**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES**

GABRIELA SOUZA ASSIS FERREIRA

**O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos
processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade**

ORIENTADOR: PROF. DR. ANDRÉ LUCIRTON COSTA

Ribeirão Preto

2015

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Dante Pinheiro Martinelli
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Prof^a. Dr^a. Sonia Valle Walter Borges de Oliveira
Chefe de Departamento de Administração / FEA-RP

GABRIELA SOUZA ASSIS FERREIRA

O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Versão corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Área de concentração: Administração de Organizações

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton Costa

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Gabriela Souza Assis.

O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade. Ribeirão Preto, 2015.

114p.; il ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Administração de organizações.

Orientador: Costa, André Lucirton.

1.Regulação assistencial. 2. Atenção secundária da saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Gestão em saúde. 5. Sistema Único de Saúde. 6. *Business Process Management* (BPM).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: FERREIRA, Gabriela Souza Assis

Título: O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Administração de Organizações

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos usuários do Sistema Único de Saúde que motivaram a construção deste estudo

AGRADECIMENTOS

À Deus pela presença constante em minha vida e por ter colocado tantas pessoas boas em meu caminho, o que tornou o desenvolvimento deste estudo muito mais prazeroso que árduo.

Ao prof. Dr. André Lucirton Costa pela confiança, incentivo e pelos ensinamentos transmitidos que contribuíram tanto para o meu crescimento profissional quanto pessoal.

Ao prof. Dr. José Sebastião dos Santos pelas contribuições à pesquisa e por tornar os acessos menos dispendiosos.

À profa. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora pelas contribuições à pesquisa na banca de qualificação.

Ao prof. Dr. Erasmo José Gomes pelas contribuições à pesquisa na banca de defesa.

Ao meu marido João, pelo companheirismo, cumplicidade, paciência e principalmente por ser meu porto seguro nos momentos de incerteza.

Aos meus pais Ronaldo e Maria José, cujos ensinamentos, exemplos e amor dispendido permitiram que eu me tornasse uma pessoa da qual eu me orgulhe e, principalmente por me apoiarem em todos os momentos.

Aos meus irmãos Carolina, Rafael, Natália e minha afilhada Ana Clara pelo incentivo e companheirismo. Minha vida não seria tão abençoada sem vocês!

À minha querida amiga Caroline, pelo auxílio, pelas trocas de conhecimento e pela disposição em me ajudar sempre que preciso.

A minha sogra e cunhados pelo incentivo e acolhimento.

Aos colegas do grupo de pesquisa (PAES), em especial ao Rinaldo, Renato Ulisses e Nathalia pelas contribuições pontuais à pesquisa.

Aos companheiros da sala de estudos da pós-graduação da FEA-RP, Jorge, Leonardo, Laís e Bianca pelos momentos de distração e pelas contribuições.

Ao professor Carlos Alberto Gabrielli Barreto Campello pela disposição e contribuições.

Aos participantes da pesquisa pela atenção e carinho com que me receberam para realização das entrevistas.

À Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto - FEARP, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de mestrado.

À Fundação para pesquisa e desenvolvimento da administração, contabilidade e economia (FUNDACE) pelo apoio financeiro à pesquisa.

RESUMO

FERREIRA, G. S. A. **O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial:** um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade. 2015. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A regulação assistencial é um importante instrumento de gestão pública que tem como objetivo viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. No entanto, há estudos que apontam que não há um equilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços da atenção secundária no SUS. Na presente pesquisa questiona-se como está efetivamente estruturado o acesso a esse nível de atenção e quais os principais entraves para a efetividade do acesso. O objetivo consistiu em analisar o processo de acesso à atenção secundária da saúde buscando identificar oportunidades de melhoria. O foco desse estudo foi o acesso à especialidade médica de gastrocirurgia dos dois hospitais secundários integrantes do complexo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Foram realizadas entrevistas com gestores, médicos e demais profissionais envolvidos no processo. A partir das informações coletadas foi construído um mapa dos processos utilizando o *software* Bizagi e a notação de modelagem de processos de negócios (BPMN). A partir da descrição e análise, foi verificado como os processos descritos poderiam ser otimizados. Foi possível identificar que os dois processos estudados, apesar de terem o mesmo objetivo: prover acesso a atenção secundária de saúde, possuem diferenças marcantes. As vagas são distribuídas aos municípios na forma de cotas no processo de acesso ao HEAB enquanto que no acesso ao HERP há uma regulação compartilhada entre o DRSXIII e o próprio hospital. Os principais problemas identificados foram: absenteísmo dos usuários nas consultas; guias de referência incompletas ou ilegíveis; dificuldades de relacionamento entre os profissionais e organizações de saúde; demora para agendar consulta, entre outros. Concluiu-se que existem pontos no processo que não estão coerentes com as normas que o regulam e que há dados que podem ser utilizados para medir o desempenho do processo, como a proporção de casos novos e de pedidos de interconsulta; distribuição de vagas por município e situação após primeira consulta. Concluiu-se ainda que os problemas identificados podem ser solucionados a partir da implantação de melhorias sugeridas como: melhorar a comunicação e a triagem nos municípios, realizar treinamento dos funcionários e divulgar protocolos aos envolvidos.

Palavras-chave: Regulação assistencial; Atenção secundária da saúde; Acesso aos serviços de saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; *Business Process Management*.

ABSTRACT

FERREIRA, G. S. A. **The user flow in the SUS coordinated per assistance regulation: a study of the process for health secondary care accessibility.** 2015. 114 f. Dissertation (Master) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The assistance regulation is an important public management tool that aims to facilitate users' access to health services. However, studies show that there is not a balance between supply and demand for services in secondary care in the Unified Health System (SUS). In the present study it casts doubt on how the access is effectively structured to this level of care and what the main obstacles to the effectiveness of access are. The aim was analyze the process of access to secondary health care seeking to identify opportunities for improvement. The focus of this study was the access to medical specialty Gastrosurgery of the two hospitals that are members of the complex of the General Hospital of Ribeirão Preto Medical School (University of São Paulo). Interviews were conducted with managers, doctors and other stakeholders. From the information collected, a map of the processes using the Bizagi software and the notation for business process modeling (BPMN) was constructed. From the description and analysis, it was verified how the described processes could be optimized. It was possible to identify that the two processes studied have the same goal: provide access to secondary health care, have marked differences, such as how the distribution of vacancies. The vacancies are distributed to municipalities for quotas in the process of access to HEAB while access to HERP there is a shared regulation between the DRSXIII and the hospital. The main problems identified were outpatient non-attendance (absenteeism), incomplete or illegible reference guides, relationship difficulties between professionals and health organizations, long wait for schedule consultation, among others. It was concluded that there are points in the process that are not consistent with the rules that regulate, there is data that can be used to measure the performance process, as the proportion of new cases and requests for referral; distribution of vacancies for municipality and situation after first appointment. It was possible concluded also that the problems found can be solved through the implementation of suggested improvements; such as how improve communication and sorting in the municipalities, conduct employee training and disseminate the protocols involved.

Keywords: Assistance regulation; Health secondary care; Health services accessibility, Health management; Unified Health System; Business Process Management

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dimensões da regulação em saúde	20
Figura 2 - Estado de São Paulo segundo departamentos de saúde, 2012	36
Figura 3 - Fases e etapas da pesquisa	41
Figura 4 - Fluxo para acesso ao HERP	54
Figura 5 - Desenho do processo de acesso a especialidade de gastrocirurgia do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.	60
Figura 6 - Fluxo para acesso ao HEAB	76
Figura 7 - Desenho do processo de acesso a especialidade de gastrocirurgia do Hospital Estadual de Américo Brasiliense	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo transcorrido a partir da solicitação até a triagem das guias no SARA.....	69
Gráfico 2 - Origem dos pacientes com consulta agendada (caso novo) em 2014 na especialidade de gastrocirurgia no HERP	72
Gráfico 3 - Quantidade aproximada de vagas agendadas na gastrocirurgia do HERP por mil habitantes dos municípios do DRS XIII em 2014	73
Gráfico 4 - Situação dos pacientes da gastrocirurgia do HERP após a primeira consulta de casos novos em 2014.	74
Gráfico 5- Origem dos pacientes com consulta agendada em 2014 na especialidade de gastrocirurgia no HEAB.	90
Gráfico 6 - Quantidade aproximada de vagas agendadas na gastrocirurgia do HEAB (casos novos) por mil habitantes dos municípios integrantes do DRS III.....	91
Gráfico 7 - Situação após primeira consulta na gastrocirurgia do HEAB em 2014.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde – DRS XIII.....	37
Quadro 2 - Municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde – DRS III.....	37
Quadro 3 - Número de estabelecimentos de saúde do SUS por grupo de municípios	38
Quadro 4 – Denominação dos municípios participantes do estudo.....	41
Quadro 5 - Relação dos envolvidos em cada organização de saúde	43
Quadro 6 - Informações referentes ao processo resultado da pesquisa documental	50
Quadro 7 - Sumarização das normas que regulam o processo de acesso as organizações de saúde de média complexidade do SUS.....	52
Quadro 8 - Levantamento dos elementos do processo para acesso ao HERP (SIPOC).....	59
Quadro 9 - Objetos de fluxos (BPMN) utilizados no desenho do processo dos processos	61
Quadro 10 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria dos municípios integrantes do DRS XIII	65
Quadro 11 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria do HERP e DRS XIII	66
Quadro 12 - Especialidades ofertadas pelo Hospital Estadual de Américo Brasiliense.....	75
Quadro 13 - Levantamento dos elementos do processo para acesso ao HEAB (SIPOC)	81
Quadro 14 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria dos municípios e DRS III	85
Quadro 15 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria HEAB	87
Quadro 16 - Comparação dos processos de acesso ao HERP e HEAB.....	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação das organizações de saúde participantes da pesquisa de campo.....	40
Tabela 2 - Relação do número de participantes da pesquisa por cargo exercido no processo .	40
Tabela 3 – Características das consultas agendadas na gastrocirurgia do HERP em 2014.....	70
Tabela 4– Proporção de consultas de casos novos no ambulatório de gastrocirurgia do HERP por município em 2014.....	71
Tabela 5 - Características das consultas agendadas no HEAB em 2014.....	88
Tabela 6 - Proporção de consultas de casos novos agendados na gastrocirurgia do HEAB por município em 2014	89
Tabela 7 - Comparação das características das consultas agendadas na gastrocirurgia em 2014 nos HERP e HEAB.....	97
Tabela 8 - Comparação dos recursos e indicadores dos processos	99

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	14
1.1.OBJETIVO GERAL	16
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2. REGULAÇÃO, PROCESSOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	18
2.1.REGULAÇÃO EM SAÚDE	18
2.1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
2.1.2 DIMENSÕES DA REGULAÇÃO EM SAÚDE	19
2.1.3 COMPLEXOS REGULADORES	22
2.2 ABORDAGEM SISTÊMICA, GESTÃO POR PROCESSOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	23
2.2.1 A ABORDAGEM SISTÊMICA.....	23
2.2.2 GESTÃO POR PROCESSOS	25
2.2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E PROCESSOS	31
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	34
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	34
3.2 DEFINIÇÃO, CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA E ORGANIZAÇÕES ENVOLVIDAS	35
3.3 DETALHAMENTO DAS FASES E ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO	42
3.3.1 FASE 1 – PESQUISA DOCUMENTAL.....	43
3.3.2 FASE 2 – ESTADO ATUAL DO PROCESSO “AS-IS”	44
3.3.3 FASE 3 – IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA E INDICADORES DE DESEMPENHO.....	47
4. RESULTADOS.....	49
4.1 PESQUISA DOCUMENTAL	49
4.2 ESTADO ATUAL DO PROCESSO “AS-IS”, OPORTUNIDADES DE MELHORIA E INDICADORES DE DESEMPENHO	50
4.2.1 NORMAS QUE REGULAMENTAM O PROCESSO.....	50
4.2.2 PROCESSO DE ACESSO AO HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO	53
4.2.3 PROCESSO DE ACESSO AO HOSPITAL ESTADUAL DE AMÉRICO BRASILIENSE	74
5. DISCUSSÃO.....	93
5.1 COMPARAÇÃO DOS PROCESSOS	93
5.2 ANÁLISE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.....	95
5.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DOS PROCESSOS	97
5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	100
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E AGENDA DE PESQUISA.....	102
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA	111
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FMUSP.....	112
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	114

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A regulação do acesso aos serviços de saúde é utilizada pelo Estado como um importante instrumento de gestão pública com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento. No entanto, esse processo ainda é muito incipiente e necessita de aprimoramentos para garantir a qualidade no atendimento e a alocação eficiente dos recursos. Contudo, a regulação em saúde não pode ser vista somente como uma forma de racionalizar os recursos disponíveis. Ela deve ser ponderada sempre no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

O SUS foi instituído pela constituição de 1988 com o objetivo de assegurar a saúde como direito de todos e determinar o Estado como responsável por garanti-la, mediante políticas sociais e econômicas. Esse sistema tem como princípios o acesso universal aos serviços de saúde; a equidade da assistência, inexistindo assim preconceitos ou privilégios; a atenção integral à saúde e a organização através de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, que são os serviços de atendimento inicial à saúde (atenção primária; urgência e emergência; psicossocial e especiais de acesso aberto). Esse acesso se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço oferecido, ordenado pela atenção primária com base na avaliação de gravidade e risco individual e coletivo e no critério cronológico. As portas de entrada são as responsáveis pela referência do usuário aos serviços de atenção hospitalar e ambulatoriais especializados (BRASIL, 2011a).

Os níveis de atenção à saúde são estruturados em ordem crescente de densidade tecnológica: atenção primária à saúde, menor densidade tecnológica; atenção secundária à saúde, com densidade tecnológica intermediária e, atenção terciária à saúde constituída pela maior densidade tecnológica (BRASIL, 2010).

A atenção secundária à saúde exerce função indispensável na resolubilidade e integralidade do cuidado (ERDMANN et al., 2013). Compreende serviços ambulatoriais e hospitalares e a prática clínica demanda profissionais especializados (BRASIL, 2002). O acesso a esses serviços é coordenado por meio da regulação assistencial que visa ajustar a oferta dos serviços assistenciais disponíveis às necessidades imediatas dos usuários, disponibilizando o serviço mais adequado baseado em critérios de priorização de riscos (BRASIL, 2008; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

No entanto, a desorganização do fluxo de usuários é um grande problema enfrentado pelo SUS. As queixas em relação a limites de acesso, qualidade e carências nos serviços de saúde de média e alta complexidade crescem progressivamente (DALLORA et al., 2008; FARIAS et al., 2011). Segundo uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que identifica a percepção dos usuários em relação aos serviços públicos, um dos principais problemas do SUS é a demora para conseguir uma consulta com especialista. Identificou-se ainda que esta dificuldade de acesso leva os usuários a adquirir um plano ou seguro saúde, visto que, realizar uma consulta ou exame com maior rapidez foi identificada como a principal razão para essa aquisição (IPEA, 2011).

Um estudo realizado por Cecilio et al. (2012) em duas cidades do ABC paulista revelou que a dificuldade de acesso à média e alta complexidade, o altíssimo tempo de espera para atendimento e a sensação de impotência compartilhada do usuário com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os principais problemas vividos pelos usuários do SUS. A partir dos relatos dos usuários, os autores concluíram que parece haver um elemento “sorte” no acesso aos serviços, visto que o processo de encaminhamento via regulação nunca é claro.

Outro estudo, esse no município de São Paulo, apontou o acesso a atenção secundária como um dos maiores entraves para a efetivação da integralidade do cuidado no SUS, visto que não há um equilíbrio entre a oferta e a demanda desses serviços (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Assim, questiona-se: como está efetivamente estruturado o acesso à atenção secundária de saúde? Quais são os principais entraves para a efetividade do acesso? Pois nota-se que não há um equilíbrio entre a oferta e a demanda dos serviços de atenção secundária. Desse modo, acredita-se que seja relevante compreender o processo de acesso desses pacientes a esse tipo de serviço de saúde, buscando identificar oportunidades de melhoria.

Os serviços de saúde são complexos, e as organizações desse setor são geralmente caracterizadas por um grande número de disciplinas médicas e departamentos especializados, tornando seus processos dependente de cooperação e coordenação interdisciplinar. Nesse tipo de ambiente, otimizar os processos torna-se crucial (LENZ; REICHERT, 2007) mas é um grande desafio conseguir um retrato abrangente e confiável do sistema. Para que haja melhoria nesses serviços é importante que os gestores e legisladores entendam como eles funcionam na prática (BAUAMRANE et al., 2011). Quando um processo está bem definido ele produz resultados previsíveis e passíveis de repetição, além de auxiliar a detectar oportunidades de melhoria (HAMMER, 2013).

Melhorar os processos de negócios é uma preocupação crescente e um fator crítico de sucesso para as organizações de saúde (REBUGE; FERREIRA, 2012), que estão buscando

formas de simplificar seus processos para oferecer serviços de alta qualidade ao mesmo tempo que reduzem os custos (YARMOHAMMADIAN; EBRAHIMPOUR; DOOSTY, 2014). Melhorar a eficiência da organização requer foco constante na melhoria dos processos e gestão do conhecimento durante as atividades do processo (BITKOWSKA, 2015).

Uma forma de auxiliar o aumento da eficiência dos processos, principalmente na administração pública, é o uso de sistemas de informação. Possuir um sistema que seja adequado contribui para o bom funcionamento da organização (VLCEK, 2010). O primeiro passo para desenvolvimento de um sistema de informação bem-sucedido, que apoie os processos do negócio, é compreender os processos de uma organização (AGUILAR-SAVÉN, 2004). Na saúde, a utilização dessa tecnologia permite ainda uma melhor integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção (ERDMANN et al., 2013).

O presente estudo foi iniciado pela revisão da literatura com temas que proveram a base teórica desta pesquisa: regulação, processos e sistemas de informação, apresentados no capítulo 2. O capítulo 3 detalha os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa documental e pesquisa de campo, no 4 são apresentados os resultados. A discussão e as considerações finais estão nos capítulos 5 e 6 respectivamente. Os objetivos deste estudo serão detalhados no presente capítulo.

1.1.OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi identificar o fluxo de informação e de usuários para acesso à atenção secundária da saúde, buscando analisar segundo normativos do SUS e detectar oportunidades de melhoria.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcançar o objetivo geral deste estudo buscou-se atingir os objetivos específicos descritos a seguir:

- I - Identificar se o processo de acesso às organizações de saúde objetos do estudo, está funcionando em conformidade com as políticas públicas e teorias que o rege;
- II - Descrever o processo de acesso à atenção secundária e seus fluxos de informação;
- III - Verificar como os processos descritos podem ser otimizados e como essas melhorias podem contribuir para facilitar o acesso dos pacientes à média complexidade do SUS;

IV - Analisar as informações geradas em relação aos processos, buscando identificar indicadores de desempenho.

