (2008), o acolhimento do paciente dentro do Serviço Único de saúde é um problema grande encontrado no sistema atualmente, sendo uma questão de importante observação, pois essa questão de humanização resolve alguns problemas relativos à assistência, sendo incluída assim como um importante viés de melhor qualidade nos serviços. A postura esperada de um atendente da área de saúde se baseia na aproximação com o paciente, do seu atendimento individualizado, foco no serviço prestado e compaixão com o estado do enfermo.

Porém, existe uma grande dificuldade na implementação de mudanças no sistema no quesito acolhimento, pois necessita além de uma abertura dentro do SUS na relação com as outras atividades da área de saúde, e a dificuldade de participação do corpo médico.

Conforme o estudo desenvolvido por Benazzi, Figueiredo e Bassani (2007), através de uma pesquisa desenvolvida com 335 pacientes do serviço oftalmológico do SUS, constatou-se que 22,8% destes usuários apresentavam-se insatisfeitos com o serviço prestado, causas advindas da agilidade no atendimento, a pouca comunicação e atenção com o paciente, a explicação sobre o estado atual do enfermo e o não sanar de dúvidas sobre o correto diagnóstico do paciente; desta forma, 16% do público alvo não indicaria os serviços relacionados aos SUS a nenhuma outra pessoa.

As queixas quanto ao mau atendimento davam-se por conta da presença de atendentes mal-educados, antipáticos e mal-humorados; muito tempo de espera no atendimento, o atendimento médico não ter sido feito na hora marcada anteriormente e a falta de organização e atenção no serviço.

Muitas sugestões e reclamações foram realizadas pelo público atendido, sendo que, em sua maioria foram sobre os seguintes assuntos: agilidade no atendimento na recepção, grande espera para atendimento, carência de melhoria na relação interpessoal (colaboradores/médicos e colaboradores/pacientes), prioridade no atendimento de pessoas com idade avançada, disponibilização de copos e cadeiras, higienização dos banheiros e ambientes de trânsito de pacientes, necessidade da existência de painéis eletrônicos para senhas de atendimento, e a deficiência quanto ao atendimento em horário pós-marcado.

De acordo com a lei nº 8.142/90, no ano de 2003, com a criação do Plano Nacional de Humanização (PNH), foram propostas algumas modificações nas maneiras de gestão e atendimento dentro do SUS, incentivando o relacionamento entre os gestores, os colaboradores e os usuários do sistema, aumentando assim a humanização do processo.

Em harmonia com o estudo realizado por Souza (2011), o Brasil desenvolveu a utilização da ferramenta do protocolo de Manchester primeiramente no estado de Minas Gerais, no ano de 2007.

Conforme Souza e Peixoto (2017), a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser colocada como um viés de muita importância em um sistema de saúde, servindo ao paciente como o primeiro contato em um atendimento de qualidade, buscando solucionar as patologias em sua primeira fase e através da aplicação de cuidados curativos e reabilitadores reduzir os gastos com internações hospitalares.

Desta forma, baseando-se nas internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), criou-se um avaliador de qualidade do nível de atenção primário, portaria nº 221/2008, gerando uma lista de patologias as quais podem ser atendidas na APS, sem a necessidade de uma internação hospitalar.

Assim sendo, o ICSAP gerou uma lista contendo condições sensíveis, publicado pelo Ministério da Saúde, contendo 19 conjuntos de diagnósticos, sendo elas: doenças preveníveis por imunização; gastroenterites infecciosas e complicações; anemias; deficiências nutricionais; infecções de nariz, ouvido e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsias; infecção de rins e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Ainda segundo o estudo realizado por Souza e Peixoto (2016), analisando os gastos de ICSAP e fazendo uma comparação entre os anos de 2000, 2005, 2010 e 2013, notou-se um decaimento, ou seja, o gasto com internações evitáveis por serviços primários diminuíram em porcentagem, comparado com o gasto total de internações gerais, cerca de 6,2%, neste período de 13 anos, sendo que a população feminina, entre 5 e 59 anos, apresenta a maior taxa de geração de custos de internação.

Dentre os conjuntos de diagnósticos analisados, identificou-se uma redução de 43,4% nos gastos relativos a internações por conta de insuficiência cardíaca, no entanto, houve aumento em casos de internações por conta de angina e pneumonia bacteriana, correspondendo a 237,5% e 84,3% respectivamente.

De acordo com Bielemann, Knuth e Hallal (2009) os cuidados com as doenças crônicas causam grande impacto na economia de muitos países,

incluindo o Brasil, onde acredita-se que no ano de 2004 houve um gasto de R\$30,8 bilhões em tratamento de doenças cardiovasculares. Estes números demonstram o grande impacto econômico que é causado pelo não cuidado preventivo das doenças ditas como crônicas, principalmente ao SUS, sistema que atende muitos pacientes que apresentam essas patologias.

No ramo das atividades físicas, o relatório do Banco Mundial demonstra que programas como o Agita São Paulo pode gerar uma redução de \$310 milhões de dólares ao ano aos serviços de saúde.

Foram analisados pacientes internados por conta de diabetes mellitus e problemas cardiovasculares e os seus respectivos custos para o sistema de saúde, verifica-se um gasto de R\$ 100.000,00 anuais relativos às internações por conta da diabetes mellitus e R\$ 4.250.000,00 anuais gastos com internações advindas de doenças cardiovasculares. Uma suposição é que caso todos os pacientes praticassem atividades físicas, estes custos cairiam para R\$ 86.000,00 e R\$ 2.150.000,00 respectivamente, assim a redução seria de 49,4% quanto a internação por conta de diabetes e 14% por conta da internação por problemas cardiovasculares, somente com a mudança de hábito dos pacientes.

Considerando a representatividade que os gastos com internações tem para o Sistema Único de Saúde e a forma que se disseminam dependendo das características das populações, facilitam a criação de planos de ações visando a internação de pacientes que verdadeiramente precisem do serviço.

Conforme Teixeira (2014), houve um grande aumento nos atendimentos de urgência e emergência no sistema único de saúde brasileiro, decorrido pelo aumento da expectativa de vida, levando ao maior acontecimento de doenças crônicas, que somadas à alguns fatores de risco, tabagismo, obesidade, sedentarismo, alimentação desequilibrada, também deve-se levar em conta para esse aumento, o crescimento da violência, de acidentes em trânsito.

Outros serviços, que não apresentam urgência e emergência, sendo assim de atenção básica, encaminham pacientes para outras unidades do SUS, superlotando-as, complicando assim a adequada prestação do serviço à cada status de gravidade.

4.3. SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA BRASILEIRA

A saúde coletiva surgiu no Brasil no final do século 1970, com a fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o desenvolvimento do termo de Saúde Coletiva no Brasil, porém o surgimento da área no mundo se deu na década de 1950-1960, propondo, na forma assistencial, promover uma saúde que buscava por atender ao público de classe baixa, abordando as diferenças sociais em saúde na preocupação de se obter injustiças desnecessárias de classe (VIEIRA DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; BORDE; ALVAREZ; PORTO, 2015; MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Os autores Paim e Almeida Filho (1998) adotam a expressão de Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar, contradizendo a afirmativa da mesma ser considerada apenas uma ciência ou disciplina científica.

A saúde coletiva, segundo Paim e Almeida (2000) deve ser vista como uma área de conhecimentos interdisciplinares, na qual a disciplina básica é a de epidemiologia.

Conforme Paim e Almeida (1998) este campo interdisciplinar apresenta como uma de suas orientações a proximidade com as ciências humanas, propondo a reconstrução da área social na saúde. Como instrumentos deste campo, temos a superação do biologismo dominante, a naturalização da vida de forma social, sua subordinação a área clínica e de uma dependência à área clínica heterogênea.

O objetivo apresentado por este campo é formado a partir de limiares entre o biológico e o social e na compreensão da investigação dos determinantes na geração social das doenças e da organização de serviços de saúde. Tendo esse objetivo e caracterizando-se por apresentar um caráter interdisciplinar, a área busca por formar um corpo de profissionais com formações diferentes, modificando assim o plano do conhecimento e o de estratégia do processo.

Como forma de aprendizado, a saúde coletiva colabora no conhecimento no aspecto saúde/doença em uma massa populacional determinada, analisando como acontece a disseminação da doença entre os indivíduos, verificando os processos e condutas em saúde, busca-se

compreender como a população reconhece suas carências e dificuldades na saúde como forma de organizar formas para sanar esses problemas.

