

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Disque- Corona:

cuidado coordenado e integrado em resposta à pandemia da Covid-19

Camila Corrêa Pereira

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor PhD Nuno Crespo

ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro de 2020



**BUSINESS
SCHOOL**

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Disque-Corona:

cuidado coordenado e integrado em resposta à pandemia da Covid-19

Camila Corrêa Pereira

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor PhD Nuno Crespo

Professor Auxiliar, Departamento de Economia

Outubro de 2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho Dante, luz na minha vida, e ao meu irmão Gabriel, que despertou meu interesse pela gestão.

AGRADECIMENTOS

Para a realização desse projeto, foi essencial o apoio da minha família, como retaguarda aos cuidados ao meu filho pequeno, Dante. Agradeço ao Vinícius, pelo incentivo quando o mestrado parecia um desejo impossível. Agradeço à minha mãe Suely, meu irmão Gabriel, meu pai Handerson e sua esposa Graça, pela disponibilidade com o Dante. Saber que ele estava bem cuidado, cercado de amor, foi o que me permitiu ingressar no desafio de um mestrado internacional.

Agradeço à querida amiga, Fernanda Montesi Pereira, por embarcar comigo no mestrado. Você fez toda diferença, sendo companhia às viagens ao Rio de Janeiro e a Portugal, para as aulas e para as distrações, que nos permitiram viver muitas e muitas histórias, que se somaram a tantas outras que compõem nossa amizade.

Às minhas amigas Alessa, Sarah, Daniele e Noêmia, meu muito obrigada pelo apoio durante a elaboração desse trabalho.

Agradeço à Operadora de Planos de Saúde do estudo, na pessoa de seu presidente Hugo Borges e de sua diretora de provimentos de saúde Nathércia Abrão, pela disponibilização dos dados que geraram esse trabalho, assim como à equipe do “Disque-Corona”, em especial ao Bruno Esteves, Bárbara Sperandio, Mariane Moraes e Sheila Montenario, pela disponibilidade e ajuda. Trabalhar com vocês foi um imenso prazer!

Aos colegas de turma, desde o Premaster na FGV-Rio, meu muito obrigada. Vocês foram mais que colegas, e trouxeram alegria, companheirismo, leveza e diversão. Levarei essa turma sempre no meu coração.

Ao Professor Nuno Crespo, meu orientador nesse trabalho, agradeço o diálogo e atenção.

Ao Fernando Perlatto, meu sincero agradecimento, pelo apoio e incentivo constantes. Tê-lo ao meu lado foi essencial para a conclusão desse trabalho.

RESUMO

No cenário atual da saúde no Brasil impera a oferta de um cuidado fragmentado, pautado na medicina curativa, advinda de um modelo que não leva em conta a transição demográfica e seu impacto epidemiológico. Dentro desse cenário, a pandemia do novo coronavírus aumentou os desafios existentes, evidenciando fragilidades e tornando ainda mais urgentes as já necessárias mudanças e inovações no modelo de atenção à saúde. A assistência à saúde aos casos suspeitos ou confirmados se faz necessária na mesma agilidade que o gerenciamento dos casos, com coordenação do cuidado. O tratamento aos enfermos ganha tanta importância quanto o controle epidemiológico. Intervenções e diagnóstico precoce se tornam, portanto, tão fundamentais quanto o controle de doenças crônicas. Assim, o enfrentamento à Covid-19 com foco na integralidade do indivíduo e das ações de saúde ganha, nesse contexto, protagonismo. O presente trabalho busca analisar uma iniciativa específica voltada para o enfrentamento à Covid-19, investigando as estratégias desenvolvidas pelo “Disque-Corona”, serviço de teleatendimento disponibilizado por operadora de plano de saúde, no intuito de prestar assistência em saúde em consonância com os desafios epidemiológicos para o enfrentamento à Covid-19. O trabalho pretende contribuir para a análise do enfrentamento à Covid-19, ampliando as possibilidades com novos modelos de gerenciamento de situações de saúde. Além disso, buscará trazer novas reflexões sobre o uso do atendimento remoto, tão novo no cenário nacional.

Palavras-chave: modelo de atenção à saúde, rede de atenção à saúde, telessaúde, coordenação do cuidado, pandemia coronavírus.

ABSTRACT

In Brazil's current health scenario, it's notable the fragmentation of the health care, ruled by curative medicine coming from a model where demographic transition and its epidemiological impact is not considered. Inside this scenario, the coronavirus pandemic increased the existing challenges, showing weaknesses and making the necessary changes and innovations in the health care model even more urgent. Health care for suspected or confirmed cases is necessary with the same agility as case management, with coordination of care. Treatment of the sick gains as much importance as epidemiological control. Interventions and early diagnosis therefore become as fundamental as the control of chronic diseases. Thus, dealing with Covid-19 with a focus on the integrality of the individual and health actions gains, in this context, a leading role. The present work seeks to analyze a specific initiative aimed at confronting Covid-19, investigating the strategies developed by "Disque-Corona", a call center service provided by a health plan operator, in order to provide health care in line with the epidemiological challenges for confronting Covid-19. The work intends to contribute to the analysis of the confrontation with Covid-19, expanding the possibilities with new models of management of health situations. In addition, it will seek to bring new reflections on the use of remote service, so new on the national scenario.

Keywords: health care model, health care network, telehealth, care coordination, coronavirus pandemic.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DA LITERATURA	05
2.1 A crise no modelo de atenção à saúde	05
2.2 A integralidade na assistência à saúde	06
2.3 A ampliação da telessaúde no cenário da Covid-19 e no contexto brasileiro.....	07
2.4 A pandemia da Covid-19 e o cenário municipal da assistência em saúde	09
METODOLOGIA	11
3.1 Método	11
3.2 Amostra	11
3.3 Técnicas de coleta de dados	12
3.4 Técnicas de análise dos dados	13
4. RESULTADOS	17
4.1 Resultados do levantamento quantitativo	17
4.1.2 A jornada assistencial do “Disque-Corona”	18
4.2 Resultados qualitativos	21
4.2.1 Resultado da pesquisa de opinião pública por questionário	22
4.2.2 Resultado da pesquisa de opinião telefônica	23
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
5.1 A Integralidade e o ciclo de cuidados do “Disque-Corona”	25
5.2 Além do olhar assistencial: pontos de consideração sobre a estruturação da integralidade	25
5.3 O “Disque-Corona” pelo olhar do cliente	26
5.4 Novas formas de prestação de serviço em saúde e a satisfação do cliente	27
5.5 O impacto da inovação: resistências e dificuldades percebidas	28
6. CONCLUSÃO	33
6.1. Caminhos para o futuro	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
8. ANEXOS	41

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Figura 3.1: Pergunta pela metodologia NPS	13
Figura 3.2: Classificação de clientes segundo o NPS	14
Quadro 3.1: Zonas de Classificação segundo a metodologia NPS	15
Quadro 4.1: Número de ligações por mês	18
Quadro 4.2: Número de clientes atendidos e direcionados dentro de sua necessidade.	19
Quadro 4.3: Encaminhamentos ao PA	20
Quadro 4.4: Idade média dos pacientes internados e tempo médio de permanência...	20
Quadro 4.5: Reabilitação pós alta	21
Quadro 4.6: Nível de satisfação quanto ao cuidado oferecido pelo “Disque-Corona”.	23
Quadro 4.7: Nível de Satisfação quanto a resolutividade do “Disque-Corona”	23
Quadro 4.8: Resultado da pesquisa de opinião telefônica	24

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

IHI – do inglês, Institute for Healthcare Improvement

NPS – do inglês, Net Promoted Score

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PJF – Prefeitura de Juiz de Fora

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – do inglês, World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

No cenário atual da saúde no Brasil lidamos com enormes desafios. Impera a oferta de um cuidado fragmentado, pautado na medicina curativa, advinda de um modelo que não leva em conta a transição demográfica e seu impacto epidemiológico, que pouco se preocupa com o custo assistencial e cultiva distorções, incentivadas por modelos de pagamentos inadequados.

Eugênio Vilaça Mendes, em seu livro *Redes de Atenção à Saúde*, traz reflexões sobre os pilares que devem pautar as mudanças no modelo de atenção à saúde. Sugere que este modelo deve sair da decisão baseada em opinião para a decisão ancorada em evidências. Além disso, defende a perspectiva de que deve haver uma alteração dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, orientadas para atenção às condições agudas e crônicas.

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹, os resultados em saúde a serem perseguidos devem orientar a redefinição do modelo assistencial na saúde suplementar. A ANS aponta para mudança na metodologia de avaliação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Sugere, assim, a incorporação de práticas inovadoras na assistência e na gestão dos serviços de saúde na área suplementar, com especial ênfase para a gestão da saúde populacional e o gerenciamento de riscos e condições crônicas de saúde. Dessa forma, o modelo deve visar a atenção contínua à saúde. Para tal, há de se incluir a prevenção, a promoção, a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos – observando-se as peculiaridades do setor de saúde suplementar brasileiro, caracterizado pela diversidade do perfil das operadoras (Brasil, 2019a).

Dentro desse cenário, marcado por enormes complexidades, um novo acontecimento surpreendeu o mundo, aumentando os desafios já existentes, evidenciando fragilidades e tornando ainda mais urgentes as já necessárias mudanças e inovações no modelo de atenção à saúde.

A Covid-19, doença causada pelo novo coronavírus, foi reportada oficialmente pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou emergência internacional de

¹ A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil, que regula o mercado de planos privados de saúde. Para uma compreensão mais ampla da estrutura e atuação da Agência ver, entre outros, Brasil, 2020a.

saúde pelo novo coronavírus e, em 11 de março do mesmo ano, foi declarado pandemia (WHO, 2020a). Conforme enfatizado por diferentes pesquisadores, a Covid-19 destaca-se pela rapidez de disseminação, bem como pela dificuldade para contenção e gravidade (Brasil, 2020b).

Ainda que a pandemia da Covid-19 se enquadre em um processo de agravamento de uma agenda relacionada a acumulação epidemiológica, causada por agente infeccioso, ela demanda uma resposta integrada e horizontal do sistema de saúde. Nesse sentido, diante desses desafios, o contexto da pandemia impôs a necessidade de se repensar o acesso à saúde, o gerenciamento, a navegação e a coordenação do cuidado assistencial, pautadas na Atenção Integral à Saúde.

A assistência à saúde aos casos suspeitos ou confirmados se faz necessária na mesma agilidade que o gerenciamento dos casos, com coordenação do cuidado. No contexto dessa pandemia, o tratamento aos enfermos ganha tanta importância quanto o controle epidemiológico. Intervenções e diagnóstico precoce se tornam, portanto, tão fundamentais quanto o controle de doenças crônicas.