2. REGULAÇÃO, PROCESSOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os temas que serviram de base teórica para este estudo. Inicialmente foram tratados temas relacionados ao Sistema Único de Saúde, com foco na “Regulação” Assistencial que coordena a oferta e demanda dos serviços de saúde, em seguida foram apresentados conceitos de Abordagem Sistêmica pois visão holística é importante para o entendimento dos processos (SILVA, 2012) e finalmente, foram abordados Gestão por Processos e Sistemas de Informação, visto que, para se obter um bom sistema de informação é importante conhecer os processos e essa tecnologia auxilia a eficiência dos mesmos (AGUILAR-SAVÉN, 2004).

2.1.REGULAÇÃO EM SAÚDE

A regulação tem origem na economia, segundo a teoria econômica clássica a regulação é uma intervenção estatal para corrigir ‘falhas do mercado’ com instrumentos de comando e controle e incentivos financeiros, como uma forma de regular o mercado. As perfeitas condições de competição estão relacionadas a ‘lei da oferta e da demanda’, quando essas não estão plenamente satisfeitas, ocorrem as falhas (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). No setor de saúde, os provedores de serviços devem estar sob regulação, pois, a ação regulatória otimiza os recursos disponíveis e favorece o acesso adequado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

2.1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para ter acessos aos serviços públicos de saúde qualquer pessoa que apresente algum problema de saúde pode, por iniciativa própria, procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBSs), um núcleo de saúde da família ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Esses serviços formam a atenção básica de saúde (SANTOS et al., 2012).

A atenção básica é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e se caracteriza como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p. 2).

Os termos atenção primária e atenção básica serão tratados como sinônimo nesse estudo para efeito de simplificação, visto que, discutir suas diferenças conceituais não é o foco deste

trabalho. Embora haja algumas discussões em relação a essas diferenças (GIL, 2006; LAVRAS, 2011; MELO, 2009) e esses termos ora sejam utilizados como contraposição, ora como sinônimos, existe superposição desses referenciais no sistema de saúde brasileiro (GIL, 2006; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008).

Mendes (2010) afirma que a atenção básica deve cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: resolver mais de 85% dos problemas de saúde da população, ter a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informação e produtos e acolher sua população e responsabilizar-se por ela.

No entanto, quando o usuário necessita de atendimento de maior complexidade, fora do âmbito da atenção básica, é atribuição do médico encaminhá-lo à atenção secundária (média complexidade) ou à atenção terciária (alta complexidade), respeitando os fluxos de referência e contrarreferência locais (MENDES, 2011). Compete às Secretarias Municipais de Saúde organizar esse fluxo de usuários para garantir as referências a serviços e ações de saúde mais complexos e, conseqüentemente, com maior densidade tecnológica (BRASIL, 2006a, p. 2).

Esse conjunto de ações e serviços, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde, articulados em níveis de complexidade crescente é denominado Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011a). São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Essa rede deve ser estruturada para superar a fragmentação da atenção e da gestão das regiões de saúde e assegurar aos usuários do SUS ações e serviços efetivos e eficientes (SÃO PAULO, 2010).

Para organizar a rede de atenção e os fluxos assistenciais e consolidar o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, deve-se fortalecer os instrumentos de gestão do SUS. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

2.1.2 DIMENSÕES DA REGULAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS, as ações de regulação são organizadas em três dimensões de atuação integradas (BRASIL, 2008):

- **Regulação de sistemas de saúde:** relacionada as ações de monitoramento, controle, avaliação e vigilância dos sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde;
- **Regulação de atenção à saúde:** tem o objetivo de garantir a adequada prestação de serviços à população através da contratação de serviços de saúde, controle e avaliação

de serviços, auditoria assistencial e regulação do acesso à assistência. É realizada através das secretarias estaduais e municipais de saúde; e

- **Regulação do acesso à assistência, regulação do acesso ou regulação assistencial:** são ações de organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais do SUS. Tem o objetivo de disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário. Abrange a regulação médica, na qual é delegado ao médico regulador a responsabilidade sobre a regulação assistencial, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais, e com base na classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2002).

Nota-se que a regulação em saúde é ampla e atua sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos três níveis de complexidade (básica, média e alta) e sobre o acesso dos usuários aos serviços. A Regulação de Sistemas de Saúde contém as ações de Regulação da Atenção à Saúde que contém as ações de Regulação do Acesso à Assistência (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006). Essa relação pode ser representada pela Figura 1.

Figura 1 - Dimensões da regulação em saúde

Fonte: (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006)

A regulação do acesso à assistência, foco principal deste estudo, pode ser definida de forma mais concisa como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses” (BRASIL, 2006b). Tem como ações principais a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgência; o controle de leitos disponíveis e agendas de consultas e procedimentos especializados; a padronização das solicitações de procedimentos através de protocolos e o estabelecimento de referência entre unidades de diferentes complexidades. A regulação

assistencial desenvolve critérios técnicos para encaminhamento de pacientes de uma organização de saúde para outra (BRASIL, 2008).

Essa intermediação entre a oferta e a demanda tem o objetivo de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, buscando adequar a complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos, através da organização de estruturas, ações e tecnologias dirigidas aos prestadores, gestores e profissionais da saúde. Cria critérios técnicos, impessoais e objetivos para regular o fluxo de pacientes entre as unidades que compõem a rede de saúde (SANTOS et al., 2012).

As possíveis ações da regulação assistencial, segundo as Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo – Deliberação CIB nº 06 de 8/2/12 (SÃO PAULO, 2012) são:

- Mapear recursos disponíveis identificando solicitantes e executores;
- Pactuar fluxos e protocolos, com priorização de riscos, a serem utilizados pela atenção básica para encaminhamento aos serviços de maior complexidade;
- Regulação médica das urgências;
- Controlar e priorizar leitos, agendas de consulta e exames especializados;
- Organizar fluxos de referência e contra-referência conforme pactuações e protocolos;
- Organizar e regular transporte sanitário;
- Fornecer subsídios para planejamento evidenciando os vazios assistenciais e escassez de oferta.

As três esferas do governo possuem responsabilidades na regulação dos serviços de saúde. Aos municípios cabe adotar protocolos de regulação de acesso, controlar a referência a ser realizada em outros municípios, executar o controle do acesso do munícipe aos serviços disponíveis em seu território, entre outros. Os estados têm a responsabilidade de operar a central de regulação estadual para referências interestaduais, estimular e apoiar a implantação de complexos reguladores municipais participando da co-gestão dos mesmos e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação. A união exerce, principalmente, funções de monitoramento, coordenação e avaliação, além de cooperar, estimular e apoiar ações de saúde como a implantação e implementação de centrais de regulação e complexos reguladores (BRASIL, 2006b).

Segundo a Política Nacional de Regulação do SUS, cabe ainda aos municípios operacionalizar o complexo regulador municipal ou participar da cogestão do complexo regulador regional; viabilizar o processo de regulação de acesso a partir da atenção básica,

provendo capacitação, aplicação de protocolos e informatização; coordenar elaboração de protocolos em conformidade com os estaduais e nacionais; realizar e manter atualizado cadastro de usuários. Aos estados, entre outras atividades, compete cooperar tecnicamente com os municípios nas atividades de regulação; coordenar elaboração de protocolos e operacionalizar o complexo regulador em âmbito estadual e/ou regional (BRASIL, 2008).

Como as ações da regulação da assistência devem ser realizadas por meio da implantação de complexos reguladores (CR) (BRASIL, 2002) é importante que se compreenda melhor o que são e como funcionam.

2.1.3 COMPLEXOS REGULADORES

Os complexos reguladores reúnem unidades de trabalho, denominadas centrais de regulação, responsáveis principalmente pela regulação das urgências, consultas e leitos. Podem ter abrangência e estrutura pactuada entre gestores resultando em três possíveis modelos (BRASIL, 2002, 2008):

- Complexo Regulador Estadual, com gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regula o acesso às unidades de saúde sob gestão do estado e referência interestadual;
- Complexo Regulador Regional, pode ter a gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde regulando o acesso aos serviços de gestão estadual no âmbito da região ou compartilhada entre as Secretarias Municipais que regula o acesso aos serviços de gestão estadual e municipal no âmbito regional.
- Complexo Regulador Municipal, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde que regula o acesso a organizações de saúde sob gestão municipal garantindo acesso aos demais serviços por pactuação.

Essas unidades operacionais são organizadas em três diferentes campos de atuação: Central de Regulação de Consultas e Exames, que regula o acesso aos procedimentos ambulatoriais; Central de Regulação de Internações Hospitalares, regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares e, Central de Regulação de Urgências que regula o atendimento pré-hospitalar de urgência. A operacionalização dos complexos reguladores deve ser realizada seguindo as “Diretrizes para implantação de complexos reguladores” (BRASIL, 2008), disposto no volume 6 da série Pactos pela Saúde (BRASIL, 2006c)

O complexo regulador consiste numa “organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde” (BRASIL, 2006c,

p. 13). Suas principais atribuições são: realizar a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; controlar os limites físicos e financeiros; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; estabelecer e executar os critérios de classificação de risco e a regulação médica. (BRASIL, 2008).

A ação regulatória é o componente ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, é o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação de solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde. Essas ações devem ser realizadas observando-se, além das questões clínicas, os protocolos de regulação, que são instrumentos de ordenação dos fluxos de pacientes aos níveis de complexidade, diferente dos protocolos clínicos que tratam da forma de intervenção por patologia (BRASIL, 2006c).

Segundo Santos et al. (2012), a matéria-prima da ação regulatória são as fichas ou guias utilizadas para referenciar ou contrarreferenciar os pacientes na rede de saúde. Nelas estão as informações sobre a assistência prestada ao paciente, e é com base nessas informações que ele é direcionado para outros serviços. Sendo assim, os autores afirmam que, o êxito do processo regulatório tem relação direta com a completude da informação, principalmente porque, em muitos lugares do país, esses documentos ainda se encontram em papel.

Como o processo de regulação é complexo, acredita-se que seja necessário compreendê-lo, bem como as relações existentes para a concretização do mesmo. A seguir são apresentadas teorias relacionadas a abordagem sistêmica, processos e sistemas de informação, uma vez que se trata de um processo regulatório que está inserido num sistema: o Sistema Único de Saúde.

2.2 ABORDAGEM SISTÊMICA, GESTÃO POR PROCESSOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

2.2.1 A ABORDAGEM SISTÊMICA

A abordagem sistêmica ou enfoque sistêmico é um produto da teoria geral dos sistemas que surgiu em função das limitações do enfoque analítico em que os problemas deveriam ser decompostos em partes para serem compreendidos. Nesta teoria, defende-se a ideia de que os sistemas devem ser estudados globalmente (CHIAVENATO, 2014; TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2010), visto que o comportamento das partes é diferente quando estudado isoladamente e quando estudado no todo, pois existe interação dinâmica entre elas, considera-se que o todo é mais que a soma das partes (BERTALANFFY, 1977).

A teoria geral dos sistemas tem origem na biologia, com os estudos de Bertalanffy (1977) defendendo que o organismo vivo não deve ser visto como um agregado de células, mas considerado na sua totalidade. Segundo esse pesquisador, a teoria possui como propósitos básicos que (1) as ciências naturais e sociais possuem uma tendência geral de integração; (2) esta integração parece centralizar-se em uma teoria geral dos sistemas; (3) esta teoria pode ser importante para alcançar um modo mais abrangente de estudar os campos não físicos da ciência; (4) desenvolvendo princípios unificadores que atravessem verticalmente os universos individuais das ciências, visando a unidade da mesma; e (5) conduzindo a uma integração na educação científica.

Essa teoria foi introduzida na administração inspirado por resultados bem-sucedidos da sua aplicação nas demais ciências e devido a necessidade de integração das teorias existentes (CHIAVENATO, 2014). A “visão sistêmica” é um dos conceitos em administração com conotação mais positiva, visto que os problemas nessa área envolvem sempre interdependência, ou seja, são sistêmicos (TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2010). Este tipo de visão é muito positiva pois, conduz os gestores a pensar na sua organização como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente externo exigindo que ela se adapte a ele (MARTINELLI, 2006).

Um sistema pode ser definido como um conjunto de elementos em interação e que possuem um objetivo. Eles podem ser fechados como no caso de sistemas físicos, em que não há trocas com o ambiente externo ou abertos, onde mantém-se um fluxo contínuo de entrada e saída. Ou seja, há trocas com o ambiente, como ocorre com os organismos vivos e com as organizações (BERTALANFFY, 1977). As organizações são formadas por subsistemas que interagem entre si e com o ambiente externo realizando troca de informações de forma intensa (TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2010).

A abordagem sistêmica apresenta diversas metodologias para investigar situações problemáticas e realizar melhorias nas organizações, *Viable System Model* (VSM) e *Soft System Methodology* (SSM) possuem grande relevância histórica e estão entre as mais difundidas. A primeira é fundamentada no pensamento sistêmico “*hard*” em que a realidade é assumida como sistêmica e pode ser controlada e modelada por meio de modelos sistêmicos já a segunda é fundamentada no pensamento “*soft*” que considera a realidade complexa e confusa e a descrição da realidade é condicionada por interpretação pessoal mas considera que o conceito de sistemas pode ser utilizado para facilitar o consenso e promover discussões (DONAIRES, 2012).

Aumond, Loch e Comin (2012) utilizaram a abordagem sistêmica, cuja essência está em observar inter-relacionamentos e não cadeia lineares de causa-efeito, para criar modelos para

auxiliar na recuperação de áreas degradadas. Kaine e Cowan (2011) buscaram compreender o gerenciamento da variabilidade climática por agricultores por meio dessa teoria. Na área da saúde, pesquisadores utilizaram essa abordagem para auxiliar na busca de soluções para conter gastos (EMANUEL et al., 2012) e alcançar a eficiência do financiamento da saúde (HSIAO, 2007).

Um estudo realizado por Mellifont, Barr e Dunn (2014), mostrou que a abordagem sistêmica gera benefícios na aprendizagem e ensino na tomada de decisão clínica num serviço de emergência de cuidados primários de saúde. Até mesmo as relações entre os componentes do sistema de saúde, que antes eram percebidas com enfoque na visão centralizada e linear, vêm sendo percebidas através de uma visão sistêmica (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008). Essa abordagem evita que um fator seja sobrevalorizado em detrimento de outros pois considera o conjunto complexo da interação de todos os elementos e fatores determinantes de um processo (AUMOND; LOCH; COMIN, 2012).

Com inspiração nessa visão holística abordada pela visão sistêmica, surge uma outra abordagem de gestão buscando articular e aplicar de modo integrado metodologias, abordagens e práticas geralmente aplicadas de forma isolada: a gestão de processos de negócios *ou Business Process Management* (BPM) (ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS - BRASIL – ABPMP, 2013), que será detalhada no capítulo seguinte.

2.2.2 GESTÃO POR PROCESSOS

Neste tópico serão apresentados conceitos relacionados à gestão por processos e estudos desse tema aplicados à área da saúde.

2.2.2.1 *Business Process Management* - BPM

Um processo pode ser definido como “uma agregação de atividades e comportamentos executados por humanos ou máquinas para alcançar um ou mais resultados” (ABPMP, 2013 p.35). São formados por atividades inter-relacionadas que visam resolver algo específico. Quando esse entrega valor para os clientes ou apoia outros processos é denominado processo de negócio (ABPMP, 2013). Para Lacerda et al. (2014), processo é um conjunto de atividades que gera saídas que podem apresentar um desempenho variado dependendo da combinação de recursos. Segundo os autores, essas saídas podem ser utilizadas para avaliar o contexto do negócio visto que nelas está contido o “bem” do negócio.

O processo de negócio é um conjunto de atividades ou tarefas interdependentes organizadas para alcançar metas específicas, envolvendo várias estruturas funcionais e hierarquias (BITKOWSKA, 2015). Para gerir esses processos foi desenvolvida a gestão de processos de negócios ou BPM (*Business Process Management*), uma nova forma de articular e aplicar de forma integrada metodologias, abordagens e ferramentas para processos geralmente aplicadas isoladamente, é uma visão holística de organizar, estruturar e conduzir o negócio (ABPMP, 2013).

BPM surgiu da fusão de duas abordagens de melhoria de desempenho: o Seis Sigma e a Reengenharia de Processos, resultando num “sistema integrado de gestão de desempenho de negócios voltado para a gestão de processos de negócio ponta a ponta” (HAMMER, 2013, p.5). Trata-se de uma nova forma de visualizar as operações de negócios, diferente da visão tradicional de estruturas funcionais, com o objetivo de promover hábitos de trabalhos eficazes e não de padronizar processos para aumentar a eficiência. No entanto, estruturas de processos não inviabilizam estruturas tradicionais, as organizações não precisam substituir uma por outra. A orientação por processos representa um complemento ao desenho funcional tradicional, com um foco maior no cliente (ABPMP, 2013).

Segundo Niehaves et al. (2014), BPM é uma capacidade dinâmica que a organização pode possuir, definido como um conjunto de técnicas para integrar, construir e reconfigurar os processos de negócios da organização com o objetivo de alcançar um ajuste com o ambiente de mercado. O BPM traz muitos benefícios para as organizações visto que, de uma forma geral, permite que as mesmas criem processos de alto desempenho, resultando em maior velocidade, custos mais baixos, melhor uso de ativos e maior flexibilidade, essa abordagem permite ainda que as empresas reajam melhor a períodos de rápida mudança (HAMMER, 2013).

Promover BPM habilita a organização a conhecer seus processos, o que pode auxiliar os gestores a redesenhar os fluxos de trabalho para torná-los mais eficientes e eficazes e para reduzir custos desnecessários (CANNAVACCIUOLO et al., 2015). BPM pode ainda, auxiliar na execução de um programa estratégico por permitir melhor adequação entre a estratégia organizacional e os processos de negócios da organização (TRKMAN, 2010). Muitas organizações estão obtendo benefícios por meio da gestão de processos ponta a ponta, aprimorando o controle de estoque de mercadorias, aumentando a satisfação dos clientes e reduzindo custos (HAMMER, 2013). Na administração pública, o BPM pode apoiar iniciativas para melhorar a eficiência e eficácia da gestão de custos (HOUY; FEETKE; LOOS, 2010).

A mudança de visão proporcionada pela abordagem do BPM é importante para a eficiência da organização como um todo. Na visão tradicional os gestores funcionais

frequentemente desenvolvem planos que desconsideram as necessidades dos seus pares e a importância de entregar o valor máximo ao cliente. Isso pode levá-los a otimizar as partes que lhe interessam e subotimizar o todo. Deve-se ter a perspectiva de fora para dentro pois, os clientes e as partes interessadas externas às organizações não se importam com o que acontece no ambiente interno, para elas o que importa é o produto e/ou serviço recebido (BURLTON, 2013).

Nessa abordagem, com o objetivo de aumentar a eficiência do negócio e entregar mais valor para o cliente, as atividades dos processos podem ser classificadas em atividades que agregam valor, que não agregam valor e de controle (CHIRCU et al., 2013). As atividades que agregam valor, produzem valor ou contribuem para a satisfação do cliente ou para garantir o cumprimento de políticas ou regulamentações, já as que não agregam valor muitas vezes são desnecessárias e contribuem para aumentar o tempo, os custos, os erros e a insatisfação de clientes. Quando um novo processo está sendo desenhado deve-se focar nas atividades que agregam valor e reduzir ou eliminar as que não agregam valor ao negócio (ABPMP, 2013).