Segundo Campos (2000) é sugerido que o núcleo de saúde coletiva se propõe dar suporte aos sistemas de saúde, criar de políticas e construir modelos, como forma de explicar os métodos de saúde, tendo como característica típica a geração da formação de métodos que busquem a efetivação de alguns costumes e a prevenção de patologias.

Assim, em concordância com Campos (2000), o método se saúde coletiva se baseia na mudança de costumes e ideias do público alvo, transformando o modelo de atenção e a idéia de formação dos métodos de ação do serviço de saúde de forma global.

Conforme Porto (2016) a saúde coletiva deve enaltecer a vida e o meio ambiente com equidade e justiça ambiental, se tornando assim um método social de preocupação com a saúde. Assim, a saúde coletiva, deve esforçar-se mantendo viva a memória de desastres ambientais acontecidos, a vontade em fazer justiça, a procura incessante por novos aprendizados, a troca de referências verídicas e no suporte de estabelecimentos públicos responsáveis.

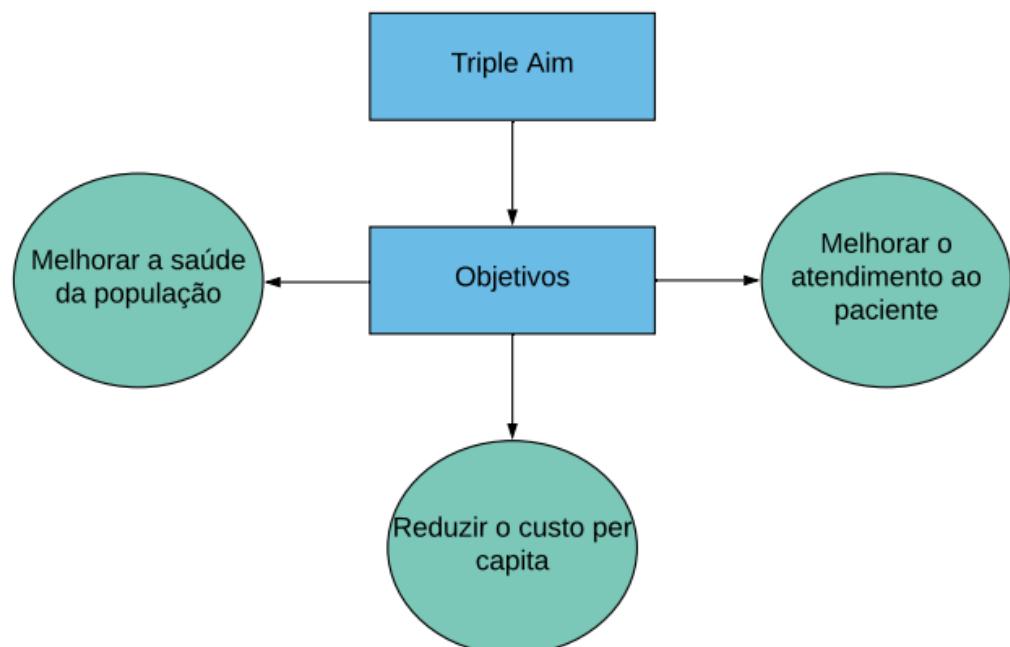
5. ANÁLISE DE PONTOS COMUNS ENTRE OS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS DO SUS E DO *TRIPLE AIM*

Nesta etapa do trabalho, uma análise do SUS será feita para que sejam relacionando os pontos em comum com o *Triple Aim*.

5.1 ESTRUTURA DA FERRAMENTA DE GESTÃO TA

A estrutura da ferramenta de qualidade a ser aplicada no trabalho já apresenta-se bem definida desde sua criação, onde os objetivos e princípios buscados podem ser estabelecidos conforme a Figura 3:

Figura 3 - Fluxograma que ilustra os três objetivos a serem seguidos pelo *Triple Aim*.

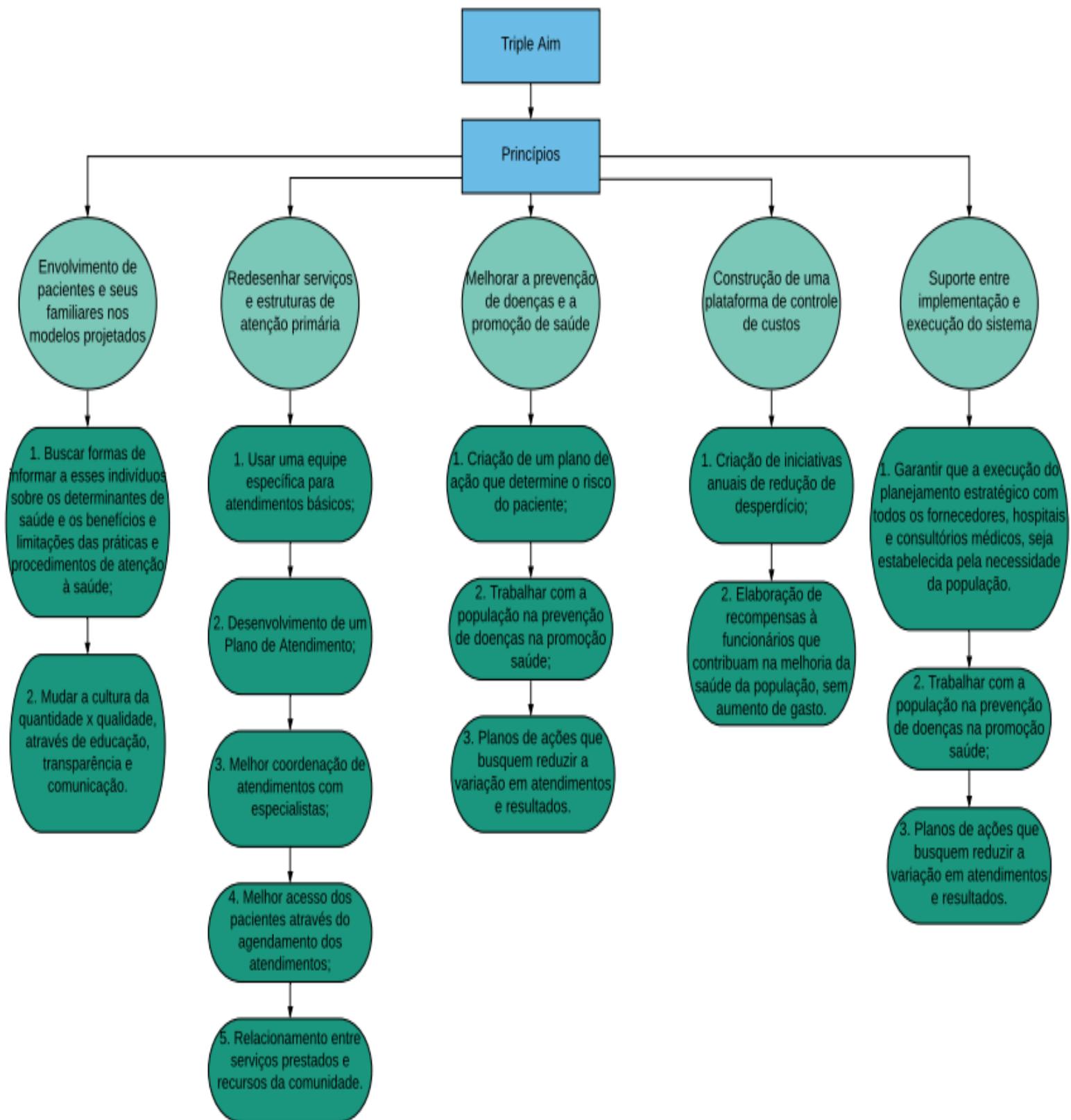


Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a aplicação correta da ferramenta, o estabelecimento que busca essa implementação deve colocar os três objetivos em prática simultaneamente, caso seja abordado de forma incompleta esses objetivos, o EAS não estará instituindo o *Triple Aim*.