Nesse sentido, tendo-se em vista as questões acima destacadas, o presente trabalho busca analisar uma iniciativa específica voltada para o enfrentamento à Covid-19. Procuraremos investigar as estratégias desenvolvidas pelo “Disque-Corona”, serviço este criado por operadora de plano de saúde do município de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais, no Brasil, que procurou estabelecer uma linha de cuidado de orientações à população, com ações de assistência aos casos suspeitos e confirmados da enfermidade.² Através de teleatendimento, com triagem e direcionamento dos casos, o “Disque-Corona” buscou disponibilizar assistência em saúde em consonância com os desafios epidemiológicos para o enfrentamento à Covid-19. Na sequência, de acordo com as necessidades dos pacientes, foi estabelecido monitoramento da condição de saúde e identificação de quaisquer necessidades para completo restabelecimento dos indivíduos. Dessa forma, o “Disque-Corona” buscou se constituir como um dispositivo integrador da rede de atenção à saúde da operadora de planos de saúde em análise.

O intuito desse trabalho será, portanto, o de analisar o “Disque-Corona”, com o objetivo de avaliar se este programa cumpriu o objetivo assistencial anteriormente

² Ao longo desta dissertação, mantereí o anonimato do nome da operadora de saúde. Quando necessário, utilizarei a letra x para me referir à empresa.

previsto voltado para o gerenciamento dos casos. Parte-se da hipótese segundo a qual programas como o “Disque-Corona” têm o potencial de contribuir para coordenação do fluxo assistencial, minimizando a busca presencial por assistência de saúde. Ao avaliar a jornada assistencial realizada no âmbito do “Disque-Corona”, o trabalho buscará refletir se essa ferramenta atende aos princípios da integralidade no atendimento à saúde. Além da análise mais ampla sobre a proposta e o funcionamento do dispositivo, a pesquisa também buscará avaliar a percepção dos clientes sobre o serviço oferecido.

A expectativa que orienta este trabalho é de que a pesquisa apresentada possa contribuir para a análise do enfrentamento à Covid-19, ampliando as possibilidades com novos modelos de gerenciamento de situações de saúde. Além disso, buscará trazer novas reflexões sobre o uso do atendimento remoto, tão novo no cenário brasileiro, como ferramenta em prestação de serviços de saúde, incluindo o atendimento médico. Buscará, ainda, avaliar as possibilidades da telessaúde no sentido de atender aos princípios da integralidade em um contexto de pandemia.

Assim, o enfrentamento à Covid-19 com foco na integralidade do indivíduo e das ações de saúde ganha, nesse contexto, protagonismo. Segundo Porter e Teisberg, “só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um *ciclo completo de atendimento a ela*”. (Porter & Teisberg, 2007, p. grifos meus). Ao investigar o “Disque-Corona”, esta dissertação buscará refletir se esta ferramenta atende a esta perspectiva.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A crise no modelo de atenção à saúde

Eugênio Vilaça Mendes, em seu livro *Redes de Atenção à Saúde*, traz reflexões sobre os pilares que devem pautar as mudanças no modelo de atenção à saúde, apontando para a transição da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, ou seja, a gestão da clínica. Mendes defende, portanto, o rompimento com uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde, que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas. Por fim, o autor argumenta a favor de um novo modelo de financiamento, deslocando do financiamento baseado no volume de recursos para aquele ancorado na geração de valor para as pessoas (Mendes, 2011).

De acordo com Mendes, podemos identificar três fatores predominantes no Brasil, que caracterizam as demandas em saúde. Como primeiro fator, o autor destaca a transição do perfil demográfico da população brasileira, em franco processo de envelhecimento (Mendes, 2011). Tal transição gera impacto direto nos beneficiários de planos de saúde. Pelos dados apresentados pela ANS em seu relatório de 2019, intitulado “A Regulação Assistencial e a Integralidade das Ações em Saúde”, a população idosa corresponde atualmente a 13,7% dos beneficiários de planos de saúde com assistência médica. Há estimativa de que a população idosa do Brasil mais do que duplique nos próximos 30 anos, passando de 29 milhões em 2019 para 66 milhões em 2050. O contingente de idosos, que em 2019 representava 14% da população, deverá chegar a 28% em 2050 (Brasil, 2019a).

Ainda de acordo com Mendes, um segundo fator que impacta as demandas da saúde está relacionado à acumulação epidemiológica, com isso querendo se referir à persistência de doenças infecciosas e desnutrição, bem como à escalada rápida das doenças crônicas. Essa situação epidemiológica singular, claramente presente no Brasil, é definida por alguns atributos fundamentais, tais como: a superposição de etapas, contra transições (movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, além da presença de doenças reemergentes como a dengue e febre amarela), transição prolongada, isto é, a falta de resolução da transição em um sentido definitivo, e surgimento de novas doenças ou enfermidades emergentes (Mendes, 2011).

Como terceiro componente, configurando uma tripla carga de doenças, Mendes destaca o forte crescimento da violência e das causas externas. A situação de tripla carga de doenças coloca o Brasil com uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, que se soma ao desafio do enfrentamento das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, alimentação inadequada, e uso excessivo de álcool e outras drogas), além das causas externas e violência. A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

Por fim, Mendes relaciona a razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde ao enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas. Nesse sentido, o enfrentamento das condições de saúde se dá por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas - normalmente auto percebidos, com atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. Dessa forma, desconhece-se a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e taciturnamente, evoluem (Mendes, 2011). Segundo Mendes:

Em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma *coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde*. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011, p.45, grifos meus).

2.2 A integralidade na assistência à saúde

A integralidade tem sido habitualmente usada para designar um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, Ruben Araújo de Mattos, em seu artigo *A Integralidade na Prática*, tensiona a compreensão da integralidade, e sugere que esta ultrapassa a perspectiva organizacional e alcança a dimensão do ideal que se espera atingir nas práticas de saúde e no delineamento de um novo modelo assistencial. Seu entendimento poderia assim, se dar em três sentidos, o vertical, o horizontal e o transversal. A integralidade em seu sentido vertical pressupõe a busca das necessidades dos usuários por meio de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar a saúde nos contatos com os diferentes pontos do sistema. No segundo sentido, da integralidade horizontal, se evidencia que as respostas às

necessidades dos usuários geralmente não são obtidas por meio de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e acompanhamento do itinerário terapêutico entre eles. O sentido da integralidade transversal diz respeito à interação entre políticas (públicas) e, portanto, à intersetorialidade (Mattos, 2004).

Ainda que o fundamento da integralidade seja encontrado nos pilares estruturantes do SUS, este princípio doutrinário vem ganhando projeção também na medicina privada. Em entrevista publicada no *Correio Braziliense* em 26 março de 2019, o diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rodrigo Aguiar, falou da importância da reorganização do modelo assistencial privado, destacando a histórica ineficiência do modelo de atenção à saúde, caracterizado pela organização fragmentada e desarticulada dos serviços de saúde. Segundo Aguiar, o modelo atual produz altos custos, mas entrega baixos resultados, não contribuindo para a sustentabilidade do sistema (Correio Braziliense, 2020).

2.3 A ampliação da telessaúde no cenário da Covid-19 e no contexto brasileiro

Segundo o Institute for Healthcare Improvement (IHI), apesar de oportunidades em telessaúde já estarem disponíveis há décadas, foi somente com a pandemia da Covid-19 que houve um crescimento mais significativo de seu uso na linha de frente assistencial, tanto como ferramenta de proteção para pacientes e trabalhadores da saúde, quanto como estratégia de prevenção ao colapso do sistema de saúde. (IHI, 2020)

Para o enfrentamento à pandemia da Covid-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que sejam criadas centrais de teleatendimento 24 horas, com treinamento de atendentes para triagem dos casos, bem como para orientar os casos leves quanto às medidas de isolamento domiciliar. (WHO, 2020b)

Ainda segundo a OMS, no contexto da pandemia, a capacidade do sistema de saúde de desempenhar suas funções de forma plena requer não apenas a expansão do número de leitos hospitalares e de UTI, mas também a reorganização dos fluxos na rede de atendimento, com redefinição dos papéis das diversas unidades e níveis de atenção, além de criar novos pontos de acesso ao sistema de saúde, especialmente por via remota. (WHO, 2020b)

A despeito do curto espaço de tempo, várias iniciativas vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento à pandemia da Covid-19. No cenário brasileiro, vemos ações de telessaúde fazendo parte de alguns planos estaduais de contingência da epidemia, no que se refere à assistência, comunicação e capacitação dos profissionais de saúde. Como exemplo assistencial, encontramos, o “TeleSUS”, ferramenta para orientação da população e monitoramento de casos, evitando o risco de contágio local entre os pacientes e profissionais nas unidades de saúde, desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)³. Tal ferramenta é composta por duas formas de interação. A primeira, em aplicativo chamado “Coronavírus SUS”, que fornece informações sobre a doença e permite resposta a um questionário de avaliação da saúde, informando com base neste, sobre medidas a serem seguidas. A segunda forma de interação é através de chat on-line, no qual o paciente informa sua sintomatologia e recebe orientações para permanecer em isolamento domiciliar ou procurar um serviço de saúde (Brasil, 2020c)

Em paralelo, ações relacionadas à telessaúde têm sido desenvolvidas também no âmbito da saúde suplementar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou em março de 2020 o uso da telessaúde pelas agências de seguro e prestadores de serviços de saúde. (Brasil, 2020d). Operadoras de planos de saúde passaram, então, a disponibilizar teleatendimento por diversas plataformas. Como exemplo, a Amil, maior empresa de convênios médicos do mercado brasileiro, antecipou seu plano de levar o serviço de telemedicina aos 3,6 milhões de clientes e criou um serviço que oferece direcionamento aos pacientes, indicando qual o tipo mais adequado de atendimento o mesmo deverá procurar, baseado nos sintomas informados no site da companhia, além de consultas médicas remotas, nas diversas especialidades, por agendamento prévio (Amil, 2020).

Os espaços e a possibilidade de aplicação da telessaúde são múltiplos e diversificados na pandemia do novo coronavírus, como discutido anteriormente. No entanto, é válido informar que, até o surgimento da Covid-19, este campo ainda estava em construção no país. Iniciativas e normativas vinham se multiplicando muito antes da Covid-19, mas este processo não estava consolidado e inexistia, até a Lei nº 13.989/2020,

³ SUS é a denominação do sistema público de saúde brasileiro. Instituído pela Constituição de 1988, passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. (Fiocruz (2020). SUS. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em 06 de outubro de 2020).

de abril de 2020, um marco regulatório, ainda que temporário, definido para a telemedicina/telessaúde no país. (Caetano et al, 2020). De acordo com esta Lei:

“O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei autoriza o uso da telemedicina, em quaisquer atividades da área de saúde, enquanto durar a crise ocasionada pelo coronavírus (2019-nCoV).

Art. 2º Durante a crise ocasionada pelo coronavírus (2019- nCoV), em caráter emergencial, fica autorizado o uso da telemedicina, em quaisquer atividades da área de saúde.

Art. 3º Entende-se por telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde”.

(Lei nº13.989/2020)

O “Disque Corona”, analisado na presente dissertação, deve ser compreendido, portanto, no contexto desta mudança mais ampla relacionada à abertura de maiores possibilidades para a aplicação da telessaúde.

2.4 A pandemia da Covid-19 e o cenário municipal da assistência em saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os objetivos estratégicos para enfrentamento à Covid-19 incluem interrupção da transmissão da enfermidade entre humanos e a identificação de casos e intervenções precoces (WHO, 2020b).