Um ponto de vulnerabilidade dos processos, que pode resultar em desconexões, atrapalhando sua eficiência, são os chamados *handoffs*. Os *handoffs* são os pontos dos processos em que a informação ou trabalho é transferido, passando de uma função para outra. Cohen e Hilligoss (2010) apresentam esse conceito no contexto do setor de saúde, segundo os autores, *handoff* é o intercâmbio de informações sobre um paciente realizado entre os profissionais de saúde com a transferência do controle ou da responsabilidade sobre o paciente. A vulnerabilidade do processo diminui com a redução do número de *handoffs* (ABPMP, 2013), o que os tornam fontes das maiores oportunidades de melhoria nos processos (SPANYI, 2010).

Para identificar oportunidades de melhorias num processo, o primeiro passo é criar um entendimento comum do estado atual (“AS-IS”), que pode ser alcançado por meio da análise de processo. Essa análise é realizada obtendo-se informações relevantes, principalmente relacionadas a interações com clientes, *handoffs*, gargalos, variações, custo e envolvimento humano, tais como as que podem ser obtidas com as questões a seguir (ABPMP, 2013):

- Interação com os clientes – geralmente quanto menor o número de interações com o cliente mais satisfeito ele fica.
 - Quem é o cliente? Quais suas necessidades e reclamações?
 - Qual o número de interações entre o cliente e o processo? Existem redundâncias nas interações?
 - Quais as métricas de satisfação dos clientes? Qual a expectativa do cliente com o processo?

- *Handoffs* – normalmente quanto menor o número de *handoffs* menor será a vulnerabilidade do processo.
 - Quais *handoffs* são mais prováveis de atrasar o processo?
 - Algum *handoff* está criando gargalos de informações ou serviços?
 - Os *handoffs* podem ser eliminados? O intervalo entre eles está sendo medido?
- Gargalo – limitações no processo que criam acúmulo de trabalho.
 - Quais fatores contribuem para o gargalo (pessoas, sistema, infraestrutura)?
 - O gargalo é resultado de um *handoff* ou falta de informação?
 - O gargalo está sendo criado devido à restrição de recursos (humano, equipamento, regras)?
- Variações – retarda o processo e requer mais recursos
 - Qual o limite tolerável de variação para o processo?
 - A variação é necessária ou desejável?
 - Quais os pontos de maior ocorrência?
 - Automação pode ajudar a eliminar?
- Custo – compreender os custos ajuda a priorizar os processos.
 - Qual o custo total do processo?
 - Está em consonância com o padrão do mercado?
 - Pode ser reduzido pela automação ou melhorias tecnológicas?
- Envolvimento humano – atividades realizadas por pessoas são mais complexas pois envolvem conhecimentos e julgamentos que não podem ser automatizados.
 - Quanta variabilidade é introduzida pela participação humana? Algumas atividades podem ser automatizadas?
 - Quanta informação está disponível para a realização da atividade? É suficiente?
 - Os executores sabem quando a tarefa foi bem realizada e onde ela se encaixa no processo?

No setor de saúde a promoção de BPM tem a capacidade de reduzir custos, melhorar a integração de informações, aumentar a segurança e a qualidade do atendimento do paciente e melhorar a rotina de trabalho dos profissionais (BECKER et al., 2007). No entanto, nesse setor a maior parte das decisões são complexas, únicas e geralmente se relacionam com o conhecimento tácito de especialistas, o que impede que os processos sejam descritos com os

detalhes necessários, dificultando a modelagem e o redesenho dos mesmos (MANFREDA, et al., 2014). Ainda assim, muitos estudos estão sendo realizados com foco na abordagem de BPM na saúde.

2.2.2.2 BPM na saúde

A abordagem de BPM é mais utilizada na indústria devido à alta competitividade desse setor. Na administração pública o contexto é diferente visto que, os esforços são para melhoria da qualidade e não da competitividade do serviço (HOUY; FEETKE; LOOS, 2010). Por isso, nas empresas de serviços de utilidade pública, a estratégia do negócio geralmente está relacionada com a excelência operacional, visto que, os clientes valorizam a eficiência e a confiabilidade do que a organização oferece (BURLTON, 2013).

Nas organizações de saúde, os processos são complexos e frequentemente fragmentados entre departamentos visto que, são organizados de acordo com especialidades ou habilidades médicas. O que leva a dificuldade de coordenação e controle das atividades, afetando a qualidade e a eficiência dos serviços oferecidos aos pacientes (GONÇALVES; HAGENBEEK, VISSERS, 2013). Promover BPM nesse setor pode ser útil para aprimorar a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes, visto que essa abordagem visa melhorar e gerenciar processos organizacionais a fim de proporcionar máximo valor para o cliente (TRKMAN et al., 2015).

Alguns estudos estão sendo realizados para avaliar a promoção do BPM no setor de saúde. Leu e Huang (2011) utilizaram uma metodologia de processos de negócios (*Architecture of integrated information systems - ARIS*), adaptada para o setor, com o objetivo de compreender a viabilidade da aplicação da metodologia de BPM para organizações de saúde. Realizado no departamento de emergência de um hospital em Taiwan, o estudo mostrou que existe melhoria nos indicadores de qualidade dos serviços médicos e aumento da eficácia.

Manfreda et al. (2014) identificaram os fatores que influenciam ou impedem o aumento da capacidade de absorção num projeto de BPM numa companhia pública europeia de seguros de saúde. A apresentação detalhada da metodologia aos envolvidos, identificação corretas dos processos principais, utilização da linguagem de projetos no dia-a-dia e participação ativa dos funcionários no projeto foram identificados como fatores que aumentam a capacidade de absorção. Já os fatores identificados como obstáculos são a característica do setor público, onde é difícil eliminar ou mudar processos que não agregam valor, a ocupação de cargos por especialistas da saúde e não por gestores e o sistema de progressão de salários e carreiras.

Yarmohammadian, Ebrahimipour e Doosty (2014) realizaram um projeto de melhoria de processos num hospital de ensino no Irã “Qaem Teaching Hospital”. Foram selecionados três processos de cinco indicados por um comitê de melhoria de processos. O projeto foi realizado em 4 fases. A primeira consistiu em identificar a situação atual e os processos prioritários, para isso, foram realizadas entrevistas com especialistas e gestores, passados os conceitos de processo, realizados *Workshops* para processos pilotos e organizadas equipes dos processos.

Na segunda fase foi realizada a modelagem dos processos. Foi fornecido uma visão geral dos conceitos de processos, treinamento de técnicas de modelagem, realização de *workshops* sobre modelagem e documentação de processos e ensinados indicadores de desenvolvimento. Na terceira, foram identificados os problemas por meio de análise dos processos e na última fase, foram finalizadas propostas de melhorias e apresentadas à organização. Após a realização das 4 fases o plano de ação de melhoria foi aplicado a cada processo selecionado. Os resultados mostraram melhorias significativas nos processos e habilitou a organização a focar a gestão nos seus processos

Um estudo realizado num hospital comunitário dos Estados Unidos analisou como os *handoffs* clínicos, que são os processos de passar informações específicas do paciente de um profissional para outro, contribuem ou reduzem os erros de medicação por meio do impacto na qualidade da informação durante a internação de pacientes. Concluiu-se que os *handoffs* conduzem ao erro de medicação por passagem incompleta, imprecisa, precoce ou inválida da informação. Mas também ajudam a reduzi-los, visto que, quando a informação passa por vários profissionais da saúde há uma chance maior de detecção e correção de falhas (CHIRCU et al., 2013). Nota-se que a qualidade da informação influencia a eficiência dos processos.

Em saúde, a informação é importante para avaliar se os serviços oferecidos estão indo ao encontro das necessidades e demandas das comunidades, além de auxiliar os gestores na tomada de decisão quanto ao funcionamento eficaz dos serviços de saúde e na formulação de políticas e alocação de recursos (ABOUZHR; BOERMA, 2005). Para facilitar o acesso à informação, melhorar os controles gerenciais e aumentar a produtividade das organizações, foram desenvolvidos os sistemas de informação (PRATES; OSPINA, 2004).

2.2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E PROCESSOS

Os sistemas de informação em saúde (SIS) foram criados com o objetivo de auxiliar as práticas de gestão e atenção em saúde, através do armazenamento e acompanhamento da geração de dados (THAINES et al., 2009) que podem fornecer informações úteis após serem organizados e analisados (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2008). Essas tecnologias visam aumentar as oportunidades para o acesso global aos serviços de saúde e devem ser desenvolvidas e exploradas com esse objetivo, além de contribuírem para o fornecimento de serviços de atenção à saúde eficientes e de alta qualidade (HAUX, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, sistema de informação em saúde são componentes inter-relacionados para obtenção e análise de dados com o objetivo de fornecer informações para gestão de programas de saúde e monitorar atividades desse setor (WHO, 2000). Segundo um relatório apresentado por esta instituição em 2011, os países que enfrentam os maiores desafios de saúde têm, geralmente, os sistemas de informação mais fracos para coleta, gestão e uso de informações (WHO, 2011).

Sistemas de informação em saúde devem ser sensíveis às necessidades e exigências de todas as instituições envolvidas, dentro de um plano abrangente desenvolvido com a colaboração de todos. Um bom SIS deve apresentar e disseminar dados num formato apropriado para todos os envolvidos. Informações em saúde sólidas são um bem público global (WHO, 2008). O objetivo desse tipo de tecnologia é a produção de informações relevantes e de qualidade que possam auxiliar o paciente e apoiar intervenções de saúde (DALLORA et al., 2008).

Segundo a WHO (2008), os SIS são formados por seis componentes principais, classificados em *inputs*, processos e *output*, conforme descrito abaixo:

Inputs

- 1- Recursos de SIS – leis, regulamentos, pessoal, financiamento, apoio logístico e tecnologia da informação e comunicação.

Processos

- 2- Indicadores – subdivididos em três domínios: determinantes da saúde (socioeconômico, ambiental, comportamental, demográfico e determinantes genéticos ou fatores de risco); sistema de saúde (política, organização, recursos humanos, infraestrutura da saúde, equipamento e suprimentos) e estado da saúde (níveis de mortalidade, morbidade, incapacidade e bem-estar).

- 3- Fontes de dados –divididas em duas categorias principais: abordagens de base populacional (censos, registros civil e pesquisas populacionais) e dados baseados em instituições (registros individuais, registros de serviços e registros de recursos),
- 4- Gestão de dados – abrange todos os aspectos de manipulação de dados a partir de coleta, armazenamento, garantia de qualidade e fluxo para processamento, compilação e análise.

Outputs

- 5- Produtos da informação - os dados devem ser transformados em informação tornando-a base para evidências e conhecimentos para moldar ações de saúde.
- 6- Disseminação e uso - o valor da informação em saúde pode ser reforçado tornando-a prontamente acessível aos tomadores de decisão e fornecendo incentivos para o uso da informação.

No Brasil, há a necessidade de alinhamento às ações e estratégias internacionais no campo de tecnologia da informação e comunicação em saúde. O país enfrenta vários problemas nessa área, principalmente no contexto do SUS, há deficiência na padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados, dificuldades de conectividade dos serviços de saúde à internet banda larga, deficiência de qualificação dos profissionais envolvidos e de financiamento, entre outros (BRASIL, 2011b).

Para superar esses e outros problemas operacionais da gestão do SUS, o Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a política nacional de informação e informática em saúde, com o objetivo de reforçar a democratização da informação e da comunicação, garantir a compatibilização, interface e modernização dos sistemas de informação do SUS e o aperfeiçoamento da integração e articulação com os sistemas e bases de dados relacionados à saúde (BRASIL, 2004). O texto foi revisado em 2011 pelo Ministério da saúde através do Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) buscando promover e fortalecer essa política (BRASIL, 2012).

No contexto da regulação assistencial, o governo brasileiro criou em 2001 um sistema de informação *on-line* para apoiar os gestores na regulação do acesso, o SISREG. A utilização desse sistema pelos estados e municípios não é obrigatória e é implantado gratuitamente nas secretarias que o solicitam (BRASIL, 2011b). No estado de São Paulo, em 2010, foi criada a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), que é responsável pela regulação da oferta assistencial no estado (SÃO PAULO, 2010) e disponibiliza o sistema de informação Portal CROSS. De acordo com a deliberação CIB -6 de 08/02/2012, o complexo

regulador estadual deve promover a inclusão da oferta de todos os serviços sob gestão estadual nesse sistema (SÃO PAULO, 2012).

Para que essas tecnologias auxiliem a regulação e avaliação eficiente dos serviços de saúde deve haver uma integração dos subsistemas de informação existentes, compondo um Sistema Nacional de Informação em Saúde, que seja articulado e integrado (SANTOS; MERHY, 2006). Porém, ainda é um desafio para a administração pública, construir uma infraestrutura de tecnologia da informação que ofereça suporte para a gestão em saúde (MORAIS; COSTA, 2014). Além disso, no contexto do SUS, somente construir sistemas de informação, normas, protocolos e fluxogramas não é o suficiente. Deve-se desenvolvê-los no contexto existente, em interação com gestores e funcionários e usuários (BADUY et al., 2011).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi iniciada por uma revisão teórica, que consistiu na realização de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo foi compreender, explicar e discutir temas com base em referências publicadas em periódicos, livros, anais de congresso, etc. (MARTINS; THEÓPHILO, 2009). Foram consultadas as bases de dados Scopus, *Web of Knowledge*, Scielo e Pubmed.

Foram pesquisados temas que pudessem fornecer suporte teórico para o estudo e que permitissem alcançar um dos objetivos da pesquisa. Compreender melhor o tema e identificar se o processo de acesso à atenção secundária de saúde, objeto do estudo, está funcionando de forma coerente com relação as políticas públicas e teorias que o rege. Além de fornecer informações úteis na continuidade do estudo. Em seguida foi realizada uma pesquisa de campo visando alcançar os demais objetivos.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto aos fins, esta pesquisa é classificada como descritiva visto que se propõem a descobrir as características de um fenômeno (RICHARDSON, 1999), nela o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos, sem manipulá-los, mas com o objetivo de identificar a relação e as conexões existentes entre eles. (RAMPAZZO, 2005). Esse tipo de pesquisa permite que seja atingido os seguintes objetivos desse estudo: descrever o processo de acesso aos serviços de saúde e seus fluxos de informação e analisar dados dos processos armazenados pelos sistemas de informação, buscando analisar a eficiência e identificar oportunidades de melhorias.

Quanto a natureza do método, a presente pesquisa é classificada como qualitativa uma vez que esse é o método mais adequado para analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos (RICHARDSON, 1999) e quantitativa visto que serão utilizadas ferramentas estatísticas para analisar os indicadores de desempenho dos processos.

3.2 DEFINIÇÃO, CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA E ORGANIZAÇÕES ENVOLVIDAS

Para a realização deste estudo, foi analisado o processo de acesso dos usuários do SUS à especialidade de Gastrocirurgia em dois hospitais secundários inseridos no complexo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto: Hospital Estadual de Ribeirão Preto e Hospital Estadual de Américo Brasiliense. As escolhas de local e especialidade devem-se a conveniência de localização e de acesso aos dados necessários à pesquisa. A especialidade de gastrocirurgia nesses hospitais incluem procedimentos da cirurgia geral, no entanto será utilizada a denominação gastrocirurgia abrangendo ambas, para efeito de simplificação.

Cada um desses hospitais está inserido num Departamento Regional de Saúde (DRS) do estado de São Paulo. Esses departamentos consistem numa divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado cujo objetivo é coordenar as atividades da Secretaria de Estado no âmbito regional e promover articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil. São ao todo 17 Departamentos no estado (Figura 2) que têm como finalidades: (1) contribuir para a qualidade de vida da população local; (2) identificar necessidades de compra de serviços de saúde; (3) promover articulação dos sistemas metropolitanos de saúde; (4) avaliar e estabelecer cooperação técnica dos sistemas de saúde e, (5) disponibilizar informações de saúde e gerenciais (SÃO PAULO, 2006).

Figura 2 - Estado de São Paulo segundo departamentos de saúde, 2012
 Fonte: Secretaria da Saúde do governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015)

O Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP), localizado no município de Ribeirão Preto – SP, foi fundado em 2008, por meio de um convênio do Governo do Estado de São Paulo e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Com a interveniência da Fundação de Amparo ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) e o objetivo de operacionalizar a gestão e a execução das ações e serviços de saúde de complexidade secundária (FUNDAÇÃO DE AMPARO AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA - FAEPA, 2013).

O HERP é responsável pelo atendimento de usuários exclusivamente do SUS com indicação de internação e/ou procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, identificados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos 26 municípios da área de abrangência do Departamento Regional da Saúde - DRS XIII (Quadro 1), regulados pela Central de Regulação Regional do DRS XIII, seguindo a ordem de prioridade abaixo (FAEPA, 2013):

1. Municípios que não possuem hospital: Barrinha, Brodowski, Cássia dos Coqueiros, Dumont, Guataporá, Luis Antonio, Pradópolis, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria e Serra Azul;

2. Municípios com hospital, mas que não possuem oferta dos serviços realizados no HERP;
3. Os Municípios com capacidade de atendimento de seus hospitais esgotada.

O HERP também recebe usuários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com patologias de média complexidade, independente da cidade de origem, visando liberar espaços para atendimento da demanda terciária (FAEPA, 2013).

Altinópolis	Dumont	Pitangueiras	Santo Antônio da Alegria
Barrinha	Guariba	Pontal	São Simão
Batatais	Guataporá	Pradópolis	Serra Azul
Brodowski	Jaboticabal	Ribeirão Preto	Serrana
Cajuru	Jardinópolis	Santa Cruz da Esperança	Sertãozinho
Cássia dos Coqueiros	Luís Antônio	Santa Rita do Passa Quatro	
Cravinhos	Monte Alto	Santa Rosa de Vitergo	

Quadro 1 - Municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde – DRS XIII
Fonte: Secretaria da Saúde do governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015)

O Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB), localizado no município de Américo Brasiliense – SP, foi criado com o mesmo convênio e objetivo do HERP, mas com outra área de abrangência. O HEAB é responsável por atender os usuários dos 24 municípios integrantes do DRS III (Quadro 2), além de demandas pontuais e regionais (FAEPA, 2013). O HEAB foi fundado em julho de 2008, construído a partir de uma ampla reforma e modernização do Hospital Nestor Goulart Reis, inaugurado em 1958 para atender pacientes com tuberculose. De 2008 a meados de 2010 o HEAB foi gerenciado pela UNESP de Botucatu passando à gestão da FAEPA e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto a partir de agosto de 2010 (HOSPITAL ESTADUAL DE AMÉRICO BRASILIENSE - HEAB, 2015).