O IHI estabelece cinco princípios os quais as instituições que aspiram à concepção deste novo modelo de cuidado devem seguir, conforme mostrado da Figura 4:

Figura 4 - Fluxograma informando os princípios que devem ser seguidos por estabelecimentos que buscam a implementação da ferramenta.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 ESTRUTURA ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

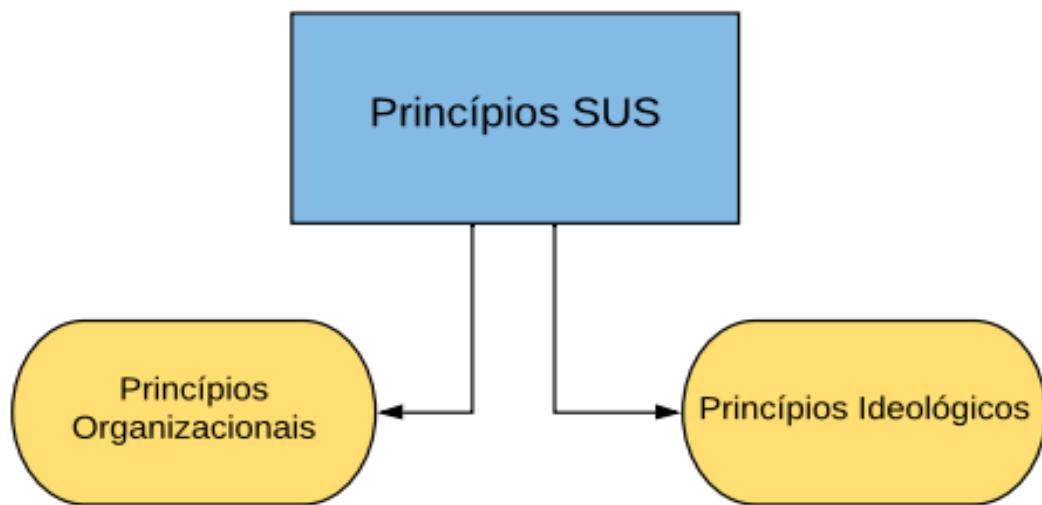
O Brasil busca aplicar um serviço de atendimento individualizado do paciente, promovendo a cura mediante a procura do serviço.

Com o tempo, houve a necessidade de mudanças na aplicação do sistema de saúde, promovendo um serviço de atenção integral de saúde, propondo medidas preventivas, além das demanda anterior de reabilitação do seu público, sendo necessário fazer uma divisão, analisando separadamente cada região, onde cada região do Brasil é analisada separadamente quanto a periodicidade de doenças, quanto às características econômicas e suas necessidades temporais.

5.2.1 FUNÇÕES ORGANIZACIONAIS DO SISTEMA

O SUS apresenta seus princípios bem estruturados, podendo dividi-los em dois grupos, os ideológicos e os organizacionais, apresentado na Figura 5 a seguir:

Figura 5 - Fluxograma relacionado aos princípios presentes na estrutura do SUS.

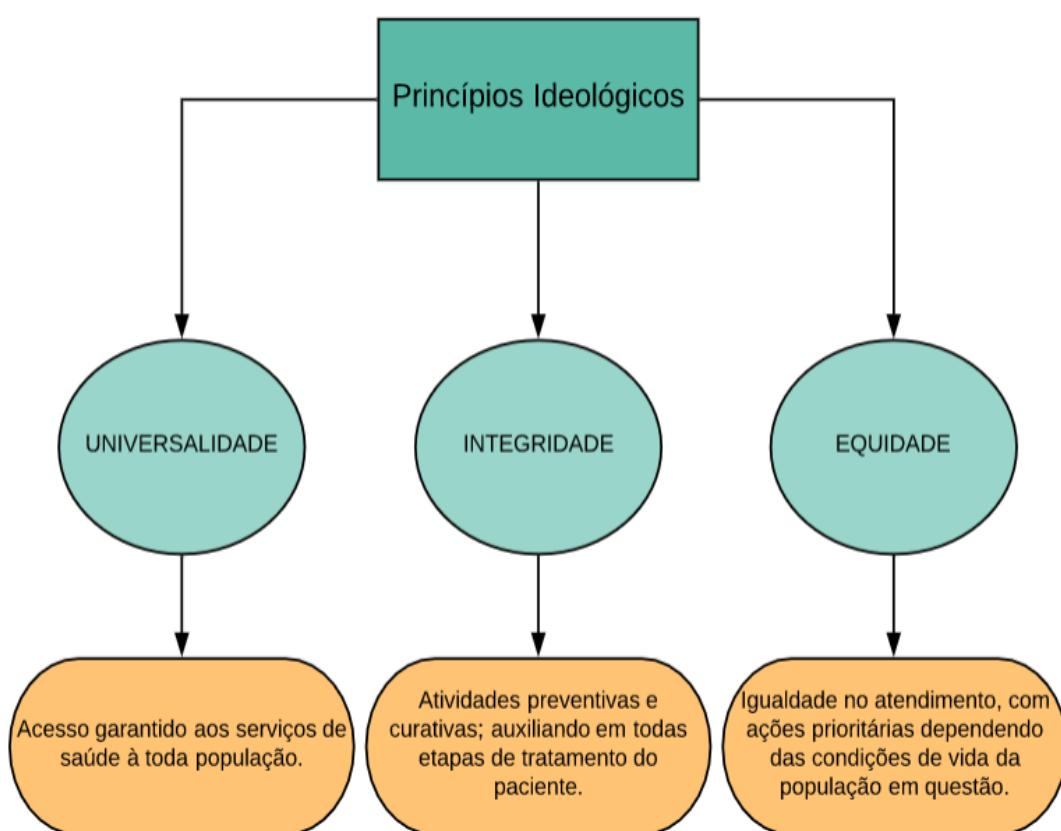


Fonte: Elaborado pelo autor.

Estes princípios e diretrizes organizacionais podem ser divididos em três preceitos, o primeiro é a universalização, que aborda a saúde como um direito de todos cidadãos brasileiros, garantindo o acesso ao serviço de saúde sem restrição, fundamentado na ideologia da igualdade; o segundo é a equidade, que visa a diminuição da desigualdade brasileira, definindo que

como um o mesmo se estabelece em um país miscigenado, onde há populações com diferentes carências, essas necessitam também de um tratamento diferenciado característico e estabelece que o serviço seja ofertado com base nas necessidades e capacidades financeiras, aplicando investimento onde a escassez é maior; por fim, o terceiro caracteriza-se pela integralidade, onde deve-se atender ao público em toda sua demanda e precisão, promovendo a saúde, prevenindo doenças, tratando e reabilitando seus pacientes (PAIM; SILVA, 2010). Esta divisão relacionada de princípios ideológicos e suas descrições podem ser vistos na Figura 6:

Figura 6 - Fluxograma estabelecendo princípios ideológicos presentes na estrutura do SUS, com suas devidas descrições.