A transmissão do SARS-CoV-2 acontece de uma pessoa doente para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar, por meio de contato direto ou próximo, especialmente através das mãos não higienizadas e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas. Estudos apontam que uma pessoa infectada pelo vírus SARS-CoV-2 pode transmitir a doença durante o período sintomático, que pode ser de 2 a 14 dias, em geral de 5 dias, a partir da infecção, mas também sugerem que a transmissão possa ocorrer mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas (Brasil, 2020b).

Enquanto os pacientes infectados precisam ser diagnosticados, monitorados e colocados em quarentena, enviar indivíduos febris ou com tosse a um hospital pode sobrecarregar o sistema de saúde e colocar indivíduos não infectados em risco (Caetano et al, 2020).

Uma pessoa com sintomas mais brandos geralmente não tem necessidade de procurar atendimento médico. O enfermo pode ficar em casa, fazer isolamento e monitoramento dos sintomas. A necessidade de atendimento médico se dá principalmente quando ocorre a presença de sintomas relacionados à insuficiência respiratória (OPAS, 2020).

O primeiro caso confirmado da Covid-19 no Brasil foi em 26 de fevereiro, na cidade de São Paulo. No estado de Minas Gerais, o primeiro caso foi registrado em 6 de março, divulgado no dia 08 e, em Juiz de Fora, município do serviço objeto de estudo, o primeiro caso foi confirmado em 17 de março.⁴

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Juiz de Fora conta com uma população estimada em aproximadamente 573.285 pessoas habitantes, e concentra a quarta maior população de Minas Gerais (IBGE, 2019). Segundo Perlatto, o sistema de saúde do município, tanto público como privado, atende às demandas da população que vive no município e cidades do entorno, uma vez que Juiz de Fora é o município de referência macrorregional para o atendimento hospitalar de alta complexidade (Perlatto, 2020).

O município de Juiz de Fora dispõe de 2.543 leitos hospitalares, sendo 1.400 leitos do SUS e 953 da rede privada de assistência à saúde, seguindo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no Brasil (Tabnet, 2020). Em 17 de agosto, o município havia registrado 14.882 casos suspeitos do novo coronavírus, com 4.214 casos confirmados, e 134 óbitos de acordo com boletim epidemiológico da prefeitura municipal. (PJF, 2020)

⁴ Para uma discussão sobre a pandemia em Juiz de Fora ver, entre outros: Perlatto (2020).

3. METODOLOGIA

3.1 Método

Para avaliação do serviço de teleatendimento criado como estratégia de enfrentamento à pandemia da Covid-19 pela operadora de plano de saúde X foi realizada pesquisa descritiva de caráter qualitativo e quantitativo, e foram feitos dois recortes temporais.

O primeiro recorte contém o período do levantamento dos dados quantitativos, obtidos pelo compilado dos dados de atendimento do “Disque-Corona”, de forma linear, a partir da data da inauguração do serviço em 17 de março de 2020, e acompanhados nos cinco meses subsequentes, até 17 de agosto de 2020, quando a pesquisa foi concluída. Essa data final foi estipulada para que houvesse tempo para análise dos dados coletados.

O segundo recorte temporal foi realizado para obtenção dos dados qualitativos, que dizem respeito à percepção do cliente em relação ao serviço ofertado. Para tanto, foi aplicado questionário de pesquisa de opinião pública com os clientes atendidos pelo teleatendimento no mês de julho de 2020. Esse corte temporal se justifica pelo crescimento constante, até o momento, da pandemia no Brasil e na área de abrangência da operadora, com procura, também crescente, pelo serviço. Dessa forma, a pesquisa foi realizada entre 03 de julho a 03 de agosto, período em que o serviço teve maior número de atendimento, até a data de encerramento da pesquisa.

Em um segundo momento, como forma complementar ao questionário da pesquisa de satisfação, foi realizada pesquisa por contato telefônico, com uma única pergunta. O contato telefônico foi feito aos clientes atendidos no mesmo período da pesquisa de satisfação por questionário, com amostra previamente definida de 10% de respondentes dentro dos clientes atendidos no período. A amostra foi definida em 10% por representar o mesmo percentual da amostra respondente do questionário.

3.2 Amostra

No âmbito dos dados quantitativos, foram incluídos no estudo 5.411 indivíduos atendidos pelo “Disque-Corona” no período estudado.

Para estudo qualitativo, foram excluídos da pesquisa de opinião pessoas que não possuíam no cadastro número válido de telefone móvel ou endereço de e-mail (nove pessoas sem número de telefone no cadastro, 101 somente com telefone fixo, 106 com número de telefone móvel bloqueado para mensagens via WhatsApp). Destes, 638 foram incluídos no estudo, por terem telefone móvel ou e-mail válidos e 22,41% (143 indivíduos) responderam à pesquisa de opinião pública, o que equivale a 10% do total de clientes atendidos no período selecionado.

De forma complementar a pesquisa, foi realizado contato telefônico com 429 pessoas, das 1.429 atendidas no período selecionado. Do total de ligações, 17,7% (76 clientes) não continham número de contato ou o contato cadastrado era inexistente, 44,9% das ligações (193) não obteve êxito (ligação ocupada, não atendida), e 3,7% (16 ligações) recusou participação na pesquisa. Assim, chegou-se a 144 ligações com sucesso.

3.3 Técnicas de coleta de dados

O levantamento quantitativo foi realizado através da compilação dos dados dos atendimentos realizados pelo “Disque-Corona”, nos cinco meses do estudo. Além do número absoluto de clientes que buscaram o serviço, houve detalhamento relativo à condução do caso, pautada na necessidade do indivíduo, e ao desfecho do teleatendimento. Dessa forma, buscou-se avaliar o ciclo de cuidado completo, com o intuito de investigar se o programa cumpriu os objetivos de integralidade que devem pautar os sistemas de atenção à saúde.

O levantamento qualitativo se deu por questionário, composto por 09 questões, enviadas e respondidas pelo Googleforms. Das nove questões, duas foram excluídas da análise do estudo, por não se referirem ao trajeto assistencial do “Disque-Corona”. Dessa forma, as questões 1 (“Foi fácil entrar em contato com o “Disque-Corona?”) e 8 (“Como ficou sabendo do “Disque-Corona?”) não entraram na análise. A integralidade dos clientes que procuraram o “Disque-Corona” nos 31 dias em estudo recebeu, por e-mail e/ou WhatsApp (a depender do correto cadastro de e-mail na plataforma de dados da operadora), o link para a pesquisa de opinião. No mês de julho 1.429 pessoas foram atendidas pelo serviço de teleatendimento, dentre clientes e não clientes da operadora de planos de saúde. De forma complementar, foi realizada pesquisa por contato telefônico,

com uma única pergunta– “Qual a probabilidade de você indicar o “Disque-Corona” para um familiar, amigo ou conhecido?”.

3.4 Técnicas de tratamento de dados

O questionário de opinião foi elaborado pautado na percepção de satisfação do usuário, nas etapas mais relevantes na jornada de interação do cliente, com base na metodologia do NPS (Net Promoted Score). O NPS é uma metodologia de pesquisa desenvolvida por Fred Reichheld em 2003, que tem como principal objetivo mensurar a satisfação e lealdade dos clientes, de empresas em qualquer segmento, capaz de trazer reflexos da experiência e satisfação dos clientes. O indicador-chave de performance (KPI) é amplamente utilizado em virtude da sua simplicidade, confiabilidade e flexibilidade. O cálculo do NPS se dá usando respostas com padrão de zero a dez (Figura 3.1). As respostas são, então, divididas em 3 categorias, sendo notas até 6 colocadas na categoria de detratores (clientes insatisfeitos), notas 7 ou 8 são categorizados como passivos (clientes neutros), e notas 9 e 10, são os promotores, refletem clientes satisfeitos (Figura 3.2). Então, realiza-se o cálculo do NPS, subtraindo-se os detratores do número de promotores, e dividindo esse resultado pelo número total de respondentes (NPS = promotores – detratores/ respondentes).

Net Promoter Score

1. INDICAÇÃO

Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria a EMPRESA a um amigo ou familiar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figura 3.1 - Pergunta pela metodologia NPS

Fonte: Tracksale, 2018

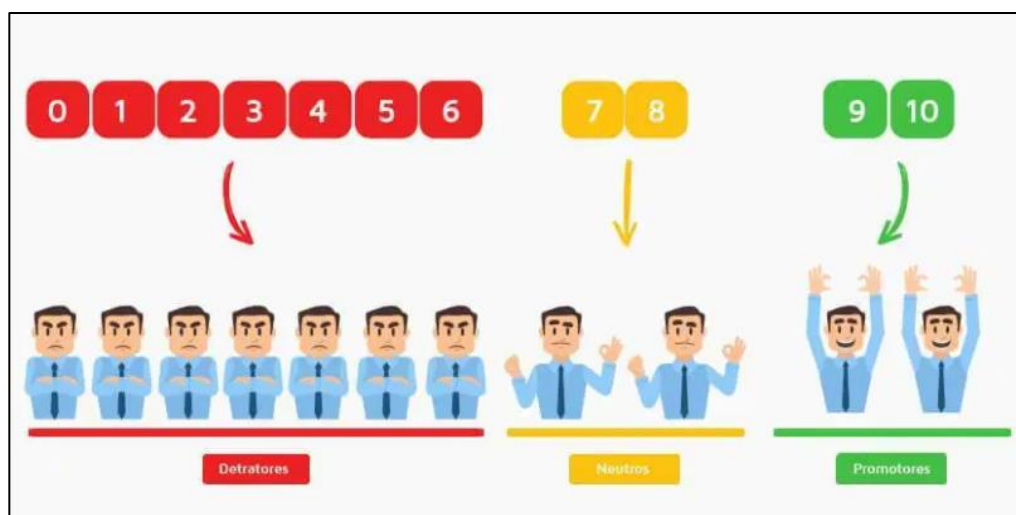


Figura 3.2 - Classificação de clientes segundo o NPS

Fonte: Tracksale, 2018

Segundo Reichheld, uma única pergunta – “qual a probabilidade de você recomendar o serviço/produto a um familiar, amigo ou conhecido?” – tem o poder de sintetizar o principal fator relativo à satisfação do cliente, a lealdade. Quando um consumidor faz a indicação de um serviço ou produto, ele realiza mais do que uma indicação – ao referenciar o produto, o consumidor coloca a sua reputação em jogo. Isso só acontece quando há intenso sentimento de lealdade. A rede de promotores pode ser determinada pela porcentagem de clientes promotores de uma marca, serviço ou empresa menos a porcentagem de clientes detratores, e permite às organizações um caminho poderoso de aferição e gestão quanto a lealdade de seus consumidores (Reichheld, 2003).