Américo Brasiliense	Dobrada	Matão	Santa Ernestina
Araraquara	Dourado	Motuca	Santa Lúcia
Boa Esperança do Sul	Gavião Peixoto	Nova Europa	São Carlos
Borborema	Ibaté	Porto Ferreira	Tabatinga
Cândido Rodrigues	Ibitinga	Ribeirão Bonito	Taquaritinga
Descalvado	Itápolis	Rincão	Trabiju

Quadro 2 - Municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde – DRS III
Fonte: Secretaria da Saúde do governo do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2015)

O acesso à especialidade de gastrocirurgia dos Hospitais Estaduais de média complexidade de Ribeirão Preto e de Américo Brasiliense é o objeto de estudo desta pesquisa. No entanto, esse processo envolve outras organizações públicas que também são parte do presente estudo: os Departamentos Regionais de Saúde XIII e III, as Unidades Básicas de Saúde dos municípios integrantes desses DRSs e em alguns casos, as Secretarias Municipais de Saúde.

A seleção dos municípios que participaram do estudo foi realizada por sorteio. Inicialmente os municípios foram organizados em 3 grupos: (1) municípios com 1 a 10 estabelecimentos de saúde do SUS, (2) municípios com 11 a 25 estabelecimentos de saúde do SUS (3) municípios com mais de 25 estabelecimentos de saúde do SUS (Quadro 3).

Número de estabelecimentos de saúde	DRS XIII	DRS III
1 a 10	Guataporá Cássia dos Coqueiros Santa Cruz da Esperança Serra Azul Dumont Cravinhos Santo Antônio da Alegria Pradópolis Santa Rita do Passa Quatro Luís Antônio Barrinha Brodowski Altinópolis Guariba Serrana São Simão Santa Rosa de Viterbo	Cândido Rodrigues Dobrada Santa Ernestina Trabiju Motuca Gavião Peixoto Rincão Santa Lúcia Américo Brasiliense Boa Esperança do Sul Dourado Nova Europa Ribeirão Bonito Borborema Itápolis Tabatinga
11 a 25	Pontal Pitangueiras Cajuru Jardinópolis Batatais Monte Alto Jaboticabal	Ibaté Descalvado Ibitinga Matão Porto Ferreira
Mais de 25	Sertãozinho Ribeirão Preto	Taquaritinga São Carlos Araraquara

Quadro 3 - Número de estabelecimentos de saúde do SUS por grupo de municípios
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014)

Esse critério foi estabelecido porque acredita-se que quanto maior o número de estabelecimentos de saúde, maior a complexidade do sistema de saúde do município. Assim, municípios com baixa, média e alta complexidade em seus processos estariam inseridos no estudo. Em seguida, foram sorteados dois municípios do primeiro grupo, um do segundo e um do terceiro de cada DRS, resultando em oito municípios:

- Quatro no DRS XIII
 - Dois com 1 a 10 estabelecimentos de saúde
 - Um com 11 a 25
 - Um com mais de 25
- Quatro no DRS III
 - Dois com 1 a 10 estabelecimentos de saúde;
 - Um com 11 a 25;
 - Um com mais de 25

Foi selecionado um número maior de representantes do primeiro grupo devido a quantidade de elementos ser significativamente maior em relação aos outros. Após o sorteio os municípios selecionados foram convidados a participar da pesquisa. Nos casos em que não houve aceite outros municípios foram sorteados buscando manter a lógica de proporcionalidade dos grupos, descrita anteriormente. Assim, nos casos em que um município que possui até 10 estabelecimentos de saúde não aceitou participar, outro desse mesmo grupo foi convidado.

Foram agendadas entrevistas nos municípios que concordaram em participar do estudo. Nos casos em que havia mais de uma UBS, o critério de escolha para definir qual participaria do estudo foi indicação dos gestores/coordenadores da atenção básica ou secretarias municipais de saúde. Foram realizadas entrevistas nas secretarias municipais de saúde que desenvolviam atividades do processo de acesso aos hospitais objetos do estudo.

Participaram efetivamente do estudo 16 organizações de saúde: sete Unidades Básicas de Saúde, quatro Secretarias Municipais de Saúde, um centro médico de especialidades (municipal), dois Departamentos Regionais de Saúde (XIII e III) e dois hospitais (HERP e HEAB), conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação das organizações de saúde participantes da pesquisa de campo

Órgãos/Organizações de saúde	Quantidade
Unidade Básica de Saúde	7
Secretaria Municipal de Saúde	4
Centro médico de especialidades	1
Departamento Regional de Saúde	2
Hospital	2
Total	16

Nessas organizações foram realizadas entrevistas com sete gestores e/ou diretores, seis médicos, cinco enfermeiros e treze funcionários administrativos, totalizando trinta e um participantes (Tabela 2). Os cargos descritos estão relacionados ao papel que o envolvido desempenha no processo. Nos casos em que o entrevistado era um profissional de saúde, por exemplo, mas exercia cargo de gestor no processo ele foi classificado no estudo como “Gestor/Diretor”.

Tabela 2 - Relação do número de participantes da pesquisa por cargo exercido no processo

Cargo	Número de participantes
Gestor/Diretor	7
Médico	6
Enfermeiro	5
Funcionário adm.	13
Total	31

Os nomes dos municípios selecionados, bem como os cargos dos participantes em cada organização de saúde, foram mantidos em sigilo buscando evitar identificar os envolvidos e manter sua privacidade. No entanto, para diferenciar os municípios na apresentação dos resultados foi utilizada a denominação detalhada no Quadro 4.

Característica do município em relação ao número de estabelecimentos de saúde	Denominação do município	
	DRS XIII	DRS III
1 a 10	A	E
	B	F
11 a 25	C	G
Mais de 25	D	H

Quadro 4 – Denominação dos municípios participantes do estudo.

O estudo foi realizado em 3 fases: (1) Pesquisa documental; (2) Estado atual do processo; (3) Oportunidades de melhoria e indicadores de desempenho (Figura 3), que serão detalhadas no capítulo seguinte.

Figura 3 - Fases e etapas da pesquisa
Fonte: Elaborado pela autora (2015)

- Fase 1 – Pesquisa documental: compreende os estudos preliminares e teóricos em relação aos processos de acesso aos hospitais, objetos desse estudo, foram analisados relatórios gerenciais e leis que os regulam.
- Fase 2 – Estado atual do processo “AS-IS”: nessa fase foram levantadas informações do processo por meio de entrevistas, visando compreender como o trabalho é feito. Realizada em três etapas: (1) levantamento de normas e etapas; (2) identificação dos elementos do processo, e (3) desenho do processo.
- Fase 3 – Oportunidades de melhoria e indicadores de desempenho: consistiu no levantamento de oportunidades de melhoria do processo, apontadas pelos envolvidos nas entrevistas, e no levantamento de dados que podem ser utilizados como indicadores de desempenho.

3.3 DETALHAMENTO DAS FASES E ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO

As fases e etapas deste estudo foram elaboradas com base na estrutura de protocolo de estudo de caso proposta por Yin (2010), na metodologia de trabalho utilizada por Valle e Oliveira (2009) e seguindo as orientações do Guia para Melhoria de Processos no Governo de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012) e do Guia “D” Simplificação elaborado pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Governo Federal (BRASIL, 2006d). Foram realizadas adaptações julgadas necessárias ao contexto do estudo.

Na pesquisa de campo foi realizado um estudo do processo para acesso à média complexidade da saúde no SUS, para isso foi necessário levantar informações relacionadas ao processo que permitissem compreendê-lo e descrevê-lo. As técnicas geralmente utilizadas com esse objetivo são entrevista, questionário, grupo focal e observação.

Para levantar informações relacionadas a processos a mais comum é a entrevista, a observação é aplicada para complementar o levantamento de informações quando o assunto for muito complexo, como é o caso do setor de saúde (VALLE; OLIVEIRA, 2009). Além disso, nos trabalhos de campo onde o pesquisador interage com os sujeitos, deve-se considerar a observação como técnica de coleta de informações, dados e evidências (MARTINS; THEÓPHILO, 2009). Assim, neste estudo, a entrevista foi o principal instrumento de coleta, mas, a observação e a pesquisa documental também foram utilizadas para esse fim.

3.3.1 FASE 1 – PESQUISA DOCUMENTAL

Esta fase consistiu no levantamento de informações preliminares do processo de acesso a atenção secundária de saúde e no planejamento das atividades a serem desenvolvidas. Para obter as informações necessárias para iniciar a pesquisa de campo foi realizada uma pesquisa documental, na qual são utilizados documentos como fontes de dados, informações e evidências (MARTINS; THEÓPHILO, 2009). Nesta etapa, foram analisados relatórios gerenciais e leis que pudessem fornecer informações sobre os processos (FAEPA, 2013; HERP, 2015; HEAB, 2015; BRASIL, 2006a, 2006c, 2008, 2010, 2011b).

Esses documentos foram coletados em *websites* das organizações de saúde e demais órgãos públicos envolvidos (secretarias municipais e estaduais de saúde, departamentos regionais de saúde, hospitais etc). Foram levantadas informações que serviram de suporte a descrição do processo e às demais fases do estudo: nome do processo, objetivo, abrangência (começo e fim), organizações de saúde e cargos envolvidos no processo. Após a realização dessa análise foi possível identificar os cargos relacionados ao processo em cada organização de saúde: gestores, diretores, médicos e funcionários administrativos (Quadro 5).

Organização de saúde	Entrevistado
UBS	Gestor
	Médico
	Responsável pelo encaminhamento
Secretaria Municipal de Saúde	Secretário da Saúde
	Diretor
	Responsável pela regulação
DRS	Gestor
	Diretor regulação
	Profissional da regulação
Hospitais Estaduais	Diretor Administrativo
	Diretor atividades cirúrgicas
	Médicos especialidade
	Responsável pelo agendamento/encaminhamento

Quadro 5 - Relação dos envolvidos em cada organização de saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Após identificar as organizações e cargos envolvidos no processo de acesso a atenção secundária de saúde, foi realizada a coleta dos dados que deram suporte à análise do estado atual do processo e a identificação de oportunidades de melhoria.

3.3.2 FASE 2 – ESTADO ATUAL DO PROCESSO “AS-IS”

Essa fase consistiu em identificar o estado atual do processo visando atingir um dos objetivos do estudo que é descrever o processo de acesso à atenção secundária de saúde e seus fluxos de informação. A análise do processo é uma poderosa técnica visual para identificar, de uma forma holística, desconexões na organização. É útil para criar um entendimento comum do estado atual “AS-IS” do processo, permitindo compreender como o trabalho é feito. Para isso, deve-se fazer um levantamento de informações referentes ao processo utilizando métodos como entrevistas, pesquisas, observação direta e workshop estruturado (ABPMP, 2013).

Para realizar a análise do processo, as organizações de saúde foram organizadas em dois grupos: (1) Hospital Estadual de Ribeirão Preto, DRS XIII, Unidades Básicas de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde dos municípios integrantes do DRS XIII e (2) Hospital Estadual de Américo Brasiliense, DRS III, Unidades Básicas de Saúde e Secretaria Municipais de Saúde dos municípios integrantes do DRS III. Essa distinção é necessária visto que, existem dois fluxos de usuários distintos, um para acesso ao HERP, que envolve o DRS XIII e seus respectivos municípios e outro para acesso ao HEAB que envolve o DRS III e seus respectivos municípios.

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas concomitante com a observação direta do trabalho realizado pelos envolvidos, ou seja, os entrevistados respondiam as questões durante a execução de suas atividades, mostrando como o trabalho era feito. As entrevistas foram realizadas utilizando um roteiro pré-definido (apêndice) como guia, com duração de 40 a 90 minutos, conforme necessidade e disponibilidade dos entrevistados. Foi informado aos participantes que as informações deveriam ser relacionadas à especialidade de gastocirurgia.

O roteiro foi estruturado com questões que pudessem fornecer informações para cada uma das fases e etapas seguintes deste estudo: levantamento de normas e etapas do processo; elementos, desenho, oportunidades de melhoria e indicadores de desempenho, que serão detalhadas a seguir. Além disso, durante todas as etapas foram registradas informações, declaradas pelos entrevistados ou identificadas pela observação, que descrevessem situações de retrabalho, controles paralelos ou desnecessários, ações em duplicidade entre outras que pudessem indicar problemas no processo.

3.3.2.1 Etapa 1- Levantamento de normas e etapas do processo

Essa etapa consistiu no levantamento das normas que regulam o processo e na identificação das etapas que o compõem. O objetivo foi identificar as normas, os sistemas de informação utilizados, e as etapas executadas para concluir o processo. As questões do roteiro de entrevista que guiaram a coleta das informações utilizadas nessa etapa foram:

- Quais normas regulam o acesso ao hospital secundário?
- Qual sua função nesse processo?
- Quais sistemas de informação são utilizados para realizar as atividades?
- Quais etapas você executa para realizar sua função? (Detalhe como você realiza seu trabalho).

As normas identificadas, a partir das entrevistas, revisão bibliográfica e pesquisa documental foram analisadas e sumarizadas em um quadro com as informações mais relevantes: número da norma, ano, esfera de criação (federal, estadual, municipal) e sumário resumido do conteúdo. Em relação as etapas do processo, inicialmente foi elaborada uma relação das mesmas, sem a preocupação em ordená-las em uma sequência lógica. Em seguida foram agrupadas em conjuntos de etapas similares, resultando em subprocessos que integram o processo geral.

3.3.2.2 Etapa 2 - Identificar elementos do processo

Nesta etapa foram identificados os elementos essenciais dos processos: fornecedor; entrada; saída e usuário. As questões que guiaram a identificação desses elementos durante as entrevistas foram:

- Quem envia informações, recursos, para execução da etapa? (De onde vem?)
- O que é preciso para executar a etapa?
- Quais informações são insumos? (O que vem?)
- O que é produzido na etapa?
- Qual é o resultado da execução da etapa? (O que é gerado? O que sai?)
- A quem se destina o resultado da etapa?

- Quem recebe o serviço gerado? (Para onde vai?)

Na maioria das entrevistas realizadas, não foi necessário levantar essas questões aos participantes, visto que, essas informações já haviam sido fornecidas anteriormente, a partir do detalhamento de como o trabalho é realizado. No entanto, foram utilizadas como guia para confirmar se as informações necessárias para identificar os elementos do processo haviam sido fornecidas e, caso necessário, a pergunta era dirigida ao participante.

Após levantadas as informações, essas foram organizadas em um quadro conforme a técnica de documentação de processos *Supplier, Input, Process, Output, and Customer* (SIPOC), que pode ser aplicada por meio do preenchimento de um quadro com os elementos que compõem a sigla: fornecedor, entrada, processo, saída e cliente (ABPMP, 2013), ou seja, os elementos do processo. A partir dessa etapa obteve-se mais clareza em relação às interações dos processos, o que forneceu suporte para a próxima etapa, o desenho do processo.

3.3.2.3 Etapa 3 - Desenho do processo

Nesta etapa da pesquisa foi realizado o desenho do processo para acesso à gastrocirurgia das organizações de média complexidade da saúde, objetos deste estudo. Um mapa ajuda a compreender o funcionamento do processo e fornece uma visão abrangente dos seus principais componentes e do relacionamento existente entre eles (MINAS GERAIS, 2012). É uma representação gráfica utilizada para facilitar a visualização e consequentemente a identificação de oportunidades de melhoria (ABPMP, 2013). Inicialmente, os subprocessos identificados na etapa anterior, foram analisados buscando detectar uma sequência lógica entre eles que, após serem sequenciados fornecem uma visão global do processo. Em seguida foram identificados os responsáveis por cada subprocesso (pessoa, organização, sistema de informação, etc) e finalmente o desenho foi construído.

Para realizar o desenho foi utilizada a notação de modelagem de processos de negócios (*Business Process Modeling Notation* - BPMN) que é um “conjunto de padrões gráficos que especificam símbolos usados em diagramas e modelos de processos” (ABPMP, 2013). Notação também utilizada pelo Governo de Minas Gerais com o objetivo de fornecer uma linguagem padrão e diminuir a lacuna entre o mapeamento de processos e sua implementação por programas de tecnologia da informação, visto que, o BPMN também tem esse objetivo (MINAS GERAIS, 2012).

Na construção da representação gráfica foi utilizado o *software* Bizagi, ferramenta de modelagem de processos gratuita que utiliza o BPMN. Seu uso facilita o compartilhamento de arquivos de processos mapeados e é recomendado pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012). Após a construção gráfica dos processos esses foram validados em reuniões com os gestores do HERP e HEAB.

3.3.3 FASE 3 – IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA E INDICADORES DE DESEMPENHO

Esta fase consistiu em identificar oportunidades de melhoria no processo estudado buscando encontrar problemas e sugestões para resolvê-los e em identificar indicadores de desempenho que já são ou que poderão ser utilizados pelas organizações de saúde. Com isso, buscou-se alcançar os seguintes objetivos deste estudo: (1) verificar como os processos descritos podem ser otimizados e como essas melhorias podem contribuir para facilitar o acesso dos pacientes à média complexidade do SUS e, (2) analisar as informações geradas em relação aos processos, buscando identificar indicadores de desempenho.

As oportunidades de melhorias e os indicadores de desempenho foram definidos a partir de sugestões e informações fornecidas pelos envolvidos, as questões utilizadas como guia nas entrevistas que permitiram levantar essas informações foram:

- Quais problemas encontrados na execução das suas atividades diárias?
- Poderia sugerir formas de resolver esses problemas (soluções)?
- Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?

Os problemas identificados foram registrados e analisados buscando compreender seu significado e identificar se são efeitos ou se são causas geradoras, separando os problemas das suas respectivas causas. Essas informações foram sumarizadas e apresentadas num quadro cujo conteúdo descreve o problema, a causa e a sugestão de melhoria. Foram apresentados somente as melhorias sugeridas pelos envolvidos, nos casos em que não houve sugestão para um referido problema, o espaço no quadro foi deixado “em branco”. As contribuições do pesquisador para este tema serão apresentadas a partir do capítulo referente às discussões.

Os dados identificados como possíveis indicadores de desempenho foram coletados de relatórios gerados por dois sistemas de informação: o Sistema de Apoio à Regulação

Assistencial (SARA), utilizado somente no processo de acesso ao HERP e o sistema do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (módulo Athos), utilizado em ambos os processos. Esses dados, classificados como secundários, visto que foram previamente coletados, organizados em arquivos ou banco de dados (MARTINS; THEOPHILO, 2009) foram fornecidos pelos gestores das organizações de saúde envolvidas. A análise foi realizada por estatística descritiva, em que os conjuntos de dados são organizados, sumarizados e descritos por meio da construção de gráficos e tabelas (MARTINS; THEOPHILO, 2009).

As atividades de campo desenvolvidas foram apresentadas em projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), no processo CAAE: 42571714.4.0000.0065. O parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa está disponível no Anexo A e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Anexo B.

4. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados no estudo, organizados a partir das fases e etapas apresentadas anteriormente. Os resultados da análise documental (Fase 1) e do levantamento de normas (Fase 2 – Etapa 1) serão descritos conjuntamente para ambos os processos, visto que as informações encontradas nessas etapas são referentes ao processo geral: acesso a atenção secundária de saúde, no estado de São Paulo. Já os resultados das demais fases, são peculiares a cada um dos processos objetos do estudo e serão expostos separadamente: acesso à gastrocirurgia do Hospital Estadual de Ribeirão Preto e acesso à gastrocirurgia do Hospital Estadual de Américo Brasiliense.