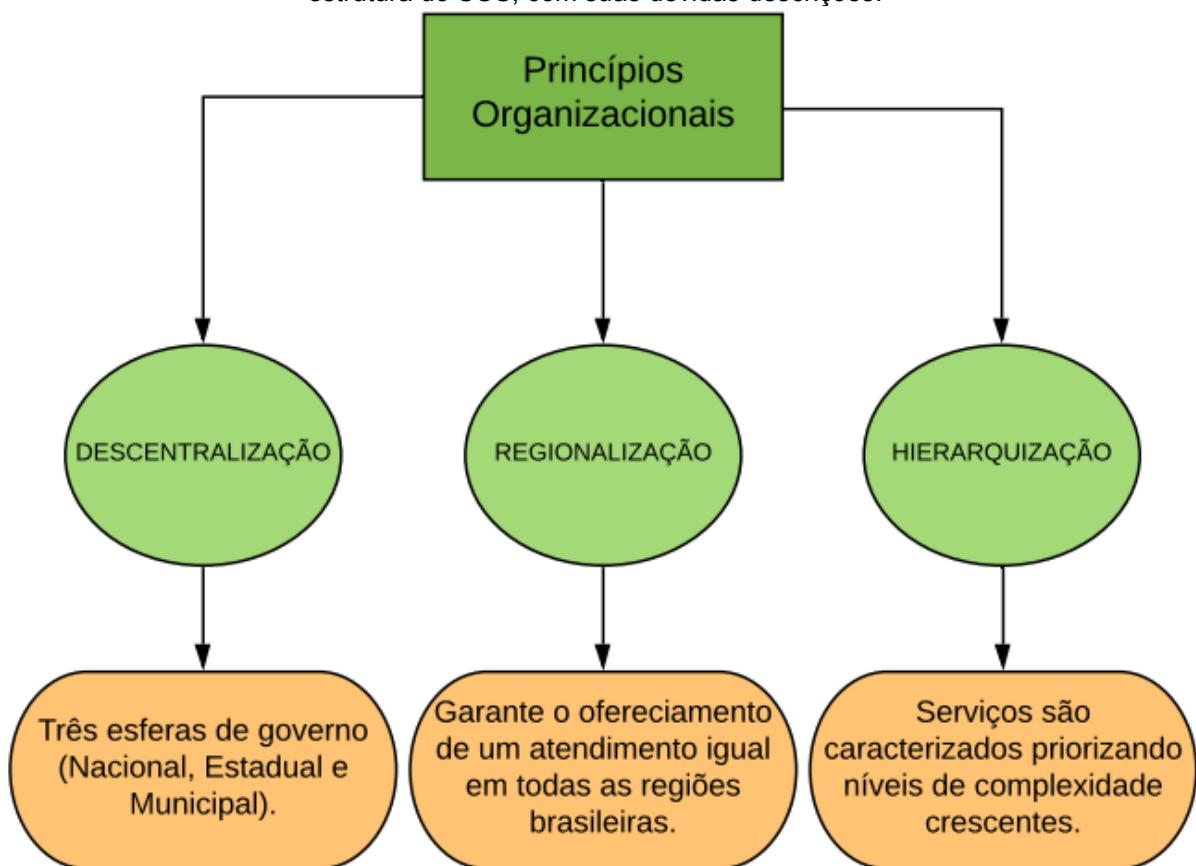


Fonte: Elaborado pelo autor.

O sistema de saúde público brasileiro também apresenta premissas bem estabelecidas, como um modelo regional e hierárquico, com o objetivo de resolver os problemas da população de forma completa, através dessa característica, promovendo à população todas formas de atendimento, isso se dá graças a delimitação de cada

localidade, definindo o público a ser atendido e sua necessidade tecnológica, sendo importante na criação de ações de controle, educação e observação da população. Também estabelece que o enfermo deve ser atendido com qualidade na atenção primária, sendo direcionado ao tratamento direto ou, caso necessário, a um serviço de maior complexidade. Conforme a Figura 7 a seguir, pode-se verificar quais são os princípios organizacionais, suas divisões e descrições.

Figura 7 - Fluxograma estabelecendo princípios organizacionais presentes na estrutura do SUS, com suas devidas descrições.



Fonte: Elaborado pelo autor

A resolubilidade presente também no setor de saúde pública, busca sanar os problemas quando aparecem, tendo sempre um corpo médico capacitado preparado para o atendimento.

A descentralização, é o viés que preocupa-se com a divisão de responsabilidades entre os governos dentro de todo o país, sendo esses

municipais, estaduais e federal, fazendo com que as decisões sejam mais assertivas, já que os governos conhecem mais sobre o estado do fato.

Deve-se atentar para a participação do cidadão nesse ambiente de saúde pública, pois o cidadão tem a chance de participar da formulação das políticas de saúde, na vigilância da sua aplicação e determinação de ações prioritárias na área (BRASIL, 1990).

5.2.2. FINANCIAMENTO DO SUS:

Segundo Mendes (2015), o financiamento do Sistema Único de Saúde pode ser dividido em duas etapas, a anterior e a pós instalação da Constituição de 1988. Nos anos anteriores a 1988 o gastos, que eram disponibilizados para utilização na área de saúde federal, eram provenientes do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que dependia diretamente do financiamento do fundo para a boa execução do serviço público prestado.

A seguridade social tornou-se um ponto em foco a partir do estabelecimento da Constituição de 1988, preocupando-se com a previdência, a assistência social e a saúde fornecida, o financiamento se deu então através do orçamento da União, sendo responsabilidade das secretarias estaduais, municipais e ao Ministério da Saúde no âmbito nacional, e também por aportes sociais, como a contribuição para financiamento da seguridade social (COFINS) e a contribuição social sobre o lucro líquido (CSLL), visando com essas novas formas de obtenção de financiamento uma diminuição na sujeição nas mudanças econômicas encontradas no sistema.

O financiamento custeado pelo FNS deve ser investido em: embolso de custo e acúmulo de recursos ao Ministério da Saúde; aplicação no cumprimento de leis orçamentárias; custeio de ações presentes no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde e atividades realizadas pelo Ministério da saúde e suas secretarias, estaduais e municipais (BRASIL, 1990).

As secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde devem fazer o pagamento das ações implementadas pelo SUS, esse custeio deve ser advindo do orçamento da Seguridade Social, repartindo esse valor entre o

investimento em atividades nacionais e outra parte direcionada às secretarias, levando em consideração as necessidades da população (JORGE, 2007).

O estado, ao receber o valor distribuído pelo Ministério da Saúde, deve guardar parte dessa verba para aplicações estaduais, destinando o restante às secretarias dos municípios, seguindo quesitos pré determinados para, somente assim, aplicar a verba no serviço de saúde municipal (FILHO et al., 2003).

5.2.3. ÓRGÃOS GESTORES DO SUS:

Conforme o “ABC do SUS doutrinas e princípios” (1990), a gestão do SUS é realizada por entidades diferentes em âmbito nacional, estadual e municipal, onde as decisões sobre o sistema devem ser tomadas a partir de uma secretaria específica ou, em caso nacional, pelo Ministério da Saúde, assim determina-se que as secretarias municipais são responsáveis pelos municípios, as secretarias estaduais pelos estados e o Ministério da Saúde, de forma global, dentro da nação.

O município deve estar sempre comprometido com o atendimento do paciente da forma mais correta possível, caso as necessidades extrapolarem o que o município dispõe, deve-se encaminhar o enfermo a cidade vizinha mais próxima, buscando oferecer um atendimento completo a quem procura o serviço.

A população deve, como forma de avaliação do SUS, fazer reclamações ao gestor local, que é o principal fiscalizador da qualidade do sistema, mas essa fiscalização também é controlada pelo poder legislativo, as secretarias municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde.

5.2.3.1. Secretarias Municipais:

Os principais incumbidos em realizarem ações que façam com que se melhore a saúde da população são os gestores municipais, que devem analisar a situação da quantidade de enfermidades na população e criar as ações para desenvolver os causadores e tratamento destas doenças (BRASIL, 1990).

5.2.3.2. Secretarias Estaduais:

Os gestores estaduais devem desenvolver somente as ações que as secretarias municipais não conseguirem realizar, além disso, essas secretarias devem sempre que necessário, estarem dispostas a por em prática as necessidades relatadas através de seus municípios (BRASIL, 1990).

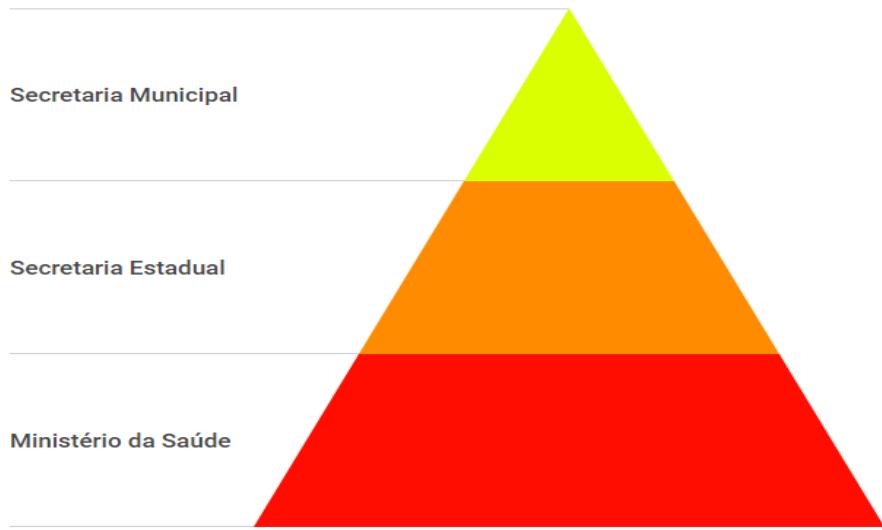
5.2.2.3 Ministério da Saúde:

Já o gestor do Ministério da Saúde deve lidar com o planejamento de ações, seu financiamento, identificação de possíveis carências das diversas localidades do país, buscando a prevenção, o cuidado e o estímulo ao uso do sistema (BRASIL, 1990).

Assim cada esfera de governo apresenta um gestor bem definido, em nível macro tem o Ministério da Saúde, sequencialmente as secretarias estaduais e municipais, conforme está apresentado na Figura 8, visando uma aproximação com os defeitos e possíveis melhorias a serem implementadas no sistema.