Para interpretação do NPS, o resultado deve ser avaliado de acordo com a pontuação (Quadro 3.1). Notas entre -100 a 0 são consideradas na zona crítica, com índice mais alto de clientes detratores. Já notas de 1 a 50 enquadram-se em zona de aperfeiçoamento, indicando que a empresa possui um grande volume de detratores e neutros. Quando a nota se situa entre 51 a 75, considera-se zona de qualidade, e a empresa possui mais clientes neutros e promotores do que detratores. A zona de perfeição é aquela cuja nota NPS encontra-se entre 76 a 100, e indica que a empresa possui alto índice de clientes promotores e poucos detratores (Tracksale, 2018)

Quadro 3.1: Zonas de Classificação segundo a metodologia NPS

NPS	Zona de Classificação
Entre -100 a 0	Zona crítica
Entre 0 a 50	Zona de Aperfeiçoamento
Entre 51 a 75	Zona de Qualidade
Entre 76 a 100	Zone de Excelência

Quadro de elaboração própria

Os resultados da pesquisa realizada serão apresentados em duas etapas, no próximo capítulo. A primeira etapa consiste na exposição dos resultados quantitativos dos atendimentos realizados pelo “Disque-Corona”. Na segunda etapa será realizada uma análise qualitativa, baseada em pesquisa de opinião, sobre a percepção dos usuários ao serviço oferecido pelo “Disque-Corona”.

4. RESULTADOS

No sentido de evitar uma sobrecarga da procura ao sistema de saúde e minimizar o contato interpessoal, iniciativas como o “Disque-Corona” foram criadas. O teleatendimento do “Disque-Corona” foi inaugurado em 17 de março de 2020, seis dias após a declaração de pandemia pela OMS, vinte dias após a confirmação do primeiro caso no Brasil, na data da confirmação do primeiro caso no município de Juiz de Fora.

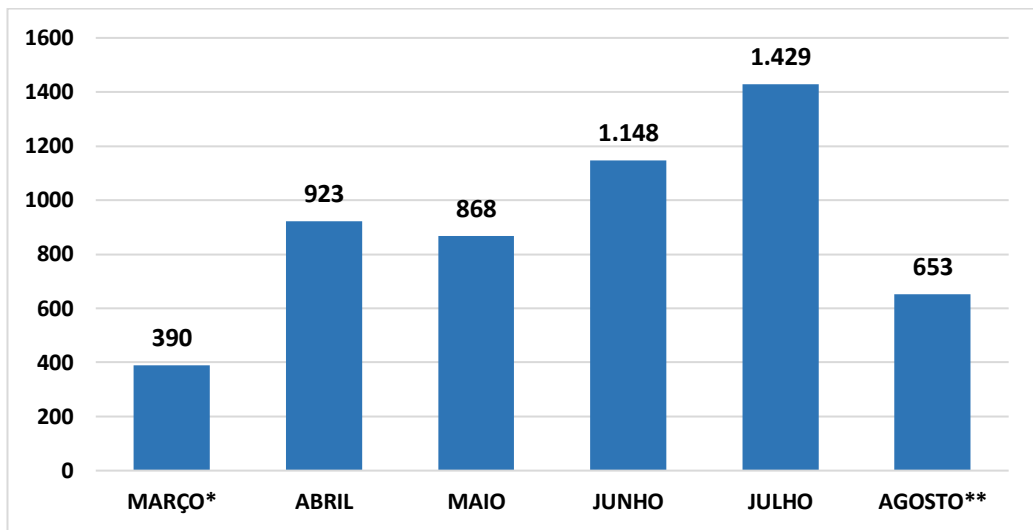
A Operadora X possui 131 mil clientes, além de 169 mil clientes da macrorregião, sendo, assim, responsável pela prestação de serviço assistencial em saúde a um público de 300 mil pessoas. Ao se analisar a rede prestadora da Operadora X, verifica-se, em 2019, a disponibilidade de 8 leitos a cada 1000 clientes, acima do número mínimo aceitável, de 2,75 (Portaria 1.100 SUS). Já a oferta de leitos de UTI é de 19,4% (leitos UTI em relação ao total leitos), com índice mínimo, pela mesma portaria, sendo de 7%. Tendo-se em vista este cenário mais amplo, é possível compreender de modo mais sistemático o “Disque Corona”.

4.1 Resultados do levantamento quantitativo

Diferentemente das iniciativas de teleatendimento apresentadas, desenvolvidas no contexto da pandemia no Brasil, o “Disque-Corona”, criado por operadora de plano de saúde do município de Juiz de Fora, situado no estado de Minas Gerais, Brasil, tem a proposta de não ser somente uma resposta passiva a uma demanda auto percebida pelo usuário. A partir de um primeiro contato do cliente, esse serviço estabelece coordenação do cuidado, com abordagem ativa, e integração da rede assistencial, permitindo que a assistência necessária seja ofertada. Ao acompanhar a trajetória assistencial do cliente, o objetivo final que se pretende é oferecer cuidado assistencial preciso, na hora certa, no local e/ou ferramenta necessária.

O serviço do “Disque-Corona”, com atendimento 24 horas, foi composto por equipe de enfermagem, médicos e psicólogos. Aberto a toda a população após pactuação com poder público municipal, como ação de responsabilidade social, possibilitou, nesses 5 meses, o atendimento a 5411 indivíduos, com média de 902 ligações por mês (Quadro 4.1)

Quadro 4.1: Número de ligações por mês



*A partir do dia 17/03/2020

**Finalizado no dia 17/08/2020

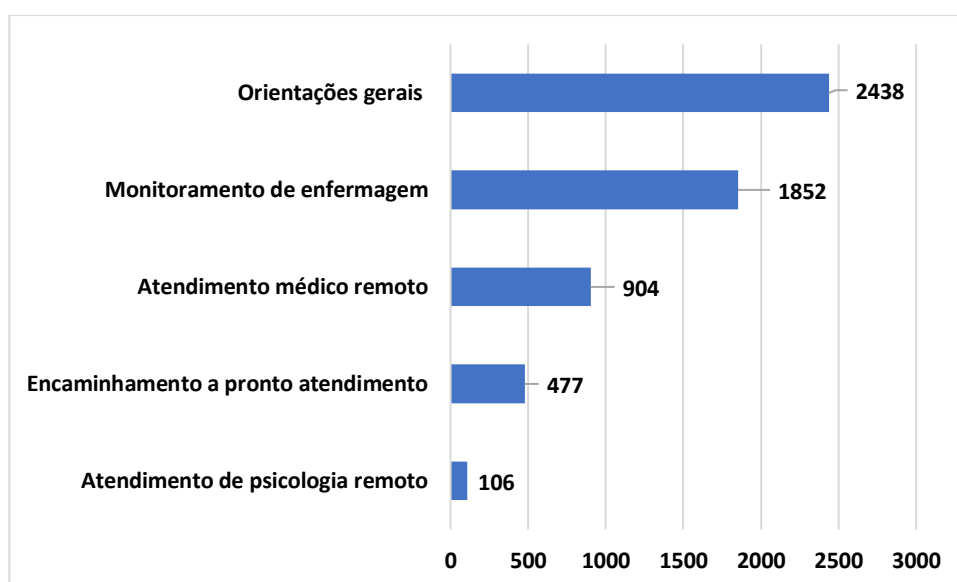
4.1.2 A jornada assistencial do “Disque-Corona”

O serviço foi estruturado por atendimento inicial de enfermagem, com triagem dos casos. Após triagem, foram identificados os casos suspeitos ou confirmados. Casos leves foram direcionados para monitoramento por equipe de enfermagem, por 14 dias, ou após 3 dias de cessação dos sintomas. Casos moderados a graves foram direcionados para teleatendimento médico, com possibilidade de encaminhamento para avaliação médica presencial, em hospital de rede própria. Além disso, o serviço ofereceu atendimento em telepsicologia, também direcionado após triagem da enfermagem.

Como forma de gerar horizontalidade e coordenação, os pacientes encaminhados para atendimento médico presencial em serviço de pronto-atendimento e que necessitaram de internação hospitalar foram, no momento da alta, direcionados a monitoramento domiciliar pós alta, efetuado por equipe de enfermagem. O monitoramento seguiu os mesmos critérios do monitoramento a pacientes não internados, se estendendo por 14 dias, ou 3 dias completos após cessação de sintomas. Casos em que era identificada a necessidade de reabilitação, houve direcionamento para reabilitação cardiopulmonar e metabólica, com acompanhamento por vídeo-chamada de pneumologia e educador físico.

Do total de atendimentos, 83,9% (4544 usuários) eram de clientes da operadora de planos de saúde, enquanto 16% (806) eram clientes de outra operadora ou usuários do SUS. Do total de atendimentos, 2438 (45%) receberam somente orientações de enfermagem, com resolução do caso. 1852 (34,22%) foram triados como caso suspeito ou confirmado, entrando no monitoramento de enfermagem. De acordo com os dados levantados, 904 (16,7%) passaram por teleatendimento médico, e 8,9% do total de usuários no período (477 indivíduos) foram encaminhados para avaliação médica presencial. Do total de ligações, houve ainda 106 que passaram por atendimento com psicólogo (Quadro 4.2).

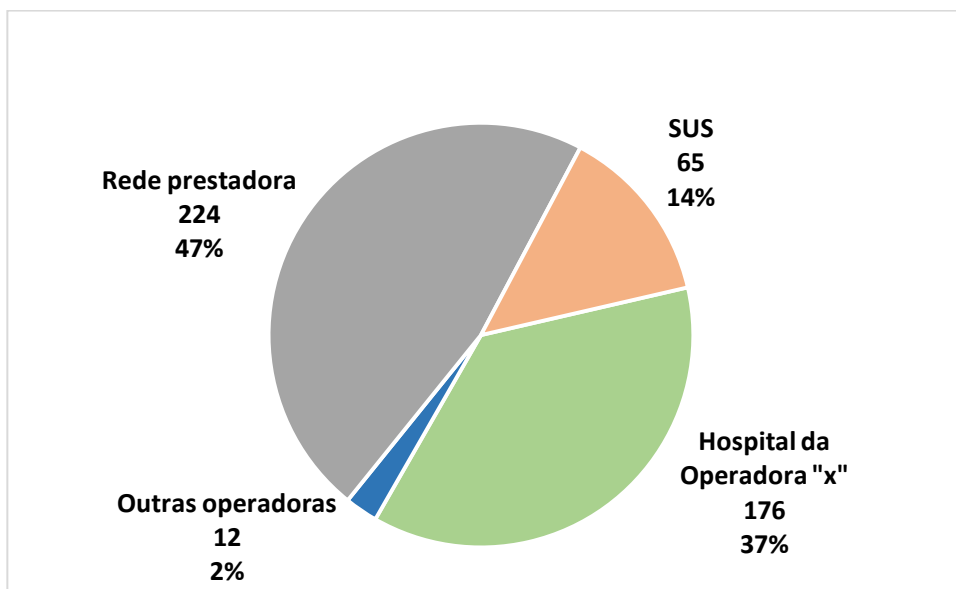
Quadro 4.2: Número de clientes atendidos e direcionados dentro de sua necessidade