4.1 PESQUISA DOCUMENTAL

A partir da pesquisa documental, realizada com base nas informações coletadas de relatórios gerenciais e leis (Quadro 7), foi possível obter informações preliminares do processo (Quadro 6). Identificou-se que o processo tem início na necessidade do paciente e termina no agendamento da cirurgia pelo hospital. A partir desse ponto, o paciente já passou por consulta e solicitação cirúrgica, ou seja, tornou-se paciente do referido hospital e o acesso a atenção secundária de saúde foi provido. Foi possível verificar também que as principais organizações envolvidas neste processo são as unidades básicas de saúde dos municípios, as secretarias municipais de saúde, os departamentos regionais de saúde e os hospitais estaduais. Os cargos dos envolvidos, de uma forma geral são gestores, diretores, médicos, enfermeiros e funcionários administrativos.

Objetivo	Instrumento de coleta	Fonte	Informações levantadas	
Levantamento de informações preliminares do processo	Pesquisa documental	Relatórios gerenciais e leis disponíveis em <i>Websites</i>	Nome do processo	Prover acesso à média complexidade de saúde
			Objetivo	Fornecer acesso aos serviços de média complexidade da gastrocirurgia
			Abrangência	Início: necessidade do paciente
				Fim: agendamento da cirurgia
			Unidades envolvidas	Unidade Básica de Saúde
				Secretarias Municipais de Saúde
				Departamento Regional de Saúde
				Hospital Estadual de Ribeirão Preto
				Hospital Estadual de Américo Brasiliense
			Cargos envolvidos	Gestores das organizações de saúde
				Diretores de áreas
				Médicos
				Enfermeiros
				Funcionários administrativos

Quadro 6 - Informações referentes ao processo resultado da pesquisa documental

Fonte: elaborado pela autora (2015)

No capítulo 4 serão descritos os resultados das fases 2 e 3: (2) estado atual do processo e (3) oportunidades de melhoria e indicadores de desempenho.

4.2 ESTADO ATUAL DO PROCESSO “AS-IS”, OPORTUNIDADES DE MELHORIA E INDICADORES DE DESEMPENHO

Inicialmente serão apresentados os resultados da etapa de levantamento de normas que são comuns a ambos os processos estudados. Em seguida os resultados da análise do estado atual do processo, oportunidades de melhoria e indicadores de desempenho, apresentados separadamente para cada processo: (1) Acesso ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto; (2) Acesso ao Hospital Estadual de Américo Brasiliense.

4.2.1 NORMAS QUE REGULAMENTAM O PROCESSO

As normas que regulam o processo de acesso à atenção secundária do Sistema Único de Saúde, no estado de São Paulo, incluem desde a constituição de 1988 que cria o SUS e garante a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988) até a deliberação interna da Comissão Intergestores Bipartite que aprova as Diretrizes para a Regulação da Assistência no

Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2012). São normas das esferas estaduais e federais, listadas no Quadro 7 e organizadas de forma cronológica. Algumas têm um alto grau de impacto no processo, como a Portaria 1559 de 2008 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008), outras tem um grau de impacto menor, como a Portaria 699/GM de 2006 que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006b).

Norma/Ano	Esfera de criação	Ementa
Constituição 1988	Federal	Constituição da República Federativa do Brasil - cria o SUS.
Lei n. 8.080 - 19 set. 1990	Federal	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Portaria nº 2.203, 5 nov. 1996	Federal	Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema
Portaria n. 373 - 27 fev. 2002	Federal	Aprova, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria n. 399/GM - 22 fev. 2006	Federal	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
Portaria n. 648 – 28 mar. 2006	Federal	Institui a política Nacional de Atenção Básica
Decreto n. 51.433 – 28 dez. 2006	Estadual	Cria unidade na coordenadoria de regiões de saúde, da Secretaria Estadual da saúde, altera a denominação e dispõem sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde
Portaria nº 699/GM 30 mar. 2006	Federal	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria n. 1559 – 1 ago. 2008	Federal	Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 4.279, 30 dez. 2010	Federal	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Decreto n. 56.061 – 2 de ago. 2010	Estadual	Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS e dá providências correlatas
Decreto n. 7.508 – 28 jun. 2011	Federal	Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Deliberação CIB – 6, de 8-2-2012 - Nº 27 – DOE de 09/02/12 – Seção 1 - p.24	Estadual	Aprova as Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo

Quadro 7 - Sumarização das normas que regulam o processo de acesso as organizações de saúde de média complexidade do SUS

Fonte: Adaptado do Guia “d” simplificação (BRASIL, 2006d)

Tanto o processo para acesso ao HERP quanto para acesso ao HEAB são regulados pelas normas apresentadas acima, visto que tratam-se de normas federais ou estaduais e ambos

encontram-se no estado de São Paulo. A descrição de cada processo, principais etapas realizadas pelos envolvidos, desenho, oportunidades de melhoria e indicadores de desempenho serão apresentados a seguir.

4.2.2 PROCESSO DE ACESSO AO HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO

O Hospital Estadual de Ribeirão Preto é constituído pela seguinte estrutura física (FAEPA, 2013):

- Enfermarias: 50 leitos
- Bloco Cirúrgico: 4 salas de cirurgia, 2 leitos de indução anestésica e 6 leitos de recuperação, Central de Material e esterilização.
- Salas para exames: - Imagem: 1 sala de raios X, 1 sala de ultrassom/eco; - Endoscopia, Colonoscopia e Fibroscopia: 3 salas
- Observação médica: 1 sala.
- Ambulatório: 10 consultórios, 1 sala pré-consulta (oftalmologia), 1 sala pré consulta, 1 sala de pós consulta e 02 leitos de observação.

São prestados serviços de assistência hospitalar e ambulatorial nas seguintes especialidades (FAEPA, 2013):

- Cirurgia geral
- Cirurgia pediátrica
- Cirurgia plástica
- Cirurgia vascular
- Oftalmologia,
- Proctologia
- Ortopedia,
- Gastrocirurgia
- Urologia e
- Otorrinolaringologia

A especialidade de gastrocirurgia, segundo protocolo da instituição, realiza os seguintes procedimentos: colecistectomia vídeo-laparoscópica; Herniorrafia (inguinal, umbilical e incisional); gastrostomia/jejunostomia; laparoscopia diagnostica e biopsias cutâneas e subcutâneas.

O processo formal para acesso ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto, descrito a partir das informações fornecidas nas entrevistas pelos envolvidos no processo (apresentado no método no Quadro 4), inicia-se na atenção primária da saúde dos municípios integrantes do DRS XIII, seguindo o fluxo descrito na Figura 4.

Powered by
bizagi
Modeler

Figura 4 - Fluxo para acesso ao HERP
Fonte: elaborado pela autora (2015)

A seguir serão apresentadas as etapas descritas pelos envolvidos, os elementos (fornecedor, entrada, processo, saída e clientes) levantados por meio da técnica SIPOC e o desenho do processo. Em seguida serão apresentados as oportunidades de melhoria e os indicadores de desempenho do processo levantados neste estudo.

4.2.2.1 Descrição das etapas, elementos e desenho do processo

Quando o paciente necessita de atendimento, não emergencial, ele procura uma unidade básica de saúde no seu município e agenda uma consulta com um médico da atenção básica. Caso o médico identifique que há necessidade de consulta com especialista, ele preenche uma guia de referência, que pode ser em papel ou digital, visto que, alguns municípios utilizam sistemas de informação próprios. Dos quatro municípios visitados integrantes do DRS XIII, somente o município D utilizava sistema de informação municipal que substitui as guias em

papel. No entanto, esse documento ainda é utilizado em algumas UBSs do referido município devido à ausência de estrutura de rede de internet nesses locais.

Os municípios A, C e D possuíam central de regulação instaladas nas Secretarias Municipais de Saúde, somente o B realizava as atividades de regulação na própria Unidade Básica. No primeiro caso, as guias de referência são encaminhadas à central, cuja função é qualificar, classificar o paciente e selecionar o prestador mais adequado com base em protocolos. Quando o HERP é selecionado como prestador, os dados da guia são inseridos no sistema de informação SARA (Sistema de Apoio a Regulação Assistencial), conforme as etapas relacionadas a seguir, organizadas em subprocessos. Estas etapas foram descritas pelos participantes do estudo nos municípios visitados.

UBS

- Atender o paciente
 - Agendar consulta com o clínico
 - Realizar consulta
 - Avaliar necessidade de atendimento especializado
 - Preencher guia de referência
 - Encaminhar guia de referência a central de regulação

SMS

- Regular
 - Receber guias
 - Qualificar e classificar o paciente
 - Selecionar o prestador mais adequado
 - Inserir informação da guia no SARA

No município em que não há central de regulação, as guias são encaminhadas a um profissional administrativo na própria UBS, que simplesmente transfere os dados da guia para o SARA, conforme etapas abaixo:

UBS

- Atender o paciente
 - Agendar consulta com clínico
 - Realizar consulta
 - Avaliar necessidade de atendimento especializado

- Preencher guia de referência
- Regular/encaminhar
 - Encaminhar guia de referência ao profissional responsável
 - Inserir informações da guia no SARA

Após a inserção das informações da guia de referência no SARA pelo município, o médico especialista (gastrocirurgião) do HERP acessa o sistema e realiza a triagem das guias eletrônicas. O objetivo é verificar se os pacientes estão de acordo com os protocolos do HERP e se podem ser atendidos pelo referido hospital. Quando o médico confirma a triagem, ele libera o paciente para o agendamento na especialidade, o que não significa que a consulta está agendada. Caso o médico identifique que as informações da guia são insuficientes ou que o paciente não se enquadra nos protocolos, é possível devolvê-la ao município ou encaminhá-la (via SARA) a outra especialidade ou nível de atenção. Quando a guia é devolvida, é responsabilidade do município fornecer as informações solicitadas, providenciar os exames, inseri-los na guia e solicitar nova triagem.

- Triagem no SARA
 - Acessar as guias de referência no SARA
 - Avaliar se as informações estão completas e de acordo com o protocolo do hospital (comorbidades, exames, idade, índice de massa corporal - IMC)
 - Confirmar, devolver ou encaminhar a guia

Após a confirmação da triagem, a responsabilidade pelo agendamento de consulta é do Departamento Regional de Saúde (DRS XIII). O funcionário responsável por essa função utiliza o mesmo sistema de informação, o SARA, para acessar as guias triadas e a agenda disponibilizada pelo HERP. Para determinar qual paciente terá prioridade no agendamento, são utilizados dois critérios, definidos pelo departamento: (1) prioridade no atendimento, que consta na guia e é definida pelo médico da UBS como alta, média ou baixa e, (2) data da solicitação, data que a guia foi inserida no sistema. Assim, os pacientes que possuem prioridade alta e data de solicitação mais antiga são agendados primeiro. As etapas do subprocesso “agendar consulta”, realizado no DRS XIII, estão descritas abaixo:

- Agendar consulta
 - Listar guias com prioridade alta e mais antigas
 - Selecionar o paciente
 - Acessar a agenda de consultas do HERP no SARA
 - Selecionar data e horário disponíveis e agendar.

Assim que a consulta é agendada pelo DRS XIII no SARA, o município recebe uma notificação, via sistema, com data e horário da consulta. É responsabilidade do município informar o paciente e providenciar transporte, caso ele não possua meios próprios.

No dia e horário agendados, o paciente passa por consulta na gastrocirurgia do HERP, que utiliza o sistema de informação do HCFMRP/USP (módulo Athos) para controle interno de consultas e procedimentos. Após o atendimento, o médico da especialidade avalia necessidade cirúrgica, em caso positivo, agenda-se consulta com anestesista. Quando há necessidade de exames complementares, esses são solicitados à rede (DRS e/ou município) e agendada consulta de retorno. Após a liberação anestésica a cirurgia é agendada pela central de agendamento do HERP, que entra em contato com o paciente e informa a data e horário em que o procedimento será realizado. Essas atividades são realizadas em 3 subprocessos, conforme etapas abaixo:

- Realizar consulta gastrocirurgia
 - Conversar com o paciente (anamnese)
 - Examinar o paciente
 - Analisar resultados de exames
 - Solicitar cirurgia ou exames
- Realizar consulta anestesista
 - Avaliar paciente
 - Emitir liberação anestésica
- Agendar cirurgia
 - Inserir pacientes na planilha
 - Controlar liberação anestésica
 - Inserir informações de agendamento no sistema HC

- Entrar em contato com o paciente

Após o detalhamento das etapas do processo de acesso ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto e definição de subprocessos, são apresentados os elementos do processo (fornecedor, entrada, processo, produto e cliente) no Quadro 8. De acordo com a técnica SIPOC, detalhada no método.

Fornecedor	Entrada/Insumo	Processo O que que faz com isso?	Produto O que sai?	Cliente Para onde vai?
De onde vem?	O que vem?			
Paciente/atendente UBS	Informações cadastrais paciente	Agendar consulta na UBS	Consulta agendada	Médico UBS
Cadastro e informações do paciente	Informações do paciente (sintomas); exames; conhecimento médico e protocolos clínicos	Realizar a consulta	Informações clínicas paciente/hipótese diagnóstica	Prontuário paciente
Prontuário Médico	Informações clínicas, hipótese diagnóstica e resultados exames	Solicitar vaga na atenção secundária	Guia de referência preenchida	SMS ou funcionário responsável pelo agendamento (UBS)
Guia de referência (papel ou sistema municipal)	Informações clínicas do paciente, resultados de exames, conhecimento médico, protocolos de regulação	Regular	Solicitação de agendamento (guia digital no SARA)	Médico gastrocirurgia HERP
Guia de referência SARA	Informações da guia (hipótese diagnóstica, resultados de exame e comorbidades) protocolos de regulação	Triar guias no SARA	Guia com triagem realizada	DRS XIII
Guia de referência SARA	Informações da guia: prioridade (alta, média ou baixa) e data da primeira solicitação da vaga. Informações da agenda do HERP: data e horários	Agendar consulta	Consulta agendada	Município e HERP
Paciente, exames	Informações do paciente, resultados de exames e protocolos clínicos, conhecimento médico	Realizar consulta gastrocirurgia	Solicitação de agendamento cirúrgico	Central de agendamento
Guia solicitação cirurgia	Informações da guia, conhecimento médico, protocolos	Realizar consulta anestesista	Liberação anestésica	Central de agendamento cirúrgico
Cadastro do paciente no sistema	Informações da guia, sistemas de informação, agenda centro cirúrgico	Agendar cirurgia	Cirurgia agendada	Paciente

Quadro 8 - Levantamento dos elementos do processo para acesso ao HERP (SIPOC)

Fonte: Elaborado pela autora com base em (ABPMP, 2013)

O levantamento de normas, etapas e elementos do processo guiaram a construção do desenho do processo de acesso à gastrocirurgia do HERP, apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Desenho do processo de acesso a especialidade de gastrocirurgia do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Utilizou-se a notação BPMN, conforme descrito no método, cujos objetos de fluxos (elementos gráficos) empregados estão descritos no Quadro 9.

Objetos do fluxo	Descrição
Tarefa	<p>Tarefa é uma atividade dentro de um processo, representa o trabalho realizado numa organização.</p> <p>Tarefa de usuário – realizada por um usuário com ajuda de um sistema de informação</p> <p>Tarefa de envio – realizada para envio de informação (via correio, e-mail, etc)</p>
Evento de início	Evento de início, indica onde o processo começa.
Evento de fim	Evento de fim, indica onde o processo termina
Gateways	Gateways ou decisões são os locais dentro do processo onde o fluxo de sequência pode tomar dois ou mais caminhos

Quadro 9 - Objetos de fluxos (BPMN) utilizados no desenho do processo dos processos

Fonte: Software Bizagi¹

O processo de acesso a gastrocirurgia do HERP inicia-se quando o paciente identifica necessidade de atendimento médico e se dirige à UBS de seu município para agendar consulta. A consulta é realizada por um médico do município que, ao identificar necessidade de atendimento com o especialista, preenche a guia de referência. Se o município possui central de regulação, a guia é encaminhada à central que regula o paciente e define o prestador mais adequado, se selecionado o HERP, insere-se os dados da guia no SARA. Nos municípios em que não há central de regulação, os dados da guia são inseridos no sistema por um funcionário administrativo da própria UBS.

As guias inseridas no SARA são analisadas pelos médicos especialistas (triagem) do HERP para identificar se estão de acordo com os protocolos do hospital e da especialidade. Em

¹ Software gratuito

caso positivo a triagem é confirmada, em caso negativo a guia é devolvida ao município com solicitação de exames e/ou informações, ou ainda pode ser transferida a outra especialidade, caso o médico julgue necessário.

As guias do SARA com triagem confirmada são acessadas por um funcionário do DRS XIII que as listam por ordem cronológica e prioridade. Em seguida seleciona a guia com data mais antiga e prioridade mais alta, acessa a agenda do HERP e agenda a consulta, no próprio SARA. Quando a consulta é agendada, o município recebe uma notificação e informa o paciente. Ao receber a notificação, o paciente comparece ao hospital na data e horário estabelecidos e passa por consulta.

Após examinar o paciente e analisar os resultados dos exames, o médico avalia se há necessidade cirúrgica: em caso positivo indica cirurgia e a consulta com o anestesista é agendada; caso os exames não sejam suficientes, solicita-se exames ao município ou DRS e agenda-se retorno para o paciente; caso não haja necessidade cirúrgica, referencia-se o paciente para outra especialidade e/ou complexidade, contra-referencia ao município ou dá alta. Nos casos de indicação cirúrgica, após consulta com anestesista e liberação anestésica o hospital entra em contato com o paciente e agenda cirurgia.

Os problemas e as sugestões de melhoria levantados nesse processo serão apresentados no capítulo seguinte.

4.2.2.2 Oportunidades de melhoria

Os problemas e dificuldades apontados pelos envolvidos no processo são distintos para cada organização de saúde. Por isso, os resultados dessa etapa foram descritos inicialmente relacionados aos municípios e em seguida ao DRS XIII e HERP. Alguns trechos das falas dos entrevistados foram apresentados visando ilustrar as informações apresentadas. Nos municípios, os principais pontos levantados foram em relação à dificuldade de acesso ao HERP. Nos casos em que o responsável por inserir a guia no SARA (médico ou funcionário administrativo) tem acesso aos protocolos, ele acredita que são muito rígidos e impedem que uma parcela significativa de sua demanda possa ser encaminhada ao hospital:

Temos muita dificuldade de encaminhar pacientes ao HE, os protocolos são rígidos, a maior parte dos nossos pacientes possui índice de massa corporal (IMC) mais alto que o aceito pelo hospital (médico regulador).

Muitas vezes evitamos regular o paciente para o HE devido à demora na resposta, as guias demoram a ser avaliadas e geralmente são devolvidas solicitando mais exames ou informações (médico regulador).