Hierarquicamente descritos, pode-se ver, através da Figura 8, como fica a estrutura composta por todos órgãos gestores do SUS.

Figura 8 - Gráfico para identificação de responsáveis em cada esfera do governo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

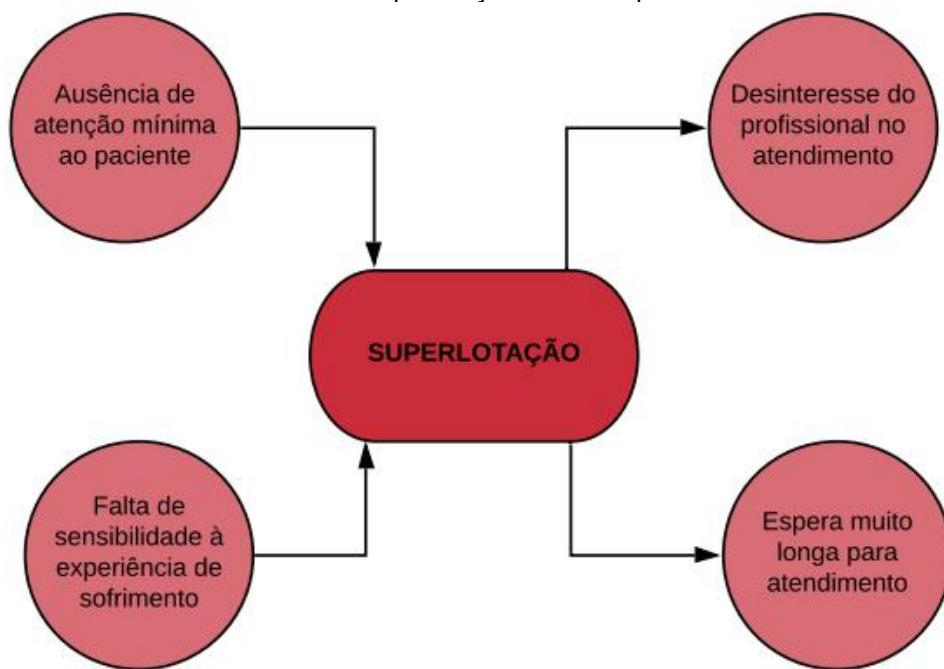
5.3 RELAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUS E A PROPOSTA PELA FERRAMENTA *TRIPLE AIM*

5.3.1. IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE INSATISFAÇÃO DO SUS

- Superlotação das EAS públicas causada pela falta de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), exaustão médica, falta de leitos e longa espera para atendimento são falhas identificadas no SUS (Teixeira 2014 e Bittencourt, 2009).

A esquematização destas causas e seu efeito pode ser visualizado na Figura 9.

Figura 9 - Fluxograma relacionando as causas encontradas nos estudos que resultam na superlotação dos EAS públicos.

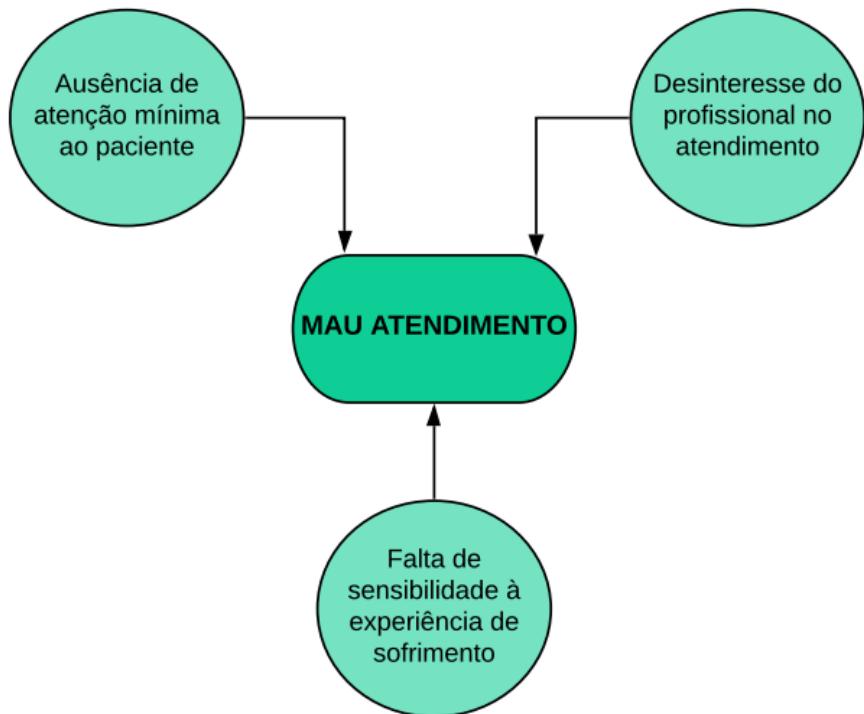


Fonte: Elaborado pelo autor.

- O mau atendimento, causado pela falta de atenção ao paciente; ; desinteresse do profissional no atendimento; falta de sensibilidade à experiência de sofrimento também foram identificados como falhas apontadas por usuários do SUS, segundo Castro (2016).

Na Figura 10 abaixo pode-se encontrar, através de um fluxograma as causas que geram o mau atendimento em EAS públicos.

Figura 10 - Fluxograma relacionando as causas encontradas nos estudos que resultam na verificação do mau atendimento em EAS públicos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

- Elevado tempo de espera para atendimento para atendimento pela falta de agendamento prévio e pela falta de controle do risco do paciente também são apontados como falha no SUS (Moimaz, 2010). As causas do elevado tempo de espera por atendimentos em EAS público pode ser encontrado na ilustração, Figura 11.

Figura 11 - Fluxograma relacionando as causas encontradas nos estudos que resultam no elevado tempo de espera em EAS públicos.

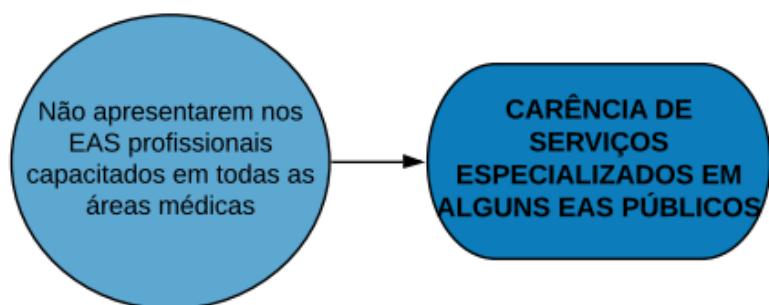


Fonte: Elaborado pelo autor.

- A carência de serviços especializados em alguns estabelecimentos de saúde público, queixa demandada muitas vezes de municípios mais carentes, por conta de não apresentarem nos EAS profissionais capacitados em todas as áreas médicas também é apontado como falha no SUS (Benazzi, 2007).

A geração da carência de serviços especializados e sua possível causa, encontrada em estudos, pode ser verificada na Figura 12.

Figura 12 - Fluxograma relacionando a causa encontrada em estudo que resulta na carência de serviços especializados em EAS públicos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.2. FERRAMENTAS UTILIZADAS PELO SUS PARA SANAR INSATISFAÇÕES ENCONTRADAS

Como medida de melhoria para superlotação do ambiente hospitalar, em EAS públicos, o SUS determina a utilização do QualiSUS (processo de qualificação das urgências e emergências hospitalares), além da criação de novas UPAs. A Figura 13 mostra o esquema da solução.

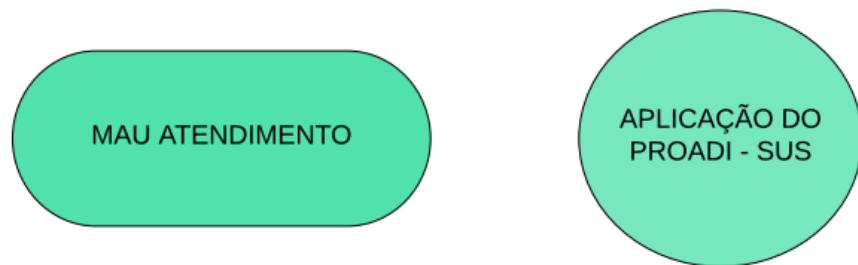
Figura 13 - Fluxograma contendo as medidas estabelecidas pelo SUS para melhoria na superlotação dos EAS públicos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a melhoria de atendimento ao paciente foi desenvolvido o PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde), que prevê o apoio ao SUS de estabelecimentos de saúde privados e a criação de projetos que visem o desenvolvimento na técnica e operação de gestão em serviços de saúde. Como mostra a figura 14.