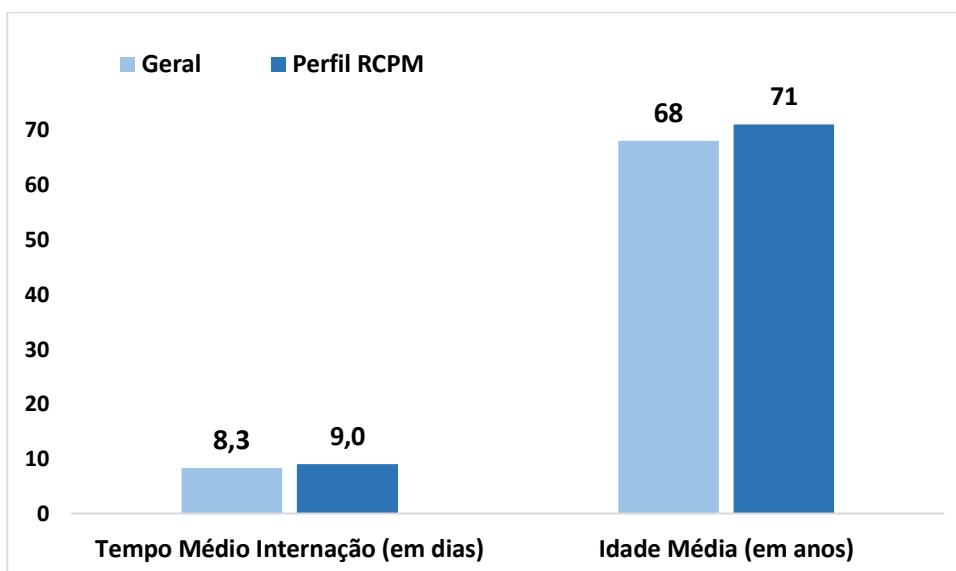
Dos pacientes direcionados a atendimento médico presencial, 176 indivíduos (37% dos direcionados), foram atendidos no hospital da rede da operadora. Dos 63% atendidos em outro local, 83% (224 indivíduos) eram clientes com plano sem cobertura contratual para atendimento hospitalar, ou clientes que optaram por um prestador da rede credenciada. Ainda dentre os atendidos em outro local, 14% (65 indivíduos) eram usuários do SUS, e 2% (12 indivíduos) não eram clientes da operadora (Quadro 4.3). Dos 176 indivíduos atendidos no hospital da rede própria, 23 (13%) necessitaram internação hospitalar. A idade média dos pacientes internados foi de 68 anos e o período médio de internação foi de 8,3 dias (Quadro 4.4). Após alta hospitalar, os pacientes foram

direcionados para o monitoramento pós alta, realizado por equipe de enfermagem, ligado ao Disque-Corona. Todas as altas no monitoramento pós alta hospitalar ocorreram com 14 dias, como previsto no protocolo.

Quadro 4.3: Encaminhamento ao Pronto Atendimento



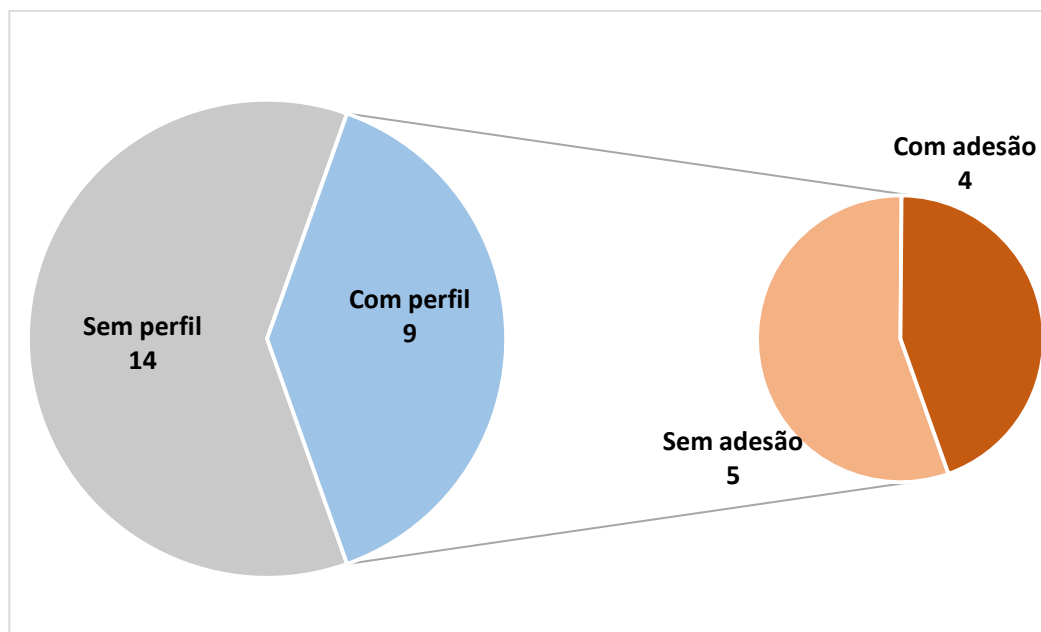
Quadro 4.4: Idade média dos pacientes internados e tempo médio de permanência



Dos 23 pacientes internados, oriundos do Disque-Corona, 9 (39%) passaram ao programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM), por identificação de

característica clínica que justificasse a reabilitação (persistência de sintomas, limitações ou fragilidades). Nesse grupo de pacientes, a idade média foi de 71 anos, e a duração média da internação foi de 9 dias. Desses nove pacientes elegíveis à RCPM, 04 (45,5%) aderiam ao programa. A reabilitação se fez através de 2 a 3 sessões de atendimento por vídeo-chamada por semana, com educador físico, e atendimento com pneumologista, também por vídeo-consulta, quando identificada necessidade. Os pacientes atendidos tiveram alta em 4 semanas, conforme previsto em protocolo, sem sequelas (Quadro 4.5)

Quadro 4.5: Reabilitação pós alta hospitalar



Na próxima seção discutiremos a percepção dos usuários do “Disque-Corna”, com o intuito de avaliar a satisfação com o serviço ofertado. O objetivo será o de analisar se a entrega de coordenação de cuidado assistencial, com enfrentamento de uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela, de fato, é percebida como *valor* para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde.

4.2 Resultados qualitativos

Nessa seção serão apresentados os resultados qualitativos do “Disque-Corona”. Conforme descritos na Metodologia, eles são frutos de pesquisa de opinião pública, realizada com os clientes do serviço de teleatendimento desenvolvido pela operadora de plano de saúde “x”, atendidos no mês de julho de 2020. São resultado de pesquisa de

opinião feita por questionário, no Googleforms (Anexo A), complementada, em momento subsequente, por pesquisa através de ligação telefônica. O percentual amostral de respondentes em ambas as pesquisas é o mesmo, mas não traduz a mesma amostra.

4.2.1 Resultado da pesquisa de opinião pública por questionário

O questionário utilizado para pesquisa de satisfação dos clientes foi composto por oito perguntas (Anexo A). Nesse trabalho, será realizada análise sistemática das respostas de seis das perguntas do questionário, referentes a questões mais pertinentes ao objeto do estudo. Todas as perguntas foram construídas para respostas objetivas, graduando a intensidade de satisfação nos diferentes níveis de atenção/etapas do serviço. As respostas continham opções de 0 a 10, sendo 0 a pior nota, e 10 a maior. Seus resultados, dessa forma, foram analisados e estratificados pela metodologia do NPS.

Quando questionados sobre as explicações fornecidas pela equipe, o quanto foram suficientes e claras, o NPS obtido foi de 45,2, com 60,6% de promotores, e 15,4% de detratores.

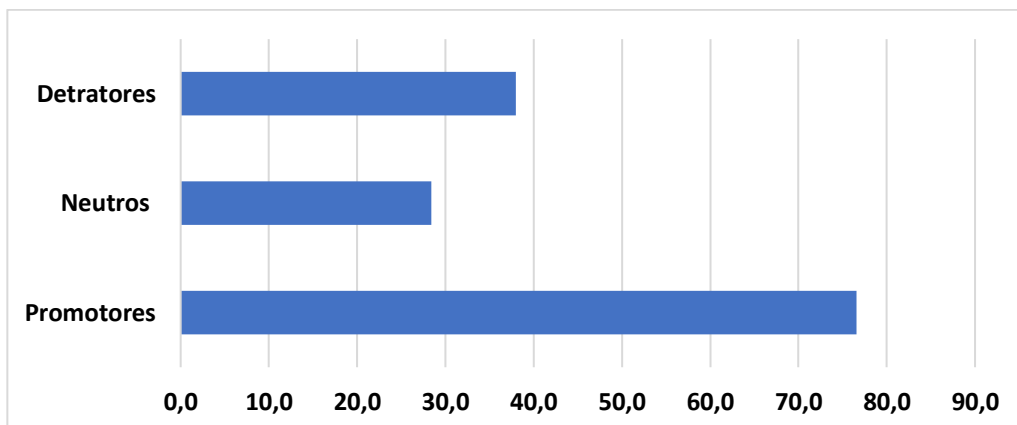
Quando questionados sobre o quanto foi adequado o monitoramento de sintomas realizado pela equipe do “Disque-Corona” em caso suspeito ou confirmado, o número de respondentes foi de 103, indicando que 40 respondentes da pesquisa não foram monitorados, pois não foram triados como caso suspeito ou confirmado de Covid-19. Dos respondentes, 55,23% foram promotores, contra 24,7% detratores, resultando NPS de 30,53.

Quando questionados acerca da satisfação com o atendimento médico, o total de respondentes foi 84. Desses, 12,98% foram detratores, enquanto 70% foram promotores, com NPS de 57,02.

Quando perguntados sobre o nível de satisfação com o atendimento psicológico, o número de respondentes foi 34, com detratores correspondendo a 9,18%, promotores a 81%, e NPS de 71,82.

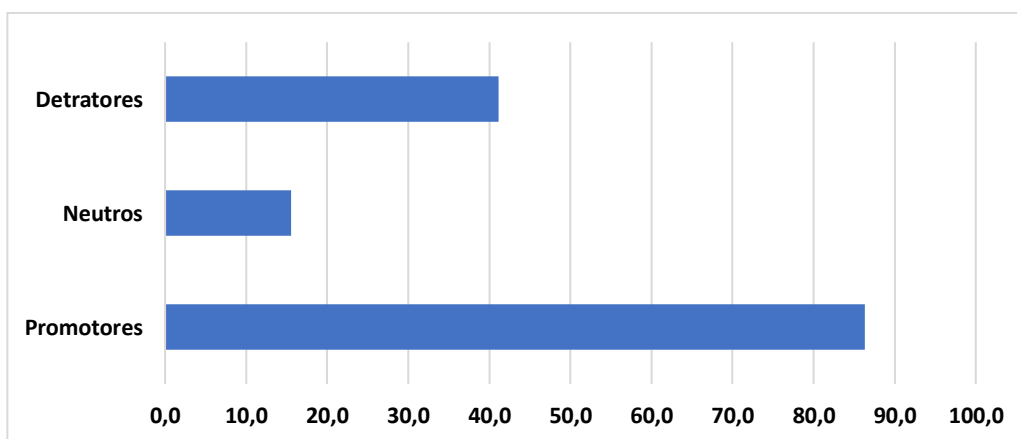
Quando perguntados o quanto se sentiu cuidado pela equipe do “Disque-Corona”, 53,55% são promotores, e 26,58% são detratores, com NPS de 26,97 (Quadro 4.6).