Já quando os envolvidos nos municípios alegam não ter conhecimento ou acesso aos protocolos do hospital, as principais reclamações são em relação à demora para conseguir vaga e a devolução das guias no SARA. Não conseguem compreender porque as guias são devolvidas e consideram que são realizados muitos questionamentos e solicitados muitos exames. Acreditam que quanto mais exames estiverem anexados à guia, independentemente de quais, maior a chance de ela ser aceita.

Anexamos exames à guia para valorizar e conseguir a vaga com mais facilidade (enfermeira UBS).

Não entendemos porque a guia é sempre devolvida solicitando mais exames, mesmo quando a guia já foi enviada bem incrementada (enfermeira UBS).

A gastrocirurgia é uma das especialidades mais demoradas, existe muita demanda e não conseguimos resolver no município (funcionário UBS).

Outra dificuldade dos municípios, levantada pelos responsáveis pela inserção das informações da guia no SARA (funcionário administrativo ou médico), foi em relação às informações das guias de referência preenchidas pelos médicos das UBS. Eles alegam que muitas guias são ilegíveis, quando em papel, e/ou incompletas, dificultando a transferência correta de informação para a guia do sistema. Além disso, quando há sistema de informação no município não há integração com o SARA e as informações devem ser transferidas manualmente de um para o outro. Outra dificuldade comum relatada por esse tipo de profissional, quando não se trata de um profissional de saúde, é a falta de liberdade de comunicação com o médico que preencheu a guia. Eles alegam não se “sentir à vontade” para informar o médico que faltam informações ou exames na guia, antes de inseri-la no SARA:

Insiro a guia no sistema mesmo sabendo que ela será devolvida, aí espero o médico triar a ficha no sistema e solicitar os exames para devolver a guia ao médico que encaminhou o paciente, porque aí a conversa é de médico para médico (funcionário administrativo UBS).

Ainda nos municípios, outro ponto levantado foi a ausência de informação em relação ao paciente depois que ele é atendido pelo HERP. Alegam ter pouco conhecimento sobre a produção do hospital (número de consultas cirurgias realizadas, municípios atendidos, etc) e que não sabem se o paciente do município passou por cirurgia, se teve seu problema resolvido ou se ainda está aguardando na fila por cirurgia. Essa é uma preocupação levantada principalmente nos municípios em que há profissionais de saúde diretamente envolvidos no processo de regulação. No entanto, um dos médicos responsáveis pelo atendimento dos pacientes na UBS, de um dos municípios visitados, alegou não ter conhecimento e nem responsabilidade em relação ao processo de encaminhamento:

Não sou responsável pelo agendamento, não sei como funciona, não posso sugerir melhorias porque não sei como funciona, minha função é resolver o problema do paciente aqui (médico UBS).

Quando o agendamento da consulta na gastrocirurgia é finalmente realizado, há outros dois problemas a serem enfrentados pelos municípios: entrar em contato com o paciente para informá-lo a data agendada e evitar que o mesmo falte a consulta. No primeiro caso, há dificuldade de contato por ausência de informações cadastrais na UBS ou por mudança de endereço ou números de telefones dos pacientes. No segundo, há pacientes que quando informados do agendamento não vão à UBS buscar a guia ou, tiram a guia, mas não vão à consulta. O absentismo é um problema constantemente levantado pelos envolvidos no processo, muitos pacientes não vão as consultas agendadas no HERP, em alguns casos alega-se que o paciente não está disposto a se deslocar do município.

Os pacientes querem que todos os problemas de saúde deles sejam resolvidos no próprio município, a maior parte reclama quando tem que se deslocar para realizar um exame ou uma consulta, principalmente quando envolve problemas de saúde menos graves (funcionário administrativo UBS).

As principais dificuldades levantadas e as respectivas sugestões de melhorias, apresentadas pelos municípios, foram sumarizadas no quadro 10.

Problema	Possíveis causas	Sugestão de melhoria
Guia incompleta e/ou ilegível	Letra ilegível Desconhecimento de protocolos	Utilizar sistemas de informação (guias informatizadas), conscientizar médicos da importância de preencher a ficha com letra legível e de acordo com protocolos
Alimentar o SARA manualmente com as informações do sistema municipal	Ausência de integração entre os sistemas de informação	Utilizar tecnologias para integrar os sistemas
Tempo gasto com envio e recebimento de guias em papel	Ausência de sistemas de informação	Implantar sistemas de informação
Rigidez dos protocolos do HERP	Ausência de recurso de suporte (Centro de Terapia Intensiva, Ambulatório Médico de Especialidades, exames)	Rever protocolos para avaliar possibilidades de flexibilizar alguns pontos.
Guias do SARA devolvidas na triagem	Desconhecimento dos protocolos	Divulgar protocolos nos municípios, conscientizar secretarias municipais de saúde sobre importância de divulgá-los exaustivamente nos municípios. HERP distribuir protocolos diretamente às UBSs.
Funcionário não informa médico que guia não está de acordo com protocolos antes de inserir no SARA	Problemas de relacionamento entre os cargos. Ausência de liberdade para trocas de informação	Determinar um profissional da saúde, com autonomia para conversar com médicos da UBS, como responsável por triar as fichas antes de inseri-la no SARA.
Ausência de informação sobre o paciente do município que passou por consulta no hospital (desfecho)	Não divulgação de relatórios aos interessados	Divulgar relatórios da produção do hospital aos municípios, criar um contato direto dos médicos dos municípios (reguladores) com os médicos da triagem do HERP.
Demora para conseguir vaga	Alta demanda. Limitação de recursos do hospital	Aumentar a oferta de vagas
Dificuldade em encontrar paciente para informar agendamento de consulta.	Cadastro desatualizados. Mudanças constantes de números de telefone.	Conscientizar pacientes e responsáveis por cadastrá-los na UBS da importância de fornecer números de telefone em que seja possível encontrá-los; informar o paciente que caso não seja encontrado perderá a consulta.
Absenteísmo: pacientes não buscam as guias na UBS com agendamento da consulta ou pacientes buscam as guias, mas não vão à consulta.	Paciente não quer viajar para resolver problemas de saúde simples. Problemas pessoais.	Conscientizar pacientes da importância de não faltar às consultas agendadas.

Quadro 10 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria dos municípios integrantes do DRS XIII
Fonte: Elaborado pela autora com base em (MINAS GERAIS, 2012)

Os principais problemas levantados pelos médicos especialistas, gestores no HERP e funcionários no DRS XIII estão sumarizados no quadro 11, no qual foram retratadas também as possíveis causas e principais sugestões de melhorias apresentadas por eles.

Problema	Possíveis causas	Sugestão de melhoria
Guias incompletas ou em desacordo com protocolos	Desconhecimentos dos protocolos	Divulgar protocolos nos municípios.
Paciente não leva resultado de exames para consulta	Falta de informação. Divulgação de informação incorreta	Solicitar que municípios orientem pacientes a levar resultados de exames para consulta
Paciente informado de que vai operar no dia da consulta	Falta de informação. Divulgação de informação incorreta	Solicitar que municípios informem pacientes de que o agendamento é referente a consulta na especialidade e não cirurgia.
Informações omitidas nas guia do SARA (ex.:comorbidades)	Desconhecimento. Facilitar agendamento da consulta.	Divulgar protocolos. Detectar e punir casos em que isso ocorre propositalmente para facilitar o agendamento.
Absenteísmo em consultas	Paciente não é informado da consulta. Ausência de transporte.	Conscientizar municípios da importância de pacientes não faltarem a consultas
Dificuldade de encontrar paciente para informar agendamento de cirurgia	Cadastro desatualizado ou errado. Mudanças constantes de números de telefones	Recepção do hospital deve atualizar os dados sempre que o paciente der entrada no hospital e conscientizá-los da importância de manter dados atualizados.
Demora para guias serem triadas no SARA	Transferência de responsabilidade sobre a fila de pacientes	Triar guias no menor tempo possível

Quadro 11 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria do HERP e DRS XIII

Fonte: Elaborado pela autora com base em (MINAS GERAIS, 2012)

Os médicos especialistas são responsáveis pela triagem das guias no SARA e pelo atendimento do paciente na consulta da gastrocirurgia, portanto as dificuldades levantadas por eles estão relacionadas a essas funções. Em relação à triagem no sistema, as dificuldades são as guias incompletas e fora dos protocolos.

Muitas guias são encaminhadas pelos municípios sem cumprir os protocolos do hospital, faltam informações sobre a doença, comorbidades e exames (médico especialista).

Em relação as consultas, os médicos alegam que os pacientes, muitas vezes, chegam sem os resultados dos exames porque acreditam que esses resultados são encaminhados diretamente do município para o hospital.

Muitos pacientes chegam para consulta sem os resultados dos exames que realizaram no município, eles acreditam que foram enviados ao hospital. Mas, mesmo que esses resultados já estivessem sido anexados na guia do SARA, quando a consulta é agendada não temos mais acesso a essas informações. Precisamos que o paciente traga os exames, quando necessários, quando isso não acontece temos que agendar retorno, não podemos indicar cirurgia (médico especialista).

Além disso, alegam que existem casos em que informações importantes são omitidas nas guias do SARA, que só são identificadas na consulta.

Algumas informações são omitidas das guias no SARA para facilitar o acesso, comorbidades por exemplo, o que pode atrasar ainda mais o acesso visto que o paciente pode ser devolvido ao município após a consulta (médico especialista).

Outra questão levantada pelos médicos é que muitos pacientes chegam ao hospital com a informação de que o agendamento era referente a cirurgia e não a consulta.

Muitos pacientes chegam para consulta com mala pronta, acreditam que já serão internados para operar, ficam muitos decepcionados quando dizemos que se trata de uma consulta e que a cirurgia será agendada posteriormente (médico especialista).

Os gestores do HERP apontaram dois problemas principais em relação ao processo de acesso, o absenteísmo e a dificuldade de entrar em contato com os pacientes para agendamento de cirurgia. No primeiro caso, há um número grande de pacientes que não comparecem às consultas agendadas, no caso da gastrocirurgia, em 2014 foram aproximadamente 14%. No segundo, os cadastros constantemente estão sem dados de contato ou com números de telefones que não existem ou que já não pertencem mais ao paciente, mesmo quando existem números de contatos para “recado” há dificuldade em encontrá-los.

Temos muita dificuldade de encontrar os pacientes para agendar cirurgia, eles mudam constantemente de número de telefone. Quando ligamos o número não existe, não atende ou já tem outro dono e quando ligamos nos números deixados para “recado”, dizem que não conhecem ou que não vão repassar o recado porque estão brigados ou algo assim (gestor).

No DRS XIII, os funcionários destacaram como dificuldade a demora para que a guia seja triada no SARA. Acreditam que as guias deveriam ser triadas no menor tempo possível pelos médicos especialistas e que isso não ocorre porque o hospital acredita que, quando a triagem é confirmada ele assume a responsabilidade pelo paciente ou pela fila.

Quando o município liga pedindo prioridade de algum caso mais urgente, só podemos agendar a consulta se a guia estiver com a triagem confirmada no SARA. Por isso é importante que as guias sejam triadas o mais rápido possível pelo médico, mesmo constando muitas guias a agendar, visto que nesse conjunto de pacientes “a triar” podem haver casos mais graves do que os que estão na lista “a agendar” (funcionário administrativo DRS XIII).

O hospital evita triar guias quando não há muitas vagas disponíveis porque pensa que quando os pacientes são triados, passam a ser responsabilidade deles, o que não é verdade (funcionário administrativo DRS XIII).

4.2.2.3 Indicadores de desempenho

Os dados relacionados ao processo de acesso ao HERP que, segundo os envolvidos, podem ser utilizados como indicadores de desempenho, são descritos e calculados a seguir.

- Tempo para triagem: número de dias transcorridos a partir da data de solicitação de pedido (quando o município insere a guia no SARA) até a data da triagem realizada pelo médico. Segundo os entrevistados do DRS XIII, quanto menor esse tempo, melhor pode ser a eficiência do subprocesso (agendar consulta) realizado por eles.

Os dados para calcular o tempo de triagem foram retirados do relatório de guias devolvidas, da especialidade de gastrocirurgia, com data de solicitação referentes a 2014, gerado pelo SARA em março de 2015. O relatório gerou 159 guias, a partir das quais foram retirados os dados para construção do gráfico Boxplot (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Tempo transcorrido a partir da solicitação até a triagem das guias no SARA.

O tempo médio decorrido até a triagem das guias é de aproximadamente 33 dias. No entanto, como pode ser observado no gráfico, o valor da mediana é 15. Ou seja, metade das guias analisadas neste estudo foram triadas pelos médicos em menos de 15 dias a partir da data de solicitação. O valor do terceiro quartil é 52, o que demonstra que 75% das guias foram triadas em menos de 52 dias. A quantidade máxima de dias decorridos até a triagem foram 122, com a exceção de dois *outliers* de 134 dias.

- Distribuição de vagas por município: no processo de acesso ao HERP não há critérios definidos para distribuição de vagas aos municípios. As consultas são agendadas por prioridade de atendimento, independente da origem do paciente. No entanto, alguns entrevistados nos municípios relataram acreditar que a distribuição relativamente proporcional dessas vagas, em relação à população, pode indicar que o processo de acesso está sendo mais eficiente e equitativo.

Segundo relatório gerado pelo sistema de informação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (módulo Athos), utilizado pelo HERP para controle de consultas, no ano de 2014

foram agendadas 1.237 consultas na gastrocirurgia, das quais 33 foram pedidos de interconsulta (PI). Os PIs são agendamentos realizados a partir de solicitações de outras especialidades do hospital, trata-se de uma demanda interna gerada por dois motivos principais: (1) o paciente está sendo acompanhado por outra especialidade e necessita também de avaliação na gastrocirurgia, ou (2) paciente passa por consulta em outra especialidade, que identifica que, por erro de diagnóstico na origem, foi encaminhado incorretamente e precisa ser transferido para a gastrocirurgia.

Para o cálculo dos indicadores de desempenho do processo estudado, os pedidos de interconsulta serão desconsiderados, visto que, se referem a usuários que tiveram acesso à gastrocirurgia por critérios diferentes dos descritos neste estudo, agendados diretamente pelo HERP e não pelo DRS XIII. Portanto, não podem ser utilizados para medir o desempenho do processo de acesso a referida especialidade a partir da atenção básica. A distribuição das consultas em relação a proporção de casos novos, pedidos de interconsulta e absenteísmo é apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Características das consultas agendadas na gastrocirurgia do HERP em 2014

HERP	Agendado	Realizado	Absenteísmo
Caso novo	1.204	1.041	13,5%
Pedido de interconsulta	33	26	21,2%
Total	1.237	1.067	13,7%

Excluindo-se os PIs (33), têm-se 1.204 consultas de casos novos agendados na gastrocirurgia do HERP em 2014. Dessas, 1.025 são referentes a pacientes oriundos do DRS XIII, 144 do DRSVIII (Franca) e 35 de outros DRSs. O detalhamento da distribuição dessas vagas é apresentado na Tabela 4.

Tabela 4– Proporção de consultas de casos novos no ambulatório de gastrocirurgia do HERP por município em 2014

Município	Consultas realizadas	
	Relativo	Absoluto
Altinópolis	4,0%	48
Barrinha	4,9%	59
Batatais	9,3%	112
Brodowski	5,3%	64
Cajuru	0,2%	2
Cassia dos Coqueiros	0,2%	3
Cravinhos	3,5%	42
Dumont	0,8%	10
Guariba	0,1%	1
Guataporá	1,4%	17
Jaboticabal	0,8%	10
Jardinópolis	6,5%	78
Luís Antônio	3,7%	44
Monte alto	0,5%	6
Pitangueiras	0,1%	1
Pontal	3,6%	43
Pradópolis	2,6%	31
Ribeirão Preto	14,3%	172
Santa Cruz da Esperança	0,7%	8
Santa Rita do Passa Quatro	1,5%	18
Santa rosa de Viterbo	4,7%	56
Santo Antônio da Alegria	2,5%	30
São Simão	4,8%	58
Serra Azul	4,9%	59
Serrana	4,2%	51
Sertãozinho	0,2%	2
DRS Franca	12,0%	144
Outros DRSs	2,9%	35
Total	100%	1.204

A partir dos dados apresentados nessa tabela foi construído o Gráfico 2 que permite melhor visualização dos dados.

Gráfico 2 - Origem dos pacientes com consulta agendada (caso novo) em 2014 na especialidade de gastrocirurgia no HERP

Observa-se que 14,3% das consultas agendadas na gastrocirurgia do HERP foram preenchidas por pacientes oriundos de Ribeirão Preto, 12% do DRS VIII (Franca), 9,3% de Batatais e 6,5% de Jardinópolis. Os demais municípios do DRS XIII e de outros DRSs ocuparam menos de 6% das vagas cada um. Comparando-se o número de agendamentos com a população (2014) de cada cidade pertencente ao DRS XIII, tem-se os valores apresentados no Gráfico 3. Como a divisão do número de consultas agendadas pelo número de habitantes gerou valores muito pequenos, esses resultados foram multiplicados por 1.000, buscando melhor visualização e compreensão dos dados. Assim, os valores gráficos representam o número de agendamentos por mil habitantes.

Gráfico 3 - Quantidade aproximada de vagas agendadas na gastrocirurgia do HERP por mil habitantes dos municípios do DRS XIII em 2014

Nota-se que Serra Azul e Santo Antônio da Alegria apresentaram os maiores valores em 2014, com 4,6 e 4,5 agendamentos por mil habitantes respectivamente. Sertãozinho encontra-se no extremo oposto, para cada mil habitantes houve 0,02 agendamento na gastrocirurgia no HERP.

- Situação após primeira consulta: o que ocorre com o paciente logo após a primeira consulta pode indicar se o processo está sendo eficiente, segundo relato de funcionários do HERP. Se o paciente tem a **cirurgia indicada na primeira consulta** isso pode indicar que ele foi encaminhado corretamente (especialidade e complexidade), se foi **agendado retorno**, pode indicar que faltam informações e/ou exames para esclarecer o diagnóstico, e se o paciente **recebeu alta**, foi **referenciado** ou **contrarreferenciado** pode indicar que ele foi encaminhado para a especialidade ou complexidade inadequada.

No Gráfico 4 são apresentadas as proporções de pacientes em cada situação após a primeira consulta (caso novo) realizada na gastrocirurgia do HERP em 2014.

Gráfico 4 - Situação dos pacientes da gastrocirurgia do HERP após a primeira consulta de casos novos em 2014.

Dos 1.041 pacientes atendidos em 2014 na gastrocirurgia do HERP (excluindo-se as faltas), 48,2% tiveram a cirurgia indicada após primeira consulta, 38,6% tiveram retorno agendado, 6,8% foram contra referenciados, 4,2% receberam alta e 1,7% foram referenciados. As situações de “alta por abandono”, “atendido”, “óbito” e “internação” abrangeram 0,1% dos pacientes cada uma.

Neste capítulo foram apresentados os resultados encontrados no processo de acesso ao HERP, no seguinte serão apresentados os resultados do processo de acesso ao HEAB.