Figura 14 - Fluxograma contendo a medida proposta pelo SUS para melhoria do mau atendimento nos EAS públicos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para amenizar o problema com o tempo de espera para atendimento em EAS públicos, foi criado o Programa Regula+Brasil, programa que atua como regulador entre o atendimento básico de saúde e o direcionamento para média e alta complexidade (Ministério da Saúde , 2018). Conforme Figura 15.

Figura 15 - Fluxograma contendo a medida proposta pelo SUS para melhoria no elevado tempo de espera por atendimento nos EAS públicos.

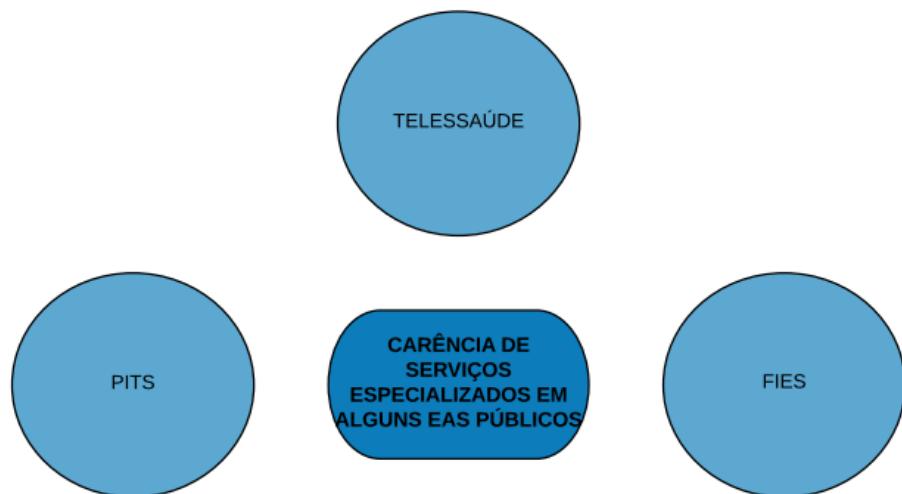


Fonte: Elaborado pelo autor.

Para correção da distribuição de médicos pelos EAS públicos do país, segundo o estudo de Oliveira (2017), o SUS estabeleceu alguns projetos a serem seguidos como o PITS, propiciando a municípios com escassez de

profissionais especializados acesso a esses, tendo duração de 2001 à 2004, que propôs o incentivo da alocação de médicos em municípios com escassez monetária comprovada; Telessaúde, aplicado de 2007 aos dias atuais, que promove a formação e desenvolvimento de clínicos gerais; e o FIES, criado em 2011 e utilizado até os dias atuais, onde o governo propõe que antigos estudantes com bolsa do FIES, que paguem seus estudos através de seu trabalho em regiões com carência de médicos após graduarem. Todas esses projetos podem ser verificados através da Figura 16.

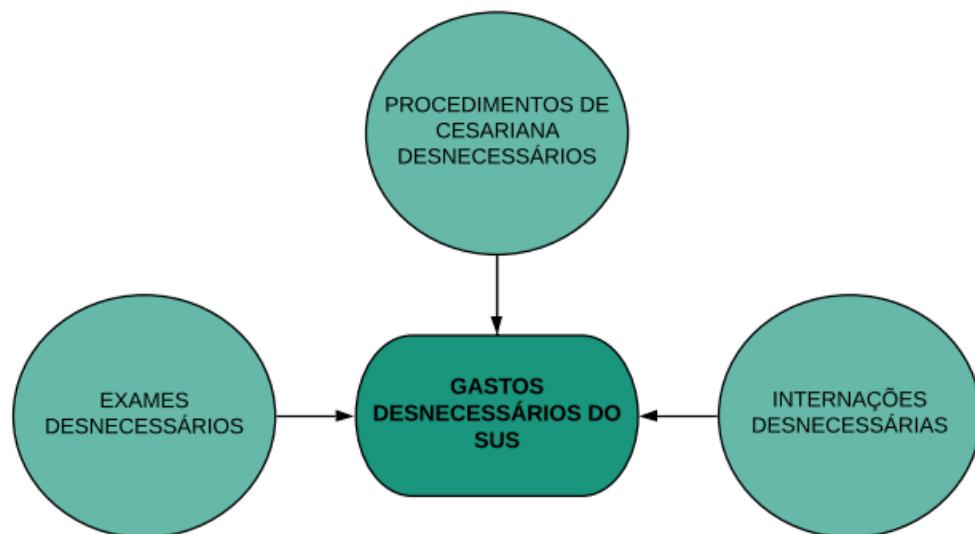
Figura 16 - Fluxograma contendo a medida proposta pelo SUS para melhoria no elevado tempo de espera por atendimento nos EAS públicos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Ainda como falha do SUS, são identificados os gastos empregados em atividades desnecessárias, solicitação de exames desnecessários; o alto índice de cesarianas desnecessárias realizadas no EAS público e internações desnecessárias. Tudo isto impacta no aumento de custos desprendidos desnecessariamente pelo sistema público (Souza, 2017; Saldiva, 2018 e Zucci, 2000) A Figura 17 apresenta dos gastos desnecessários no SUS.

Figura 17 - Fluxograma contendo as causas dos altos gastos desnecessários na Sistema de Saúde Brasileiro.

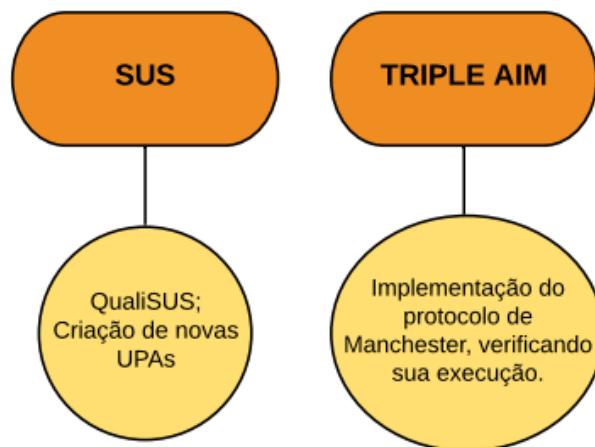


Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3.3. RELAÇÃO ENTRE AS PROPOSIÇÕES DO TA E AS SOLUÇÕES APlicadas PELO SUS NA GESTÃO DE EAS

A superlotação de EAS deve ser resolvida através da melhoria na qualidade de atendimento, com a aplicação do protocolo de Manchester (McCarthy 2010). Na Figura 18 a seguir, encontra-se a medida tomada pelo SUS, e a proposta do TA para melhoria da superlotação.

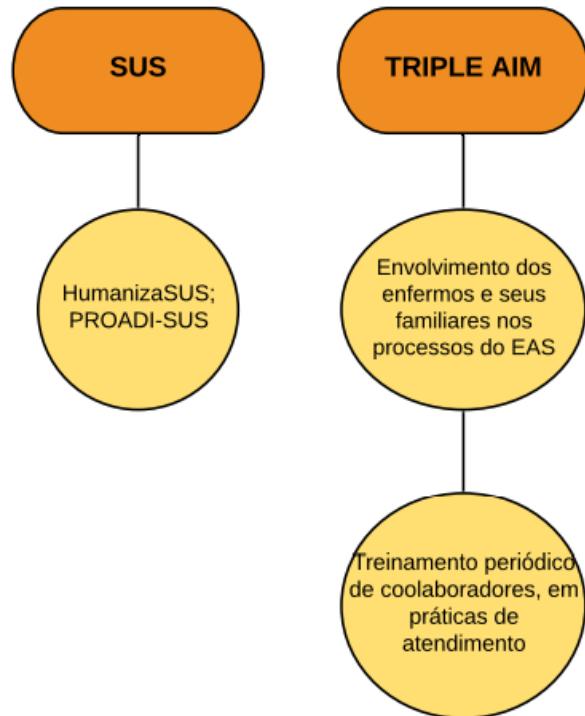
Figura 18 - Fluxograma contendo ações já realizadas pelo SUS, ao que se propõe o TA e a medida proposta pelo TA, para superlotação.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a melhoria no atendimento dos pacientes, deve-se envolver enfermos e seus familiares nos procedimentos do EAS e o treinamento periódico dos colaboradores, quanto a forma de acolhimento ao público. A Figura 19, apresenta as ações realizadas pelo SUS, qual a proposta do TA para o melhor atendimento do paciente.