Quadro 4.6: Nível de satisfação quanto ao cuidado oferecido pelo “Disque-Corona”



Quando perguntados sobre o nível de satisfação quanto a resolutividade proposta pelo “Disque-Corona”, dos 143 respondentes da pesquisa 28,77% foram detratores, enquanto 60,34% foram promotores, gerando um NPS de 31,66 (Quadro 4.7).

Quadro 4.7: Nível de Satisfação quanto a resolutividade do “Disque-Corona”

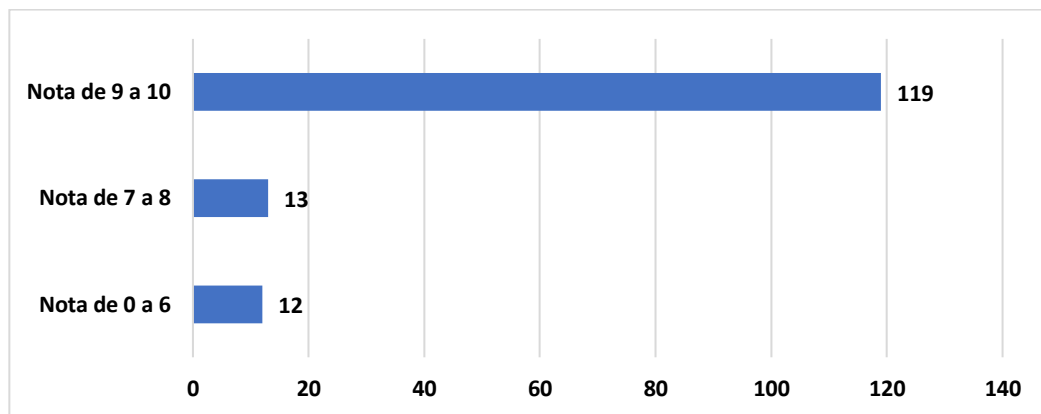


4.2.2 Resultado da pesquisa de opinião telefônica

O segundo momento da pesquisa de opinião se deu por contato telefônico, com uma única pergunta: “Em uma escala de 0 a 10, qual a probabilidade de você indicar o “Disque-Corona” a um familiar, amigo ou conhecido?”, sendo 0 baixa probabilidade, e 10 alta probabilidade.

Dos 144 respondentes, 8,3% (12 clientes) responderam com notas entre 0 e 6, sendo classificados como detratores, seguindo a metodologia NPS apresentada. 82,6% (119 clientes) responderam com notas 9 ou 10, sendo classificados como promotores. Dessa forma, o NPS geral do serviço de teleatendimento “Disque-Corona” foi calculado em 74,3 (Quadro 4.8).

Quadro 4.8: Resultado da pesquisa de opinião telefônica



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 A integralidade e o ciclo de cuidado do “Disque-Corona”

Partindo da análise do ideal que se procura atingir nas práticas de saúde, com foco na integralidade, o “Disque-Corona” buscou organizar a prestação do serviço assistencial voltada à necessidade do indivíduo, em consonância com as recomendações de enfrentamento à pandemia. A partir de um primeiro contato ativo do cliente, o serviço procurou incorporar o indivíduo em seu radar, passando a monitorá-lo e direcioná-lo aos diferentes elos do sistema de atenção à saúde, permitindo integração da rede.

Do total de clientes atendidos, 45% (2438 pessoas) tiveram sua necessidade sanada em um primeiro contato e não necessitaram qualquer deslocamento ou atendimento presencial, contribuindo, assim, para as medidas de isolamento social e evitando sobrecarga dos locais de assistência à saúde.

O monitoramento por equipe de enfermagem foi realizado em 34,22% dos clientes que entraram em contato com o “Disque-Corona”, por serem considerados casos suspeitos ou terem confirmação diagnóstica de Covid-19. O monitoramento permitiu acompanhamento longitudinal dos clientes, e identificação de quaisquer novas necessidades. Dessa forma, 16,7% do total de clientes foi direcionado a atendimento médico remoto, e 8,9% dos clientes foram encaminhados para atendimento médico presencial em pronto-atendimento.

Ao se avaliar o desfecho pós atendimento hospitalar, os dados apresentados demonstram internação de 13% dos pacientes, com monitoramento pós-alta realizado em 100% desses pacientes. 39% foram identificados com perfil para realização de reabilitação cardiopulmonar e metabólica, com adesão ao programa de 44,4%.

5.2 Além do olhar assistencial: pontos de consideração sobre a estruturação da integralidade

Tendo-se vista os dados analisados, é possível afirmar que o “Disque-Corona” contribuiu com a estruturação de uma linha de cuidado ao enfrentamento do novo coronavírus, capaz de ofertar assistência ao indivíduo em suas diferentes necessidades e nível de atenção, em consonância com os desafios epidemiológicos enfrentados.

Através da linha de cuidado estruturada pelo serviço de teleatendimento, foi possível ofertar serviço de saúde remoto a totalidade dos clientes, e evitar deslocamento para atendimento presencial a 91,1% (4934) dos clientes atendidos. O serviço contribuiu, assim, para a minimizar a busca presencial por atendimento em saúde e, dessa forma, não gerar sobrecarga ao sistema de saúde e contato interpessoal com potencial efeito acelerador na propagação da doença.

No entanto, para assistência em saúde pautada na integralidade alguns fatores são essenciais. Além de uma rede de atenção, pronta para atender à necessidade do indivíduo, fator crítico e indispensável é seu elo – o adequado registro, processamento, visualização e disponibilização dos dados entre os dispositivos de saúde. Para o estabelecimento de uma rede de atenção integrada é necessária uma plataforma que permita e facilite a comunicação, com registro de informação também integrada.

Nesse sentido, observa-se fragilidade no serviço do “Disque-Corona”. O serviço de teleatendimento, que buscou coordenar a jornada assistencial do cliente, não dispôs de tecnologia que conferisse suporte à coordenação do cuidado. Os registros de atendimentos foram feitos de forma descoordenada, com cada ponto da assistência dispondo de uma plataforma de registro independente, sem integração, incapazes de conversarem entre si.

Na ausência de integração entre sistemas, foram estabelecidos processos manuais para o armazenamento e transmissão da informação. Se, de um lado, estes processos viabilizaram o serviço, de outro, implicaram em dependência operacional em relação à mão de obra. Processos “operador-dependentes” são frágeis do ponto de vista gerencial, bem como em sua capacidade de crescimento e ganho de escala. Tais processos geram registros não padronizados e interpretativos, trazendo dificuldade à extração e análise dos dados, além de serem passíveis de erro. Na falta de suporte tecnológico à integração dos dados com processo automático desenhado para atender às necessidades do serviço e da rede de atenção, o processo manual utilizado traz insegurança na qualidade dos dados e na sua comunicação.

5.3 O “Disque-Corona” pelo olhar do cliente

Pelo formato de pesquisa realizado foi possível avaliar a satisfação geral dos clientes, além de sua satisfação nos diversos pontos de serviço oferecidos, dentro da jornada assistencial.

Chama atenção a comparação do NPS obtido quando a pergunta foi relacionada ao nível de satisfação do cliente em relação a resolutividade do serviço, e o quanto se sentiu cuidado pelo serviço. Nesse aspecto, o NPS relativo a resolutividade do serviço ficou na zona de aperfeiçoamento, com 31,6, e o NPS relativo ao cuidado conferido pelo serviço ficou na zona de qualidade, com 53,5. Tal discrepância na nota obtida entre as duas perguntas que buscam avaliar a satisfação do cliente, de forma ampla, pode traduzir os aspectos levantados por Reichheld. Segundo Reichheld, muitos dos padrões desenvolvidos por empresas, na tentativa de aferir a satisfação do cliente, são complexos, produzem resultados ambíguos, e não estão necessariamente correlacionados a ganhos e crescimento. Ainda segundo o autor, uma única pergunta – “qual a probabilidade de você recomendar o serviço/produto a um familiar, amigo ou conhecido?”, tem o poder de sintetizar o principal fator relativo à satisfação do cliente, a lealdade (Reichheld, 2003). Nesse sentido, perguntas amplas, como quanto à satisfação com a resolutividade do serviço ou quanto à satisfação com o cuidado dispensado, podem não ter sido capaz de traduzir qualquer satisfação, uma vez que se apresentam de forma subjetiva, deixando várias interpretações e questionamentos a cargo do cliente.

De forma complementar ao exposto, ao se analisar o desempenho geral, pela “pergunta de ouro” que define o NPS, clara e objetiva, o serviço fica enquadrado na zona de qualidade, muito próximo a zona de excelência, com NPS de 74,3, significando ter mais clientes promotores e neutros do que detratores.

Do ponto de vista da jornada assistencial, a satisfação com o atendimento médico e psicológico ficaram em zona de qualidade, com NPS de 57,02 e 71,82 respectivamente. Já a satisfação com as orientações de enfermagem e o monitoramento dos casos suspeitos e/ou confirmados ficaram em zona de aperfeiçoamento, com NPS de 45,2 e 30,53 respectivamente.

5.4 Novas formas de prestação de serviço em saúde e a satisfação do cliente

A telessaúde é definida como a entrega de modalidades de tratamento usando tecnologias digitais e de telecomunicações (Tuckson, 2017). Segundo a OMS, a telessaúde pode ser realizada por profissionais da área, envolvendo troca de informações para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, orientações ao autocuidado, além de ser utilizada como mecanismo de pesquisa, avaliação e estratégias de educação continuada (WHO, 2010).

Na realidade brasileira, até o início de 2020, a telessaúde não dispunha de regulamentação específica, sendo utilizada apenas para a realização de teleconsultoria, telediagnóstico e educação continuada dentro do SUS (Brasil, 2011). Nesses formatos, era permitido suporte aos profissionais de saúde, sem que fosse autorizada, no entanto, a interação profissional-paciente através das tecnologias digitais e de telecomunicações.

A pandemia do novo coronavírus e as urgências de atenção à saúde que vieram com ela impulsionaram a regulamentação da telessaúde, em caráter emergencial. Segundo Dantas, apesar de ter ocorrido avanço nas regulamentações, não houve orientações suficientes para a correta implementação por empresas e profissionais, muito menos a avaliação das necessidades e capacidade de acesso a essa tecnologia por parte da população, visando o adequado estabelecimento dessa modalidade de assistência em saúde no território brasileiro (Dantas et al, 2020).

5.5 O impacto da inovação: resistências e dificuldades percebidas

A utilização de teleatendimento em saúde apresentou-se como nova modalidade de assistência, não experimentada anteriormente por nenhum dos envolvidos, quer seja por empresas e profissionais da saúde, quer seja por clientes e usuários. Nesse sentido, são esperadas barreiras e resistências por parte dos atores envolvidos. Além disso, é possível observar dificuldades na operacionalização por parte da empresa, sobretudo em decorrência da ausência de treinamento adequado à equipe.