4.2.3 PROCESSO DE ACESSO AO HOSPITAL ESTADUAL DE AMÉRICO BRASILIENSE

O HEAB é constituído por uma estrutura física mais ampla em relação ao HERP, conforme descrito a seguir (FAEPA, 2013):

- 104 leitos para internação:
 - 10 Leitos de UTI
 - 4 Semi-Intensiva
 - 34 Leitos de Cirurgia
 - 56 Leitos de Clínicos (Clínica Médica, Moléstias Infecciosas e Cuidados

Paliativos)

- 4 leitos para atendimento inicial na Sala de Estabilização Clínica
- Centro Cirúrgico
 - 3 Salas Cirúrgicas
 - 1 Sala para Cirurgias Ambulatoriais

Estão disponíveis no HEAB aproximadamente 20 tipos de recursos diagnósticos (endoscopia, colonoscopia, tomografia, mamografia, ultrassonografia, ecocardiograma etc) e são ofertadas 30 especialidades médicas, listadas no quadro 12 (FAEPA, 2013).

Especialidades clínicas	Especialidades cirúrgicas
Alergoimunologia Geral	Cirurgia Cabeça Pescoço
Anestesiologia	Cirurgia Geral
Cardiologia	Cirurgia Torácica
Dermatologia	Cirurgia Pediátrica
Reumatologia	Cirurgia Plástica
Endocrinologia	Cirurgia Vascular
Hematologia	Gastrocirurgia
Gastroenterologia	Ginecologia
Geriatria	Oftalmologia
Infectologia	Ortopedia
Nefrologia	Otorrinolaringologia
Neurologia	Proctologia
Pneumologia	Urologia
Radiologia	
Clínica Médica (geral)	
Medicina Intensiva (UTI)	
Medicina do Trabalho	

Quadro 12 - Especialidades ofertadas pelo Hospital Estadual de Américo Brasiliense.

Fonte: Relatório de atividades da Fundação de apoio ao ensino, pesquisa, e assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA, 2013)

O processo para acesso ao Hospital Estadual de Américo Brasiliense, assim como para acesso ao HERP, inicia-se na atenção primária da saúde, conforme fluxo apresentado na Figura 6. No entanto, os municípios envolvidos pertencem ao DRS III e há um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), inserido no HEAB, responsável pela realização das consultas nas especialidades.

Powered by
bizagi
Modeler

Figura 6 - Fluxo para acesso ao HEAB

Fonte: elaborado pelo autor (2015)

A seguir serão apresentadas as etapas do processo descritas pelos envolvidos, os elementos (fornecedor, entrada, processo, produto e cliente) e o desenho. Em seguida, as oportunidades de melhoria e os indicadores de desempenho.

4.2.3.1 Descrição das etapas, elementos e desenho do processo

Quando o paciente necessita de atendimento, não emergencial, ele procura a atenção básica de saúde no seu município e agenda uma consulta com o médico desse nível de atenção. Caso esse médico identifique que há necessidade de consulta com especialista, ele preenche uma guia de referência. Os quatro municípios visitados do DRS III utilizam a guia somente em papel.

A organização da regulação é peculiar a cada município visitado. Nos municípios E e F as guias de referência são preenchidas nas UBS e encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que assume a responsabilidade pela regulação dos pacientes e agendamento das consultas. As guias são encaminhadas à central, onde um funcionário organiza as guias em ordem de prioridade e data. Somente no município E há um profissional de saúde envolvido que avalia as guias e classifica o risco antes de ordená-las. Em seguida, as consultas são agendadas no sistema da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) seguindo a disponibilidade de vagas e a ordem de prioridade determinada anteriormente. Dois

dias antes da data agendada o sistema envia uma mensagem de lembrete automática para o número de celular que consta no cadastro do paciente. Conforme etapas descritas pelos envolvidos:

UBS

- Atender o paciente
 - Agendar consulta com o clínico
 - Realizar consulta
 - Avaliar necessidade de atendimento especializado
 - Preencher guia de referência
 - Encaminhar guia de referência a SMS

SMS

- Regular
 - Receber guias
 - Qualificar e/ou classificar o paciente
 - Selecionar o prestador mais adequado
 - Verificar disponibilidade de vaga no CROSS
 - Verificar agenda do AME/HEAB
 - Agendar consulta

No município G há um Centro Médico de Especialidades. Nesse caso os pacientes atendidos na UBS que necessitam de consulta com especialista são encaminhados inicialmente a esse centro para, somente depois, caso necessário, ser encaminhado ao AME/HEAB:

UBS

- Atender o paciente
 - Agendar consulta com o clínico
 - Realizar consulta
 - Avaliar necessidade de atendimento especializado
 - Agendar consulta com cirurgião geral no Centro Médico de Especialidades (via sistema municipal).

Centro Médico de Especialidades

- Atender o paciente
 - Realizar consulta
 - Avaliar possibilidade de realizar cirurgia no município
 - Agendar cirurgia no município ou preencher guia de referência e encaminhar guia à SMS

SMS

- Regular
 - Receber guias
 - Classificar guia (prioridade e tempo)
 - Verificar disponibilidade de vaga no CROSS
 - Verificar agenda do AME/HEAB
 - Agendar consulta

No município H, a UBS preenche a guia, informa à secretaria por e-mail sobre a necessidade de vaga de gastrocirurgia de média complexidade. Nesse caso, cabe à secretaria distribuir as vagas no sistema CROSS para que a própria UBS faça o agendamento, conforme etapas descritas pelos envolvidos:

UBS

- Atender o paciente
 - Agendar consulta com clínico
 - Realizar consulta
 - Avaliar necessidade de atendimento especializado
 - Preencher guia de referência
 - Enviar e-mail à Secretaria Municipal de Saúde
 - Agendar consulta no CROSS

SMS

- Distribuir vagas
 - Receber cotas via CROSS do DRS

- Organizar pedidos de consultas dos municípios por ordem de prioridade (urgência)
- Distribuir vagas via CROSS aos municípios selecionados.

Para que um município consiga agendar consulta no AME/HEAB, dois critérios devem ser atendidos: (1) ter vaga disponível (cota) para o município, na especialidade; e (2) paciente estar de acordo com protocolos do hospital e especialidade. Esses protocolos são definidos pelo Código Internacional de Doença (CID). Caso não haja vaga disponível para o município e/ou a guia de referência não esteja de acordo com os CIDs que a especialidade atende, o sistema não permite que a consulta seja agendada. As vagas são disponibilizadas mensalmente pelo HEAB ao DRS III via sistema CROSS, que as distribui aos municípios por meio de cotas. Cada município recebe uma porcentagem dessas vagas que, anteriormente era definida por pactuação e atualmente por histórico de uso.

No entanto, existe grande variabilidade no número de vagas ofertadas pelo HEAB em cada período devido a variação da disponibilidade de recursos e a demanda interna. Quando esse número é menor que o de municípios (24), as vagas são retidas pelo DRS III, que aguarda os municípios, com casos mais urgentes, entrarem em contato com o departamento. Quando a quantidade é igual ao número de municípios, o critério é a distribuição de uma cota para cada um, e quando é superior, utiliza-se o critério de proporção citada anteriormente. Ao receber a cota, o município é orientado pelo DRS III a utilizá-la o mais breve possível pois, podem haver remanejamentos caso outros municípios necessitem.

Após o agendamento da consulta realizado pelo município, esse informa o paciente e disponibiliza transporte, quando necessário. No dia e horário agendados, o paciente passa por consulta na gastrocirurgia do AME/HEAB. Após o atendimento o médico avalia necessidade cirúrgica, em caso positivo o hospital agenda consulta com anestesista. Quando são necessários exames complementares que sejam ofertados pelo HEAB esses são realizados no próprio hospital. Após a liberação anestésica a cirurgia é agendada pela central de agendamento do hospital que entra em contato com o paciente e informa a data e horário em que o procedimento será realizado. Essas atividades foram descritas pelos entrevistados conforme etapas abaixo:

- Realizar consulta gastrocirurgia (AME)
 - Conversar com o paciente (anamnese)
 - Examinar o paciente
 - Analisar exames

- Solicitar cirurgia ou exames
- Realizar consulta anestesista
 - Avaliar paciente
 - Emitir liberação anestésica
- Agendar cirurgia
 - Inserir pacientes na planilha
 - Controlar liberação anestésica
 - Inserir informações de agendamento no sistema HC
 - Entrar em contato com o paciente

Após o detalhamento das etapas do processo de acesso ao Hospital Estadual de Américo Brasiliense, é apresentado no quadro 13 os elementos do processo levantados pela técnica SIPOC.

Fornecedor De onde vem?	Entrada/Insumo O que vem?	Processo O que que faz com isso?	Produto O que sai?	Cliente Para onde vai?
Paciente/atendente UBS	Informações cadastrais paciente	Agendar consulta na UBS	Consulta agendada	Médico UBS
Cadastro e informações do paciente	Informações do paciente (sintomas); exames; conhecimento médico e protocolos clínicos	Realizar a consulta	Informações clínicas paciente/hipótese diagnóstica	Prontuário paciente
Prontuário Médico	Informações clínicas, hipótese diagnóstica e resultados exames	Solicitar vaga na atenção secundária	Guia de referência preenchida	Secretaria Municipal de Saúde
Guia de referência (papel ou sistema)	Informações clínicas do paciente, resultados dos exames, conhecimento médico, protocolos de regulação	Regular/encaminhar	Priorização de atendimento	Secretaria Municipal de Saúde
Informações de priorização de atendimento	Número de cotas disponíveis, Informações guia, Conhecimento médico, protocolos médicos e de regulação	Distribuir cotas a UBS	Cotas distribuídas	UBS
Agenda do AME/HEAB e Cota DRS	Datas disponíveis, número de vagas, informações da guia	Agendar consulta	Consulta agendada	AME/HEAB UBS Paciente
Guia de referência, dados CROSS, paciente	Informações das guias, resultados de exames e protocolos clínicos, conhecimento médico, informações paciente	Realizar consulta AME/HEAB	Solicitação de agendamento cirúrgico	Central de agendamento cirúrgico
Guia solicitação cirurgia	Informações da guia, liberação anestesista, sistemas de informação	Agendar cirurgia	Cirurgia agendada	Paciente

Quadro 13 - Levantamento dos elementos do processo para acesso ao HEAB (SIPOC)

Fonte: Elaborado pela autora com base em (ABPMP, 2013)

A partir do levantamento das etapas, definição de subprocessos e dos dados levantados por meio da técnica SIPOC, foi possível construir o desenho do processo de acesso à gastrocirurgia do Hospital Estadual de Américo Brasiliense, apresentado na Figura 7.

Figura 7 - Desenho do processo de acesso a especialidade de gastrocirurgia do Hospital Estadual de Américo Brasiliense
Fonte: Elaborado pela autora (2015)

O processo para acesso ao HEAB inicia-se quando o paciente necessita de atendimento médico, procura uma unidade básica de saúde do município e agenda uma consulta. O paciente é atendido pelo médico do município que, ao identificar necessidade de atendimento

especializado, preenche uma guia de referência e encaminha a um funcionário administrativo da UBS que encaminha a guia, ou as informações registradas na guia, à Secretaria Municipal de Saúde.

No primeiro caso, a própria secretaria regula, define prioridade, o prestador mais adequado e agenda a consulta. No segundo, somente as informações são encaminhadas à secretaria que define a prioridade de atendimento e distribui as vagas disponíveis às UBSs no sistema CROSS, a UBS que faz o agendamento no sistema e informa o paciente. Quando há um centro médico de especialidades no município, inicialmente é agendada uma consulta com um cirurgião geral que somente encaminha a guia de referência à SMS quando não é possível realizar a cirurgia no próprio município.

Esse processo é alimentado pelo processo de distribuição de cotas aos municípios realizado pelo DRS III cujo objetivo é distribuir as vagas ofertados pelo AME/HEAB aos municípios por critérios pré-definidos. Antes de realizar o agendamento, o município verifica se existe cota destinada a ele no sistema, em caso positivo agenda consulta, em caso negativo aguarda a próxima distribuição ou solicita a outro prestador.

Quando a consulta é agendada no AME/HEAB o paciente comparece ao hospital e passa por atendimento na gastrocirurgia. O médico solicita exames, se necessário, e verifica necessidade cirúrgica, em caso positivo solicita a cirurgia. Em seguida é agendado consulta com o anestesista, após a liberação anestésica o hospital entra em contato com o paciente e agenda a cirurgia. Caso o médico especialista identifique, na consulta, que o paciente não está na especialidade correta, ele encaminha para outra especialidade ou devolve (contrarreferencia) ao município.

4.2.3.2 Oportunidades de melhoria

Nos municípios integrantes do DRS III, levantou-se como problemas a baixa quantidade de vagas ofertadas pelo hospital. Principalmente nos casos em que há somente o HEAB como prestador de serviços de média complexidade, na especialidade de gastrocirurgia. Queixou-se também da perda de vagas agendadas devido ao sistema CROSS permitir alteração de consulta com até 48 horas da data agendada. Ou seja, se o paciente desmarcar a consulta com menos de dois dias de antecedência não é possível transferir a vaga para outro.

O Cross permite alteração do agendamento da consulta com até 48 horas de antecedência, ou seja, quando o paciente desmarca um dia antes (24h) eu não posso

agendar outro paciente no lugar e a gente acaba perdendo a consulta (Funcionário administrativo município).

Outros pontos levantados pelos municípios foram: guias com letra ilegível que dificultam a transferência de informação para o sistema; alto índice de faltas dos pacientes nas consultas no AME/HEAB desperdiçando as vagas que foram destinadas ao município; comunicação pouco eficiente entre as organizações municipais de saúde (UBS e SMS) e um grande número de pacientes que são devolvidos (contra-referenciados) aos municípios pelo HEAB, devido a agendamento incorreto no CROSS. Como por exemplo, quando um paciente que deveria ser encaminhado a gastroclínica é encaminhado a gastocirurgia.

Antes, quando um médico da gastocirurgia atendia um paciente e identificava que ele havia sido encaminhado para a especialidade errada, o próprio hospital remanejava o paciente internamente para a especialidade correta. Agora mudou, eles devolvem o paciente ao município. Os gestores do hospital começaram a perceber que os municípios estavam ficando mal-acostumados e encaminhando os pacientes de qualquer jeito, sem se preocupar com protocolos (funcionário administrativo do município).

No DRS III, queixou-se do alto absentismo e dos problemas de comunicação que existem com os municípios. Segundo os entrevistados, essa comunicação é dependente do “agendador”, ou seja, quando há bom relacionamento com esse ator há boa comunicação, caso contrário não. Os problemas, possíveis causas e sugestões de melhoria levantados nos municípios e no DRS III são apresentados de forma resumida no quadro 14.

Problema	Possíveis causas	Sugestão de melhoria
Baixa oferta de vagas	Alta demanda Recursos limitados	Aumento de oferta de vagas
Impossibilidade de ler informações constantes na guia de referência	Letra ilegível	Conscientizar médicos da importância de fornecer informações com letra legível. Informatizar as guias
Falta de comunicação eficiente entre organizações municipais de saúde		
Pacientes devolvidos (contra-referenciados) aos municípios pelo HEAB	Agendamento em especialidade ou complexidade errada	Possibilitar que o AME faça o agendamento as consultas no nível terciário
Absenteísmo	Paciente não é informado da consulta. Ausência de transporte. Perda de consulta: CROSS permite alteração com até 48 horas de antecedência à data da consulta	Disponibilizar transporte. Alterar o tempo mínimo permitido para alteração para 24 horas
Relacionamento com o município dependente do “agendador”	Alta rotatividade dos funcionários. Ausência de treinamento	Solicitação de treinamento. Buscar diminuir a rotatividade dos funcionários

Quadro 14 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria dos municípios e DRS III

Fonte: Elaborada pela autora com base em (MINAS GERAIS, 2012)

Um dos principais problemas levantados pelos funcionários do HEAB em relação ao processo estudado é o absentismo, eles alegam que muitos pacientes não comparecem às consultas agendadas. Outro ponto citado é que algumas guias de referência, que são levadas pelos pacientes nas consultas, apresentam CID diferente do que constava no sistema CROSS.

Quando o funcionário do município não consegue agendar consulta porque o CID que está na guia de referência preenchida pelo médico não consta no protocolo do CROSS, eles alteram o CID no sistema para conseguir agendar (funcionário hospital).

Outros pontos levantados foram a baixa participação dos municípios nos treinamentos ofertados pelo hospital e a dificuldade dos funcionários dos municípios em utilizar o sistema CROSS devido à falta de treinamento, visto que há alta rotatividade nos cargos. Há ainda problemas com reserva de vagas pelos municípios no sistema e pacientes encaminhados para especialidade ou complexidade erradas.

Algumas vezes, quando ligamos para confirmar a consulta o funcionário do posto é que atende, acontece também de o mesmo paciente estar agendado em várias especialidades

ao mesmo tempo. Quando os municípios não têm pacientes precisando e recebem cotas, colocam nomes de “laranjas” para reservar a vaga. O problema é que a alteração do agendamento no sistema só pode ser feita com 2 dias de antecedência. Aí quando não vão precisar, esquecem de cancelar e desperdiçam a vaga que poderia ser transferida a outro município (funcionário administrativo HEAB).

Assim como no HERP, o HEAB também enfrenta dificuldade para entrar em contato com o paciente para realizar o agendamento cirúrgico.

A gente perde muito tempo tentando entrar em contato com o paciente, quando a gente liga ele mudou o número ou não atende porque acha que é cobrança. Muitas vezes nos contatos de recado a pessoa que atende não conhece o paciente ou não se dispõem a informar o agendamento por problemas de relacionamento (funcionário administrativo HEAB).

As principais dificuldades levantadas no HEAB, com as possíveis causas e sugestões de melhoria foram sumarizadas no quadro 15.

Problema	Causas possíveis	Sugestão de melhoria
Pacientes com consulta agendada na especialidade errada	Desconhecimento de protocolos	Melhorar a triagem nos municípios
Municípios pouco participativos em treinamentos	Pouca divulgação dos treinamentos. Desinteresse. Informação não chega aos interessados.	Divulgar informações nos colegiados
Absenteísmo consultas	Paciente não é informado do agendamento. Ausência de transporte. Motivos pessoais.	Conscientizar pacientes da importância de não faltar às consultas, sob pena de diminuir o número de vagas ofertadas ao município. Intensificar avisos do agendamento
CID no CROSS diferente da realidade	Adequação do CID no CROSS para conseguir agendar consulta	Levar informação ao gestor municipal
Dificuldade técnicas do município para fazer agendamento no CROSS	Alta rotatividade de funcionários nos cargos nos municípios. Ausência de treinamento.	Municípios devem solicitar treinamento à CROSS. Diminuir rotatividade alterando os funcionários com cargo de confiança por concursados.
Mesmo paciente agendado para várias especialidades	Reserva de vagas com paciente “laranja”	Punir municípios com diminuição de cotas. Levar ao conhecimento do gestor municipal
Dificuldade de encontrar paciente para informar agendamento de cirurgia	Mudança de números de telefones.	Conscientizar paciente no momento do cadastro da importância de manter dados atualizados. Solicitar que a UBS entre em contato com o paciente.