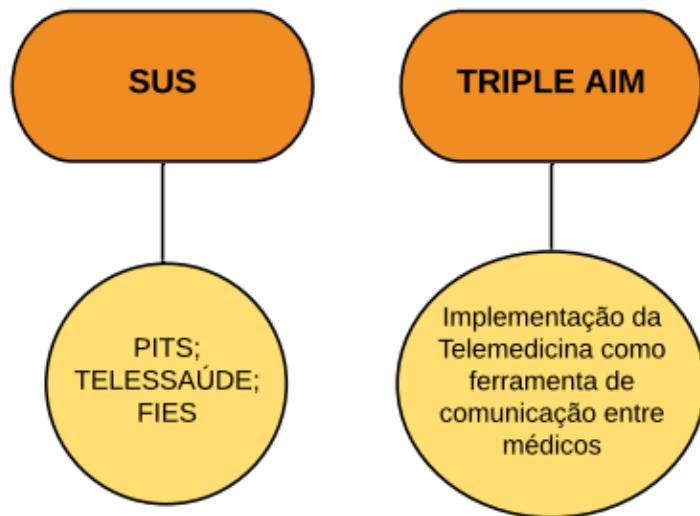
Figura 19 - Fluxograma contendo ações já realizadas pelo SUS, ao que se propõe o TA e a medida proposta pelo TA, para um melhor atendimento.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Já para a falta de médicos especialistas em EAS, através do Saúde Bussines (2018), o TA propõe a implementação da telemedicina como forma de comunicação entre médicos de diferentes especialidades. A Figura 20 apresenta quais atividades são já realizadas pelo SUS para resolução da insatisfação quanto a falta de médicos nos EAS públicos, o que sugere o TA e a partir da aplicação dessa ferramenta.

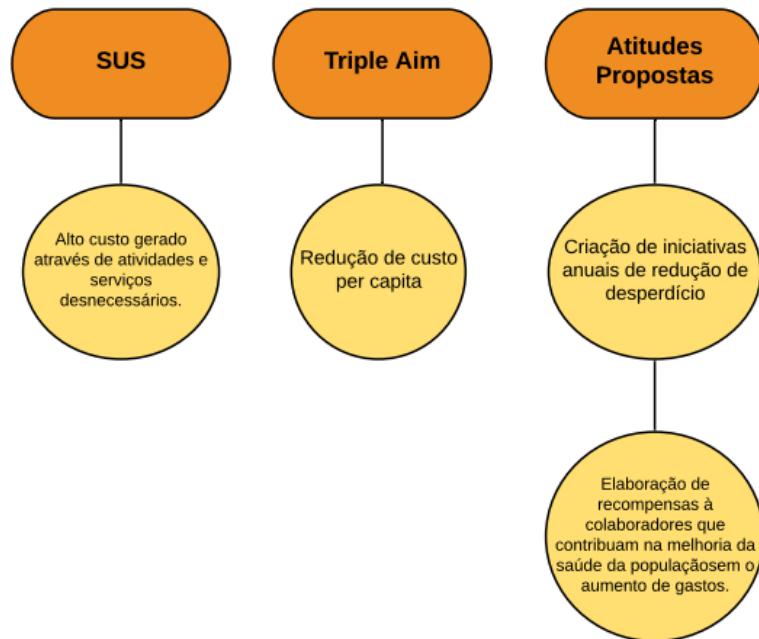
Figura 20 - Fluxograma contendo ações já realizadas pelo SUS, ao que se propõe o TA e a medida proposta pelo TA, para escassez de médicos em alguns EAS públicos.



Fonte: Elaborado pelo autor.

O TA propõe, para a diminuição de custo per capita em EAS, a criação de iniciativas anuais de redução de desperdícios e a elaboração de recompensas a colaboradores que contribuam na melhoria da saúde da população, sem que haja o aumento de gastos. Na Figura 21 pode-se verificar a falha encontrada no SUS, o que se propõe a ferramenta de gestão e qualidade TA e quais medidas são propostas pelo TA para solucionar os problemas.

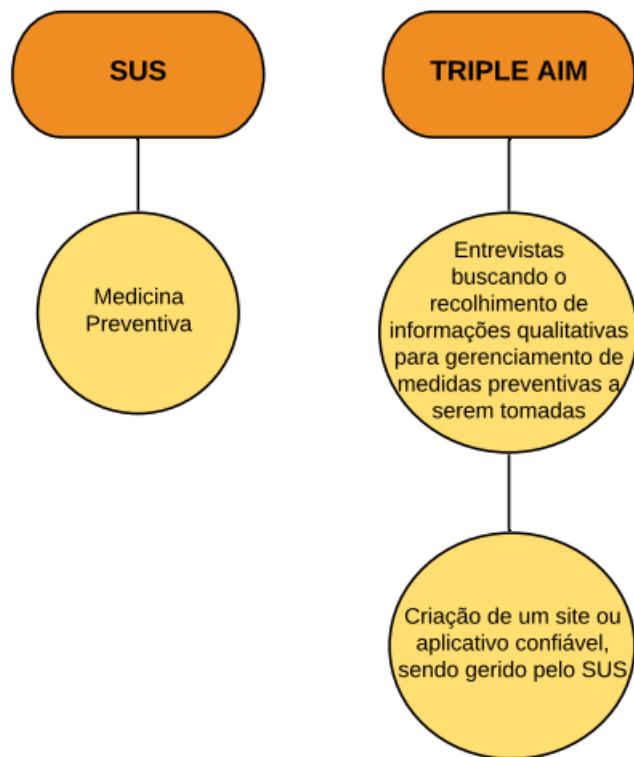
Figura 21 - Fluxograma indicando a falha encontrada no SUS, o que se propõe o TA e quais as medidas propostas pela ferramenta.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a verificação de uma melhor qualidade de vida da população, a ferramenta TA recomenda que o SUS faça entrevistas, buscando o recolhimento de informações qualitativas, de usuários, para o gerenciamento de medidas preventivas a serem tomadas e a criação de site ou aplicativo confiável. A Figura 22 a seguir apresenta a proposta do SUS para a insatisfação, o que se propõe o TA e as medidas aconselhadas pela ferramenta.

Figura 22 - Fluxograma informando o que o SUS já apresenta para sanar os problemas encontrados, o que se propõe o TA e quais as medidas propostas pela ferramenta.



Fonte: Elaborado pelo autor.

6. CONCLUSÕES

A ferramenta de gestão de serviços de saúde estudada neste trabalho foi o Triple Aim (TA), a escolha se deu pelos objetivos e princípios que a ferramenta apresenta, por ser uma ferramenta implementada em EAS de países desenvolvidos e por poder colaborar com o SUS.

O cerne deste trabalho é a verificação da viabilidade de aplicação da ferramenta de qualidade *Triple Aim* no SUS, averiguando quais objetivos contidos na ferramenta que já se apresenta instituído e realizado no SUS.

Através do estudo da literatura foi elencado as falhas e queixas do SUS, as propostas de solução de falhas implementadas pelo SUS e quais programas de solução, de fato, são implementados nos EAS públicos.

A partir do estudo da ferramenta TA, foram enumeradas as medidas propostas pela ferramenta para solução de problemas semelhantes as falhas encontradas no SUS, assim, foi possível relacionar as medidas propostas pelo TA e as medidas tomadas pelo SUS, identificando que para alguns das falhas do SUS,

medidas similares aos propostas pelo TA, são adotadas. Porém a questão de redução de custos *per capita*, ainda é um problema sem solução no SUS.

Com metodologia desenvolvida neste estudo, foi possível concluir que, o SUS já apresenta projetos que buscam os mesmo objetivos apresentados pelo Triple Aim, porém notamos que a ferramenta TA é padronizada para EAS estabelecidos individualmente. Já o Sistema Único de Saúde, por ser global (sistema de saúde brasileiro estabelecido em todas as regiões e com as mais diversas características geográficas e financeiras), teria dificuldade na aplicação do TA, pois, para o gerenciamento e verificação em todos EAS públicos do Brasil, demandaria um sistema de gestão com fiscalização e controle local, inviabilizando a geração de resultados positivos.

Este trabalho de conclusão de curso agrega a Engenharia Biomédica da Universidade Federal de Uberlândia e seus estudantes, a forma de análise de uma ferramenta de gestão e qualidade ainda não aplicada no sistema brasileiro de saúde, também possibilitando o estudante no aprofundamento de estudos na área de gestão e qualidade, inferindo em uma melhor qualificação do profissional a ser formado.