Na experiência relatada foi possível perceber alguns desafios para a equipe ao realizar atendimento remoto. Além de lidar com incertezas em relação à patologia em si, por se tratar de uma nova doença, a equipe não estava habituada à modalidade de atendimento à distância. Exemplares nesse sentido foram manifestações de médicos escalados para o teleatendimento, alegando insatisfação no trabalho, por não se sentirem

seguros na produção de documentos médicos, como prescrições ou atestados laborais, na ausência de exames físicos ao paciente. Ainda que tecnologias e interações por meio digital sejam rotineiras nos tempos atuais, a ausência de experiência de sua utilização na prestação de serviços em saúde previamente à pandemia foi um dificultador ao enfrentamento do novo coronavírus.

Na pesquisa de opinião realizada pelo Googleforms, dos 143 respondentes, 135 deixaram algum comentário sobre o atendimento. Destes, 66 (48,9%) foram negativos. Do ponto de vista da percepção dos clientes, alguns depoimentos demonstram resistência à modalidade de atendimento remoto. É possível identificar depoimentos alegando insegurança quanto ao atendimento recebido, com alguns pacientes relatando terem optado por procurar atendimento presencial mesmo após terem recebido atendimento remoto. Através dos depoimentos, também pôde-se captar outras percepções, como queixas recorrentes quanto à falta de compreensão das informações fornecidas pela equipe e a ausência de padronização das informações, o que pode traduzir fragilidade na capacitação da equipe.

É possível identificar questionamentos envolvendo o monitoramento de enfermagem. É previsto pelo protocolo do serviço que casos suspeitos ou confirmados sejam direcionados a monitoramento de enfermagem, para acompanhamento da evolução dos sintomas e identificação de alguma necessidade ou redirecionamento assistencial. Muitos clientes, no entanto, relataram terem sido triados como casos suspeitos ou confirmados, informados que receberiam o monitoramento, sem que este tenha sido efetivamente realizado. Tal percepção sugere fragilidade dos processos desenvolvidos pelo serviço do “Disque-Corona” em executar as etapas pretendidas. A falta de acompanhamento a casos que deveriam ser monitorados pode traduzir falha no registro da informação ou na comunicação entre equipes. Como o serviço não dispôs de plataforma automatizada para a extração de dados, essa falha pode decorrer da grande dependência de tarefas manuais.

Ainda com base nos depoimentos colhidos na pesquisa de opinião, é possível perceber queixas relativas à condução diagnóstica e terapêutica. Na condução diagnóstica, insatisfações foram relatadas acerca da não solicitação de exame diagnóstico, ou não cobertura contratual para custeio do exame. Nesse quesito, vale destacar dois pontos. O primeiro diz respeito à fragilidade da política pública no enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, a quem caberia, de fato, traçar as estratégias

epidemiológicas para diagnóstico e rastreamento de casos. O segundo ponto diz respeito à não previsão contratual ao custeio dos métodos diagnósticos ao novo coronavírus, por parte de operadoras de planos de saúde, por constarem em ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde^{5 6} em situações específicas, de acordo com orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2020e).

É possível também destacar que a condução terapêutica esteve permeada por discussões políticas, que transcenderam propriamente o âmbito da saúde. Em decorrência de manifestações por parte do Presidente da República, Jair Bolsonaro, a favor do uso da “cloroquina”⁷, houve, por parte de alguns pacientes, uma pressão para que fosse realizada a prescrição do medicamento, a despeito do fato de não haver comprovação científica para sua utilização no tratamento da Covid-19. Essa demanda não atendida gerou insatisfação por parte desses pacientes, levando-os a se manifestarem criticamente sobre esse assunto, com impacto negativo na satisfação percebida sobre o “Disque-Corona”.

⁵ Vale destacar nesse sentido a ocorrência de embates entre o Poder Judiciário e a Agência Reguladora (ANS) no que concerne à inclusão em ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde. Em março de 2020 a Agência incluiu em ROL o exame de PCR para detecção viral, e as operadoras de plano de saúde passaram a ser obrigadas a custeá-los, desde que houvesse solicitação médica, que cumprisse os requisitos/orientações do Ministério da Saúde na indicação do exame. Somente em agosto a ANS incluiu testes sorológicos em ROL, após embate jurídico com a Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde (Aduseps).

Ainda assim, os exames ao Covid-19 possuem critérios de exclusão à cobertura, que incluem prescrição com finalidade de rastreamento (screening), retorno ao trabalho, pré-operatório, controle de cura ou contato próximo/domiciliar com caso confirmado (Folha de São Paulo (2020). *Veja as regras para fazer exames Covid-19 pelo plano de saúde*. Em 22 de agosto de 2020. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/grana/2020/08/veja-as-regras-para-fazer-exame-de-covid-19-pelo-plano-de-saude.shtml> Acesso em 25 de outubro de 2020).

⁶ O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças e eventos em saúde, conforme previsto em lei (Brasil (2020f). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *O que é ROL de Procedimentos e Eventos em Saúde*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/737-rol-de-procedimentos> . Acesso em 22 de outubro de 2020).

⁷ Embora a hidroxicloroquina e a cloroquina sejam produtos licenciados para o tratamento de outras doenças – respectivamente, doenças autoimunes e malária –, não há evidência científica até o momento de que esses medicamentos sejam eficazes e seguros no tratamento da COVID-19. As evidências disponíveis sobre benefícios do uso de cloroquina ou hidroxicloroquina são insuficientes, a maioria das pesquisas até agora sugere que não há benefício e já foram emitidos alertas sobre efeitos colaterais do medicamento (OPAS (2020). *Folha Informativa Covid-19: Escritório da OPAS e da OMS no Brasil*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 27 de agosto de 2020)

Ainda assim, conforme destacado anteriormente, com os dificultadores, barreiras e resistências apresentadas, o serviço de teleatendimento oferecido pelo “Disque-Corona” se mostrou como opção assistencial, com capacidade de realizar triagem, identificação de necessidades e prestar assistência em saúde, com coordenação do cuidado. Ao se avaliar a percepção do cliente, o resultado é satisfatório.

Apesar disso, é possível identificar espaços para melhorias do “Disque-Corona”, em particular, e dos serviços de telessaúde, de modo geral, como é esperado dentro de um ambiente novo e não programado. Na conclusão, serão retomadas algumas das discussões realizadas nos capítulos anteriores, com o intuito de destacar possíveis caminhos para o aprimoramento de ferramentas como o “Disque-Corona”.

6. CONCLUSÃO

A partir do levantamento bibliográfico e análise histórica das transições das condições de saúde e seu impacto no modelo de atenção à saúde, verifica-se a premente necessidade de reformulação no modelo assistencial, independente da modalidade de financiamento. Em diálogo com Mendes, é possível dizer que as reformas sanitárias continuam se fazendo necessárias, mas uma nova agenda no modelo de atenção deverá impor-se e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

Como consequência das transições demográficas e epidemiológicas, analisando-se os dados brasileiros, testemunhamos o predomínio crescente das doenças crônicas, mudando o paradigma da cura para o do cuidado, com o aumento crescente das pessoas em uso contínuo de serviços de saúde. Assistimos, também, o recrudescimento das necessidades de cuidados multiprofissionais, com o crescimento do número de idosos que buscam/necessitam de espaços institucionais de longa permanência e cuidados paliativos. Sobretudo, observamos o aumento da integração à atenção à saúde, com sistemas de suporte extra-hospitalar, a nível comunitário (cuidadores, assistentes sociais, redes locais), além do crescimento dos gastos com atenção de média e alta complexidade (Brasil, 2019a).

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde é reflexo do desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos. Ainda que particularidades sejam percebidas quando comparados países desenvolvidos e em desenvolvimento, ambos apresentam um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos decorrentes de manifestações agudas de condições crônicas de forma reativa, episódica e fragmentada (Mendes, 2011).

Diante desse cenário complexo e com necessidade de transição no modelo de atenção à saúde, experimentado a nível mundial, mas mais urgente na realidade brasileira, pelas características anteriormente destacadas, o enfrentamento à pandemia do novo coronavírus trouxe à tona e ao centro das discussões problemas estruturais na assistência à saúde.

O Ministério da Saúde considera prerrogativas estruturantes do SUS para o adequado enfrentamento desta pandemia quatro elementos principais, a saber: o provimento de infraestrutura, comunicação adequada, regulação estratégica e força de trabalho preparada. No que concerne à infraestrutura, tornam-se necessários recursos humanos, equipamentos e suprimentos adequados para dar suporte ao enfrentamento da Covid-19. Em relação à comunicação, esta deve ser clara, unificada e efetiva com a população e entre todos os pontos da rede assistencial. Já no que diz respeito à regulação estratégica, torna-se imperativa a presença de direcionamento da demanda às vagas adequadas a cada caso. Por fim, é necessária uma força de trabalho preparada, que seja organizada de forma apropriada e que ofereça apoio técnico aos profissionais, através de ferramentas de telessaúde e educacionais diversas (Brasil, 2020b).

Ainda que essas prerrogativas estruturadas pelo Ministério da Saúde sejam voltadas ao SUS, visando nortear e viabilizar a prestação pública de assistência à saúde à população no momento de pandemia, seu uso pela iniciativa privada é coerente. Mesmo não havendo determinação da agência reguladora para tal, os desafios impostos pela Covid-19 impuseram para a rede privada a necessidade de estruturar uma assistência em saúde capaz de oferecer respostas às demandas colocadas pela pandemia.

6.1 Caminhos para o futuro

Momentos de crise evidenciam fragilidades, propiciam mudanças, dão celeridade pela necessidade. No enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, houve aceleração na implementação de tecnologias e, a assistência à saúde em especial, experimentou novas oportunidades. Na introdução e absorção de novas tecnologias no modelo assistencial existe, no entanto, um ponto crítico, premissa para qualquer ponto de partida, que é a regulamentação da telessaúde. Ainda que em caráter inicialmente temporário, na vigência da pandemia, a introdução de novas ferramentas na assistência à saúde permitiu a experimentação e a exploração de novos formatos de interação médico (equipe de saúde) – paciente.

A partir da regulamentação da telessaúde, contemplando atendimento médico, o mercado poderá desenvolver e oferecer novos serviços em saúde. Em um país com dimensão geográfica extensa como o Brasil, essa perspectiva traz consigo maiores possibilidades de se assegurar acessibilidade à saúde. O atendimento remoto também

otimiza o serviço, permitindo maior agilidade, maior alcance e, potencialmente, melhor entrega com menor custo.

Pelo tempo transcorrido desde o início do enfrentamento à pandemia, é possível fazer avaliações, buscando um entendimento das possibilidades que se abriram. Nesse sentido, dentro da referida operadora de planos de saúde, houve reformulação do “Disque-Corona”, cinco meses após o início do serviço. O teleatendimento, inicialmente com foco específico para o novo coronavírus, foi ampliado, passando a abarcar outras demandas em atendimento à saúde, sendo, agora, denominado “Pronto Atendimento (PA) Virtual”. O “PA Virtual” se apresenta a partir da percepção de que os avanços ocorridos na introdução de novas formas de prestação de serviço de saúde, inicialmente como resposta à pandemia, são irreversíveis.

Houve, também, percepção por parte do próprio mercado no sentido de expandir suas ações para um segmento ainda não explorado, com a possibilidade de desenvolvimento de novos produtos. Esse cenário ampliou as potencialidades existentes para ganhos potenciais com o atendimento remoto. Movimentos nesse sentido tendem a crescer, sobretudo a partir da percepção de uma maior aceitação por parte dos clientes, que, em decorrência do próprio isolamento social imposto pela pandemia, têm reduzido eventuais resistências ao atendimento remoto.

Tendo-se em vista os dados e as análises apresentadas ao longo deste trabalho, é possível pensar que, no cenário de desenvolvimento tecnológico que experimentamos, para que ocorra uma entrega de gerenciamento de cuidado em saúde com integração de rede, fazem-se necessárias plataformas robustas que deem suporte e viabilizem novas entregas no mercado de saúde. O uso de tecnologias permite novas oportunidades, onde se conclui que o modelo assistencial e o cenário da saúde continuarão experimentando transformações.

Segundo Schramm, “existe uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, uma vez que, ambas, constituem a transição da saúde” (Schramm et al., 2004). A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde (Frenk et al 1991).

As iniciativas desencadeadas no processo de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus podem reconfigurar o cenário da saúde em território brasileiro,

principalmente pela incorporação de novas tecnologias. O momento experimentado abriu também a discussão sobre a necessidade de se criar um marco regulatório de telessaúde no país. Para além das novas oportunidades possíveis pelo uso de tecnologias, deve-se discutir inseparavelmente os fatores de transição das condições de saúde. Essa conjuntura pode ser determinante na transição de atenção à saúde, abrindo novas possibilidades para a reconfiguração de todo o modelo assistencial.

Em webinar intitulada “Protagonismo da Atenção Primária à Saúde - Um novo olhar sobre os cuidados integrados em tempos de pandemia”, Erno Harzheim, à época Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, declarou que “nenhum sistema de saúde no mundo estava preparado para a pandemia e todos foram se adaptando no andamento da crise. Precisamos de um novo modelo de assistência para o amanhã. E o amanhã já chegou” (Harzheim, 2020).

A partir das reflexões realizadas, é possível sintetizar possíveis caminhos para o aprimoramento do novo modelo assistencial, compatível com as necessidades já apontadas. Em primeiro lugar, é fundamental o aprofundamento nas questões relativas aos impactos da telessaúde, bem como a criação de um marco regulatório, delimitando onde estão as oportunidades de inovações e crescimento no mercado. Em segundo lugar, e a partir desse primeiro ponto, as empresas poderão se adequar às novas possibilidades de prestação de serviço, e preparar sua força de trabalho, com capacitação condizente às novas entregas. Em terceiro lugar, tornam-se necessárias novas tecnologias, seja com desenvolvimento interno ou a partir da incorporação de produtos já desenvolvidos no mercado internacional, capazes de integrar a rede assistencial. Tais tecnologias devem ser capazes principalmente de assegurar a captação de dados em saúde, para entrega de informação e conhecimento em saúde – quer seja em âmbito individual ou populacional. Por fim, é imperativo aprimorar o diálogo com os clientes, a partir da disponibilização de informações sobre possibilidades e limitações da telessaúde, tendo-se em vista que a telessaúde demanda um processo crescente de aprendizado e mudança cultural.

A pesquisa desenvolvida sobre o “Disque-Corona” e as reflexões sobre a telessaúde realizadas neste trabalho podem ser uma importante contribuição nessa direção.

Referências Bibliográficas

Amil (2020). *Telemedicina Amil*. Disponível em: <https://www.amilcuidadocerto.com.br>. Acesso em 05 de outubro de 2020.

Bidu (2020). *O que é Unimed Intercâmbio?* Disponível em: <https://www.bidu.com.br/plano-de-saude/unimed-intercambio> Acesso em 20 de outubro de 2020.

Brasil (2020a). Ministério da Saúde. *Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos> . Acesso em 27 de agosto de 2020.

Brasil (2020b). Ministério da Saúde. *Covid-19 – O que você precisa saber*. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br> . Acesso em 27 de agosto de 2020.

Brasil (2020c). Ministério da Saúde. *TeleSUS*. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020>. Acesso em 05 de outubro de 2020.

Brasil (2020d). Ministério da Saúde,.Agência Nacional de Saúde Suplementar, Nota Técnica N° 3/2020/DIRAD-DIDES/DIDES. 30 de março de 2020. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Nota_T%C3%A9cnica_3.pdf. Acesso em 16 de outubro de 2020.

Brasil, (2020e). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Covid-19: ANS finaliza análise técnica e determina inclusão de testes sorológicos no Rol de Procedimentos*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5872-covid-19-ans-finaliza-analise-tecnica-e-determina-inclusao-de-teste-sorologico-no-rol-de-procedimentos> . Acesso em 20 de outubro de 2020.

Brasil. (2019a) Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *A Regulação Assistencial e a Integralidade das Ações em Saúde*. São Paulo, outubro de 2019.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria n2.546. *Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)*. 27 de outubro de 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em 27 de agosto de 2020.

Caetano R., Silva, A.B., Guedes, A.C.C.M., Paiva, C.C.N., Ribeiro, G.R., Santos, D.L., Silva, R.M. (2020). *Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro*. Cadernos de Saúde Pública. 2020; 36(5).

Correio Braziliense (2020). *Reorganização do Modelo de Atenção à Saúde Suplementar*. 29 de março 2019. Disponível em: <http://www.sindsegsp.org.br/site/noticia-texto> . Acesso em 06 de outubro de 2020.

Dantas L.O., Barreto R.P.G., Ferreira CHJ. (2020). *Digital physical therapy in the COVID-19 pandemic*. Braz J Phys Ther. 2020;1. pii:S1413-3555(20)30402-0.

Frenk J *et al.* (1991). *La transición epidemiológica en América Latina*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 111(6):485-496.

Harzheim, E. (2020). *Protagonismo da Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia*. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/protagonismo-da-atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-pandemia> . Acesso em 05 de outubro de 2020.

IBGE (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html> . Acesso em 19 de outubro de 2020.

Institute for Healthcare Improvement (2020). *Telehealth*. Disponível em: <http://www.ihl.org/Topics/Telehealth>. Acesso em 27 de agosto de 2020.

Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 (2020). Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328#:~:text=Art.,emergencial%2C%20o%20uso%20da%20telemedicina>.

Acesso em 27 de agosto de 2020.

Mattos, R.A. (2004). *A Integralidade na Prática*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

Mendes, E.V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Perlatto, F. (2020). *Juiz de Fora, a Prefeitura e a Pandemia da Covid-19*. Disponível em: <https://nepolufjf.wordpress.com/2020/04/02/juiz-de-fora-a-prefeitura-e-a-pandemia-da-covid-19> . Acesso em 16 de outubro de 2020.

PJF (2020). Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Painel Gerencial – principais dados Covid. Disponível em: <https://datastudio.google.com/embed/u/0/reporting> . Acesso em 18 de agosto de 2020.

Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora.

Reichheld, F. (2003). *The One Number You Need to Grow*. Harvard Business Review, 2003.

Schramm, J.M. A., Oliveira, A.F., Leite, I.C., Valente, J.G., Gadelha, A.M.J., Portela, M.C., Campos, M.R. (2004). *Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, 9: 897-908, 2004.

Tabnet (2020). Informações de Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> . Acesso em 23 de outubro de 2020.

Tracksale (2018). Belo Horizonte. Disponível em: <https://blog.track.co/net-promoter-score> . Acesso em 16 de outubro de 2020.

Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkings ML. (2017). *Telehealth*. N Engl J Med. 2017; 377(16); 1585-92.

World Health Organization (2020a). *Timeline of WHO's response to COVID-19*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em 27 de agosto de 2020.

World Health Organization (2020b). *Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance*. Disponível em:

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2020> . Acesso em 27 de Agosto de 2020.

World Health Organization (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth*. Geneva: World Health Organization; 2010.

Anexo A - Questionário da Pesquisa de Opinião

Atendimento do Disque Corona

Eu, vimos que recentemente você foi atendido pelo nosso Disque Corona da Unimed Juiz de Fora

Queremos te Ouvir

...

* Obrigatória

1. Foi fácil entrar em contato com o Disque-Corona? *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muito difícil Extremamente fácil

2. As explicações fornecidas pela equipe foram suficientes e claras? *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Insuficientes Extremamente suficientes

3. Em caso suspeito ou confirmado de Covid:
O monitoramento dos sintomas feito pela equipe foi adequado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada Adequado Extremamente adequado

4. Em caso de atendimento com psicólogo:
O atendimento foi satisfatório?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Insatisfatório Extremamente satisfatório

5. Em caso de atendimento médico:
O atendimento foi satisfatório?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Insatisfatório Extremamente satisfatório

6. O quanto você se sentiu cuidado pelo Disque – Corona? *

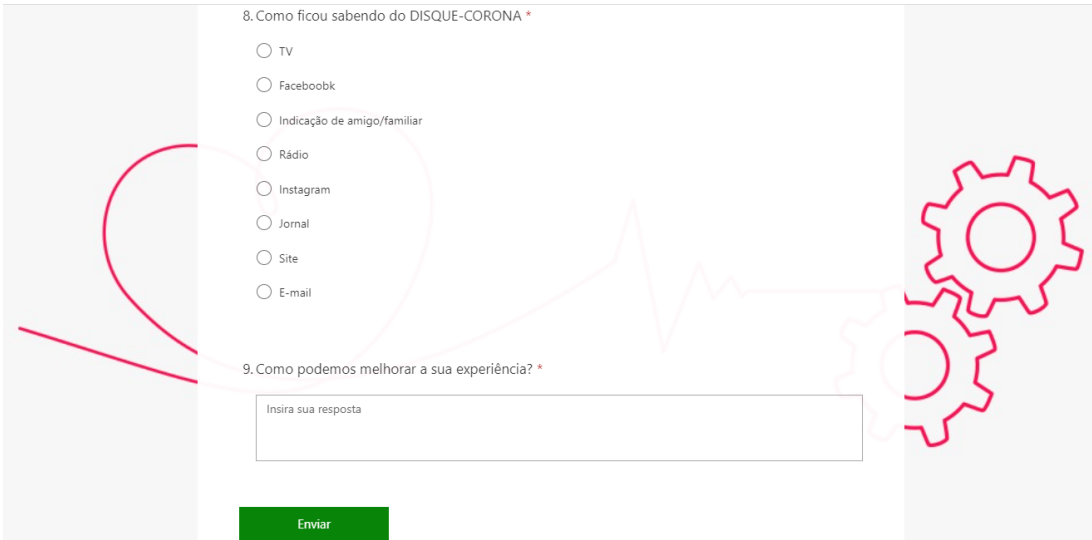
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pouco Cuidado Muito Cuidado

7. Qual o seu nível de satisfação com a resolutividade proposta pela equipe do Disque-Corona? *

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Insatisfeito Extremamente satisfeito



8. Como ficou sabendo do DISQUE-CORONA *

- TV
- Facebook
- Indicação de amigo/familiar
- Rádio
- Instagram
- Jornal
- Site
- E-mail

9. Como podemos melhorar a sua experiência? *

Enviar