7. REFERÊNCIAS

2008. Gil Antônio Carlos. **Modos e técnicas de pesquisa social**. 6^a ed. São Paulo. Editora Atlas S.A. 2008. 220 p.

BENAZZI, Luciane Eloisa Brandt; FIGUEIREDO, Andréia Cristina Leal; BASSANI, Diego Garcia. The user's evaluation of the ophthalmologic service offered by SUS (Brazilian Unified Health System) in an urban center in the South of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. I.], p. 861-868, 13 dez. 2007.

BIELEMANN, Renata M ; KNUTH, Alan G; HALLAL, Pedro C. Physical activity and cost savings for chronic diseases to the Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, p. 9-14, 15 set. 2009.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalares: uma revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública vol.25 no.7 Rio de Janeiro. 2009.

BODENHEIMER, Thomas; SINSKY, Christine. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. **ANNALS OF FAMILY MEDICINE**, [S. I.], n. 6, p. 573-576, 1 dez. 2014.

BORDE, Elis; ÁLVAREZ, Mario Hernández; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. A critical analysis of the social determinants of health approach from the perspective of the latin american social medicine and collective health. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, p. 841-854, 1 jul. 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. 83 p.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Legislação estruturante do SUS. Brasil, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333/03.** Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.

CÂNDIDO, Jéssica; SOUZA, Lindinalva Rocha de. SÍNDROME DE BURNOUT: AS NOVAS FORMAS DE TRABALHO QUE ADOECEM. **Psicologia.pt**, [S. I.], p. 1-12, 28 jan. 2017.

CARVALHO, Ana Maria de Oliveira. QUALITY MANAGEMENT IN PUBLIC ASSISTANCE SERVICES. **Revista Inova Ação**, Teresina, p. 52-70, 5 dez. 2011.

CARVALHO, Cristiane A.P. et al. The user's attendance: a Systematic Review on the Brazilian Health Care System (SUS). **Arquitetura, Ciências e Saúde**, [S. I.], p. 93-95, 30 abr. 2008.

CASTRO, Caroline Faria de et al. **Avaliação da qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços públicos de saúde na Unidade de Atencao Primaria a Saúde-UAPS São Pedro localizada no município de Juiz de Fora-MG.** 2016.

EARNEST, Mark; BRANDT, Bárbara. Aligning practice redesign and interprofessional education to advance triple aim outcomes. **Interprofessional Care**, [S. I.], p. 497-500, 16 jun. 2014.

FILHO, Ady Carnot Falcão et al. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS, 2003.

JORGE, Elias Antônio *et al.* Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil. **Núcleo Nacional de Economia da Saúde**, Brasília, 2007.
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/14/doc2-141013.pdf>.

GUIMARÃES, Reinaldo. Technological incorporation in the Unified Health System (SUS): the problem and ensuing challenges. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 4899-4908, 2014.

INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Norma nº 617301-4800, de 10 de junho de 2014.** Legislação estruturante do Triple Aim. Cambridge, 2014.

JESUS, P.B.R; CARVALHO, D.V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde: uma contribuição da enfermagem. **REME Rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1-2, p. 48-56, 2002.

KALS, S. V. *et al.* The Health Belief Model and behavior related to chronic illness. **Health Education Monographs**. v. 4, n. 2, p. 433-454, 1974.

LEVINE, Jerome F. *et al.* Use of the Triple Aim to Improve Population Health. **Ncmedicaljournal**, [S. I.], p. 201-204, 25 jul. 2011.

MARTIN, Danielle *et al.* IHI Triple Aim: Women's College Hospital. **Canadian Foundation for Healthcare Improvement**, [S. I.], p. 1-3, 12 mar. 2015.

MCCARTHY , Douglas; KLEIN , Sarah. The Triple Aim Journey: Improving Population Health and Patients' Experience of Care, While Reducing Costs. **Commonwealth Fund** , [S. I.], n. 48, p. 1-12, 1 jul. 2010.

MENDES, Áquiles Nogueira. **FINANCIAMENTO, GASTO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. Doutorado (Doutorado em Economia) - Universidade estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. PERSPECTIVES AND CHALLENGES OF PUBLIC GESTION IN THE SUS. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, p. 35-39, 28 fev. 2014.

Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília: 2002.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1419-1440, 5 maio 2010.

MONTI, Fernando. Desafios atuais da gestão da saúde. **Debates GVSaúde**, [S. I.], p. 14-27, 11 mar. 2015.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface Comunicação Saúde Educação**, [S. I.], p. 1-20, 22 jan. 2018.

NOBLE, Fiona Doolan et al. How well does your healthcare system perform? Tracking progress toward the triple aim using system level measures. **The New Zealand Medical Journal**, [S. I.], p. 44-50, 29 maio 2015.

Nobrega Pavão D, Buttignol M, Pereira AJ, Tanjoni R, Almeida EH, Leisnock P, et al. Efficiency in the operational process: reduction of incorrect entries and guarantee of compliance in rendering of accounts. *einstein* (São Paulo). 2018;16(4):eGS4200. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2018GS4200

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1165-1180, 2017.

OUSLANDER, Joseph G. The Triple Aim: A Golden Opportunity for Geriatrics. **JAGS**, [S. I.], p. 1808-1809, 1 out. 2013.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. The field of Collective Health in Brazil: definitions and debates on its constitution. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS EM SAÚDE, 2013, São Paulo. **The field of Collective Health in Brazil: definitions and debates on its constitution [...]**. São Paulo: [s. n.], 12/09/2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010 . Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2019.

PHILLIPS JR, Dr. Robert L. et al. A Family Medicine Health Technology Strategy for Achieving the Triple Aim for US Health Care. **Fam Med Journal**, [S. I.], p. 1-14, 1 set. 2016.

PORTE, Marcelo Firpo de Souza. The tragedy of mining and development in Brazil: public health challenges. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1-3, 6 jan. 2016.

RABELLO, Rúbia Soraya, **Ferramentas de qualidade**, 2012, 23 slides.

ROKSUND, Gisle. Cuidados de Saúde Preventivos. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, Oslo, p. 466-468, 14 jun. 2011.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. Brazil's Family Health Program according to healthcare practitioners, managers and users. **Ciência & Saúde Coletiva**, Juiz de Fora, p. 23-34, 2 mar. 2007.

RYAN, BRIDGET L . *et al.* Examining Primary Healthcare Performance through a Triple Aim Lens. **HEALTHCARE POLICY**, [S. I.], p. 19-31, 6 abr. 2016.

SAUDEBUSSINES, **Como a tecnologia pode ajudar o Triple Aim.** Disponível em <https://saudebusiness.com/gestao/como-tecnologia-pode-ajudar-o-triple-aim/>

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; LACERDA, Maria do Carmo Nunes de. FACTORS THAT CAUSE SATISFACTION AND INSATISFACTION AMONG PATIENTS ASSISTED BY SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 43-53, 1 mar. 1999.

SILVA, Alais da; REIS, Almerinda Luedy. Triple aim: a strategy for health systems transformation. **ACRED**, [S. l.], p. 109-123, 5 ago. 2016.

SOUZA, Dayane Kelle de ; PEIXOTO, Sérgio Viana. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, p. 285-294, 3 out. 2017.

SOUZA, Paulo César de ; SCATENA, João Henrique G. User Satisfaction with Hospital Care in Publicprivate mix in Health Care provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) in the State of Mato Grosso. **REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE**, Londrina, p. 30-41, 1 set. 2014.

Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2011; 19(1): 26-33.

TEIXEIRA, Valdeci de Assis; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. O PROTOCOLO DE MANCHESTER NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três corações, p. 905-920, 15 dez. 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

WATTS, Jonathan. Brazil's health system woes worsen in economic crisis. **The lancet**, [S. l.], p. 1603-1604, 16 abr. 2016.

WHARTON, Charlie et al. IH Triple Aim: Women's College Hospital. **Canadian Foundation for Healthcare Improvement**, Canadá, p. 1-3, 12 mar. 2015.

WHEELER. J. R.C.. RUNDALL, T.G. Secondary preventive health behavior. **Health Education Quarterly**. V 7, n.4, p 243-262, 1980.

ZUCCHI, Paola; DEL NERO, Carlos; MALIK, Ana María. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, p. 127-150, 2000.