Quadro 15 - Lista de problemas e oportunidades de melhoria HEAB

Fonte: Elaborada pela autora com base em (MINAS GERAIS, 2012)

4.2.3.3 Indicadores de desempenho

Os indicadores de desempenho do processo para acesso ao HEAB, são semelhantes aos identificados para o HERP: (1) Distribuição de vagas por município e (2) Situação após primeira consulta. Com exceção do “Tempo de triagem” que não pode ser considerado neste processo devido a inexistência do subprocesso “triar guias no sistema”. A seguir serão apresentados e descritos esses indicadores referentes ao ano de 2014.

Segundo relatório do sistema de informação do HERP, em 2014 foram agendadas 2.275 consultas na gastrocirurgia do HEAB, no entanto, 1.000 referem-se à demanda interna classificadas no sistema como “pedido de interconsulta” (PI). Esse tipo de agendamento foi desconsiderado no cálculo desses indicadores, visto que o objetivo é avaliar o desempenho do processo de acesso a partir da atenção básica. Nesses casos, os pacientes foram referenciados

internamente, de outras especialidades, conforme descrito no processo de acesso ao HERP. Excluindo os PIs (1.000) e as faltas referentes a casos novos registradas no período (162) tem-se 1.112 consultas de casos novos realizadas em 2014 na gastrocirurgia do HEAB (Tabela 5).

Tabela 5 - Características das consultas agendadas no HEAB em 2014

HEAB	Agendado	Realizado	Absenteísmo
Caso novo	1.274	1.112	12,7%
Pedido de interconsulta	1.000	915	8,5%
Total	2.274	2.027	10,9%

A partir desses números foram calculados os indicadores distribuição de vagas por município e situação após primeira consulta, descritos a seguir.

- Distribuição de vagas por município: no processo de acesso ao HEAB, as vagas são previamente distribuídas aos municípios por meio de cotas. Os critérios de distribuição dessas vagas não são considerados claros pelos entrevistados nos municípios, eles acreditam que deveria haver proporcionalidade na distribuição de cotas de acordo com a população dos municípios. Assim, um possível indicador de desempenho do processo é a distribuição equitativa de vagas em relação a população.

A quantidade de consultas agendadas (casos novos) por município em 2014 na especialidade de gastrocirurgia do HEAB, são apresentados na Tabela 6. Para esse indicador foi considerado o número total de consultas de casos novos agendados (1.274).

Tabela 6 - Proporção de consultas de casos novos agendados na gastrocirurgia do HEAB por município em 2014

Município	Consultas realizadas	
	Relativo	Absoluto
Américo Brasiliense	13,0%	166
Araraquara	18,1%	231
Boa Esperança do Sul	1,6%	21
Borborema	3,0%	38
Candido Rodrigues	1,0%	13
Descalvado	5,8%	74
Dobrada	1,8%	23
Dourado	4,0%	51
Gavião Peixoto	3,9%	50
Ibaté	1,3%	17
Ibitinga	3,1%	39
Itápolis	10,7%	136
Matão	8,4%	107
Motuca	3,9%	50
Nova Europa	1,6%	20
Porto Ferreira	0,5%	7
Ribeirão Bonito	0,8%	10
Rincão	4,9%	62
Santa Lúcia	3,2%	41
São Carlos	0,2%	2
Tabatinga	1,3%	16
Taquaritinga	2,6%	33
Trabiju	1,8%	23
Outros DRSs	3,5%	44
Total	100,00%	1.274

O número de consultas de casos novos em 2014 na gastrocirurgia do HEAB totaliza 1.274 agendamentos. Os municípios com maior participação dessas vagas em 2014 foram Araraquara (18,1%), Américo Brasiliense (13%) e Itápolis (10,7%). Os com menor participação foram Ribeirão Bonito (0,8%), Porto Ferreira (0,5%) e São Carlos (0,2%), conforme pode ser observado no Gráfico 5.

Gráfico 5- Origem dos pacientes com consulta agendada em 2014 na especialidade de gastrocirurgia no HEAB.

Dividindo a quantidade de vagas distribuídas, pelo número de habitantes dos municípios e multiplicando esse valor por mil obtém-se os valores apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Quantidade aproximada de vagas agendadas na gastrocirurgia do HEAB (casos novos) por mil habitantes dos municípios integrantes do DRS III.

Os municípios com maiores números proporcionais de consultas agendadas foram Trabiju, com 26,7 agendamentos por mil habitantes, Motuca 10,9 e Gavião Peixoto com 10,7. Os municípios com menor número de agendamentos por mil habitantes foram Porto Ferreira e São Carlos com 0,1 agendamentos por mil habitantes cada um.

- Situação após a primeira consulta. Assim como descrito no processo de acesso ao HERP, o que ocorre com o paciente após a primeira consulta no hospital pode indicar se o processo de acesso está sendo eficiente. Se for **indicado cirurgia** pode sugerir que o paciente foi bem regulado e está na especialidade e complexidade correta, se for agendado **retorno** pode indicar que não foi bem regulado e faltam exames ou informações para definir se é necessária cirurgia. Se recebe **alta** logo após a primeira consulta pode indicar que o paciente não está na especialidade ou complexidade adequada, ou seja, não foi bem regulado (encaminhado).

Das 1.112 consultas realizadas pela gastrocirurgia em 2014 (excluindo-se as faltas), 44,3% tiveram a cirurgia indicada na primeira consulta, 38,1% foram agendados retorno, 17,4% receberam alta e 0,2% foram internados (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Situação após primeira consulta na gastrocirurgia do HEAB em 2014

A partir dos resultados apresentados neste capítulo e das informações extraídas a partir da revisão teórica foi elaborada uma discussão que buscou identificar o alinhamento da teoria com a o que ocorre nos processos investigados.

5. DISCUSSÃO

Os processos de acesso aos hospitais estaduais de Américo Brasiliense e Ribeirão Preto, apesar de terem o mesmo objetivo: prover acesso à atenção secundária de saúde do SUS e de serem regidos pelas mesmas normas, possuem características distintas. No primeiro, há distribuição de vagas aos municípios por cotas, no segundo as consultas são agendadas pelo DRS III. Nesse caso, os agendamentos são centralizados, definidos por prioridade, independente do município de origem.

5.1 COMPARAÇÃO DOS PROCESSOS

As disparidades entre os processos devem-se, em parte, ao uso de sistemas de informação distintos para a mesma atividade: regulação assistencial (SARA no acesso ao HERP e sistema CROSS no acesso ao HEAB) e a forma de distribuição de vagas aos municípios. No entanto, o uso de sistemas de informação distintos está em desacordo com a deliberação CIB - 6 de 08/02/2012, que define que o CROSS deve ser utilizado no estado de São Paulo para oferta de serviços estaduais (SÃO PAULO, 2012). Porém, alguns gestores das organizações de saúde visitadas afirmaram, informalmente, que está em andamento a substituição do SARA pelo CROSS no acesso ao HERP.

Em relação à forma de distribuição de vagas, na configuração por cotas utilizada no processo de acesso ao HEAB, o DRS III participa como “distribuidor” de vagas, utilizando critérios definidos pelo próprio departamento. Já no acesso ao HERP, em que não há cotas pré-definidas aos municípios, o DRS XIII, no caso da gastrocirurgia, participa ativamente do processo, ordenando as guias e agendando as consultas. No primeiro, os próprios municípios agendam as consultas, no segundo eles apenas recebem as notificações dos agendamentos realizados pelo departamento.

Acredita-se que a distribuição de vagas por cotas não seja o modelo ideal para agendamento de consultas. Os critérios populacionais e de histórico de demanda, utilizados pelo DRS III, podem não refletir a real necessidade dos municípios. Seria necessário um estudo epidemiológico para conhecê-las. Além disso, países com sistemas de saúde que distribuem recursos de acordo com a demanda (mercado) e não pela necessidade alcançam piores níveis de saúde (STARFIELD, 1993).

Apesar de distintos, ambos os processos são coerentes com Política Nacional de Regulação do SUS que prevê que os estados (DRS) devem cooperar tecnicamente com os

municípios nas atividades de regulação e operacionalizar o complexo regulador regional (BRASIL, 2008). No entanto, no processo de acesso a gastrocirurgia do HERP o agendamento é centralizado pelo DRS e o hospital participa triando as guias no SARA. Nesse caso, pode haver um conflito de interesse entre a oferta e a demanda de serviços, visto que o próprio prestador (HERP) regula os pacientes que serão atendidos pelo hospital. No acesso ao HEAB, o DRS distribui as cotas aos municípios que regulam e definem, pontualmente, quais pacientes utilizarão as cotas recebidas, ou seja, possuem maior autonomia.

A partir dos resultados, observou-se que há maior participação dos profissionais de saúde no processo de acesso a gastrocirurgia do HERP, visto que a triagem da guia no SARA é realizada por um médico. O que vai ao encontro das Diretrizes para Implantação dos Complexos Reguladores, do Ministério da Saúde, que afirma que a ação regulatória deve ser realizada por um profissional de saúde (BRASIL, 2006c). No processo de acesso ao HEAB, essa participação está condicionada à estrutura de regulação definida por cada município, que muitas vezes não são executadas por médicos como define as normas de regulação.

As principais diferenças entre os processos foram sumarizadas e apresentadas no Quadro 16.

Característica	Acesso ao HERP	Acesso ao HEAB
SI utilizado para regulação	SARA	CROSS
SI utilizado para consulta no hospital	Athos (HCRP)	ERP/Athos (HCRP)
Forma de distribuição de vagas	Por prioridade e tempo (centralizado no DRS)	Cotas (distribuídas aos municípios)
Responsabilidade pelo agendamento	DRS XIII	Município
Papel do DRS no processo	Definir prioridades das guias e agendar consulta	Distribuir cotas aos municípios
Triagem online da guia	Sim	Não
Envio de mensagens automáticas do sistema para o celular dos usuários para confirmar consulta	Não	Sim

Quadro 16 - Comparação dos processos de acesso ao HERP e HEAB

As informações apresentadas de forma sintetizada deixam mais evidente que as principais diferenças dos processos estão relacionadas às características de cada sistema. O SARA permite que as guias de referências sejam preenchidas no próprio sistema e que os resultados de exames sejam anexados, o que possibilita a triagem online das guias e a centralização do agendamento no DRS. No entanto, as informações das guias são perdidas após

o agendamento da consulta no hospital, o que torna o uso do sistema restrito a atividades pontuais de regulação.

No Cross não há guia de referência online e não é possível anexar resultados de exames. No entanto, as informações permanecem armazenadas no sistema mesmo após a realização das consultas, o que permite que os municípios tenham maior acesso às informações relacionadas ao processo, inclusive às referentes aos atendimentos realizados no hospital. Essas características permitem que o município possua maior autonomia, possibilitando o recebimento de cotas. A manutenção das informações no sistema permite ainda que haja interação direta do sistema com o paciente, como o envio de mensagem para o celular com lembrete do agendamento da consulta.

Alguns problemas apontados pelos envolvidos no processo estão relacionados a essas características, no capítulo seguinte eles serão analisados buscando discutir a viabilidade das melhorias sugeridas.

5.2 ANÁLISE DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

De acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS, algumas das responsabilidades dos municípios são: viabilizar o processo de regulação do acesso fornecendo capacitação e informatização; coordenar a elaboração dos protocolos e aplicá-los e realizar e manter o cadastro dos usuários atualizados (BRASIL, 2008). No entanto, a maioria dos problemas levantados no estudo de ambos os processos estão relacionados ao não cumprimento dessas obrigações: desconhecimento dos protocolos, funcionários sem treinamento e cadastros de pacientes desatualizados. O que sugere que os municípios estão deixando de cumprir parte do seu papel para efetivação do acesso.

Os problemas levantados relacionados à baixa oferta de vagas e ao desconhecimento dos envolvidos em relação ao funcionamento do processo como um todo, corroboram com os resultados encontrados no estudo de Cecilio et al. (2012). Os autores identificaram que os principais problemas vividos pelos usuários do SUS são a dificuldade de acesso à média e alta complexidade e a sensação de impotência compartilhada do usuário com os profissionais das UBSs por considerarem que o processo de regulação não é claro. O desequilíbrio entre a oferta e demanda de vagas na atenção secundária também foi identificado nos estudos realizados por Farias et al. (2011), Spedo; Pinto; Tanaka (2010) e IPEA (2011).

No processo de acesso ao HERP, os envolvidos levantaram como dificuldade o tempo gasto com a transferência manual de informação da guia de referência de um sistema para outro

(nos casos em que há sistema de informação no município). Esse problema poderia ser solucionado se os sistemas fossem integrados. Santos e Merhy (2006) afirmam que para que a tecnologia da informação auxilie a regulação e avaliação eficiente dos serviços de saúde deve haver uma integração dos subsistemas de informação. Segundo a Organização Mundial de Saúde os sistemas de informação devem ser sensíveis às necessidades e exigências de todas as instituições envolvidas, o que pode ser alcançado pela integração dos sistemas (WHO, 2008).

Essa transferência manual de informação de um sistema para outro consiste num *handoffs* a mais no processo, que pode resultar em desconexões e diminuir sua eficiência (ABPMP, 2013). Com a integração dos sistemas essa atividade seria eliminada e haveria diminuição do número de *handoffs*, o que resultaria num processo menos vulnerável. Essa atividade pode ser eliminada porque não agrega valor, visto que contribui para aumentar o tempo e os erros do processo (ABPMP, 2013).

Apesar da necessidade de utilização de protocolos na intermediação entre a oferta e a demanda de serviços públicos de saúde constar na legislação brasileira (BRASIL, 2006c), foram levantados neste estudo muitos problemas causados por desconhecimento desses protocolos. Os principais foram agendamento de consultas em especialidades inadequadas, guias incompletas ou incorretas e consequente atraso do acesso do paciente ao serviço de saúde. Visto que, quando as guias são devolvidas no SARA ou quando o paciente é devolvido ao município após primeira consulta na gastrocirurgia, ele provavelmente terá que voltar ao início do processo (consulta na UBS) para ter a consulta agendada na especialidade ou complexidade adequada. O que corrobora com a afirmação dos autores Santos et al. (2012) de que o êxito no processo regulatório tem relação direta com a completude da informação das guias de referência.

Quando o paciente é regulado do município para a especialidade ou complexidade inadequada, no processo de acesso ao HERP inicialmente há a devolução da guia de referência via sistema de informação (SARA), sem participação física do paciente. Já no acesso ao HEAB, a devolução do paciente ocorre após a primeira consulta, uma vez que não há a etapa de triagem da guia nesse processo. O que sugere que o paciente atendido na primeira consulta no HERP tem maior possibilidade de estar na especialidade correta em relação ao paciente que passará por primeira consulta no HEAB, visto que, no primeiro há uma etapa de “verificação” (triagem) antes do paciente ir ao hospital.

Essa hipótese é reforçada pelos resultados referentes às características das consultas da gastrocirurgia de cada hospital em 2014, conforme descrito no capítulo seguinte.

5.3 ANÁLISE DOS INDICADORES DOS PROCESSOS

A maioria das consultas realizadas no HERP foram de pacientes oriundos da rede (casos novos) enquanto que no HEAB aproximadamente 50% dos pacientes atendidos tinham essa característica (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação das características das consultas agendadas na gastrocirurgia em 2014 nos HERP e HEAB

Situação dos agendamentos		Processo	
		Acesso ao HERP	Acesso ao HEAB
Consultas realizadas	Caso novo	1.041 (84,2%)	1.112 (48,9%)
	Pedido de interconsulta	26 (2,1%)	915 (40,2%)
Faltas		170 (13,7%)	247 (10,9%)
Consultas agendadas		1.237 (100%)	2.274 (100%)

O objetivo da regulação é disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário (BRASIL, 2002). A maior proporção de pedidos de interconsulta (PI) no HEAB sugere falhas no processo de regulação, pois quando o paciente é transferido de especialidade pode indicar que ele não teve a alternativa assistencial mais adequada. No entanto, não é possível afirmar qual processo é de fato mais efetivo, uma vez que não é possível identificar a proporção de PIs que se referem a transferência de especialidade e os que se referem a solicitação de avaliação de pacientes de outras especialidades.

No entanto, assumindo-se a hipótese de que a maioria dos PIs foram gerados por regulação incorreta, pode-se concluir que a regulação para acesso ao HERP está sendo mais eficiente. Essa diferença pode estar relacionada ao subprocesso de triagem, que não existe no acesso ao HEAB. O que estaria de acordo com Chircu et al. (2013) que afirmam que quando a informação passa por vários profissionais de saúde há uma chance maior de detecção e correção de falhas.

Outro resultado deste estudo que corrobora com a hipótese de que o processo de acesso ao HERP está sendo mais eficiente, é o indicador de desempenho “situação após primeira consulta”. Os dados mostram que 23,9 % dos pacientes da gastrocirurgia do HEAB atendidos em 2014 receberam alta após a primeira consulta, enquanto no HERP foram 12,7% (alta, referenciados e contrareferenciados). Os pacientes nessa situação podem ter sido mal regulados, pois, podem ter recebido alta por terem sido encaminhados a especialidade ou complexidade inadequadas.

Contudo, o fato de haver um número grande de pedidos de interconsulta no HEAB em relação ao HERP pode estar relacionado a disponibilidade de recursos em cada organização de saúde. No primeiro, há um número maior de recursos diagnóstico, o que permitem que o hospital aceite os pacientes encaminhados de forma inadequada e realize os exames internamente para posteriormente definir a especialidade. Já no segundo, esses recursos são restritos e exigem que o hospital devolva o paciente para que o município providencie os exames necessários.

Em relação ao indicador de desempenho “distribuição de vagas por município”, os resultados mostraram que em 2014 os municípios com maior população de cada DRS tiveram a maior proporção nos agendamentos de consultas da gastrocirurgia: Ribeirão Preto (14%) e Araraquara (18,1%). No entanto, ao analisar essa distribuição relacionada ao número de habitantes dos municípios, nota-se que os municípios menores tiveram um número maior de consultas por habitantes em relação aos maiores. O que leva a crer que, proporcionalmente ao número de habitantes, os municípios menores têm participação maior nas consultas da gastrocirurgia dos hospitais estudados.

Porém, esse indicador deve ser analisado com cautela, visto que, a demanda de vagas por município não foi considerada. Assim, não se sabe quais desses municípios tem participação menor nessa “distribuição” por demandar menos vagas do HERP e HEAB devido a fatores individuais como a oferta de serviços de outros prestadores de média complexidade, por exemplo.

Além disso, no acesso ao HERP, há critérios que priorizam determinados municípios: os que não possuem hospital, ou os que os hospitais existentes não proporcionam os serviços ofertados pelo HERP ou estão com a capacidade de atendimento esgotada (FAEPA, 2013). Portanto, esse indicador necessita de outras variáveis para ser analisado, como resolutividade da atenção básica, disponibilidade de prestadores de serviços de saúde, características epidemiológicas do município, entre outros. O que não desqualifica a utilização desses dados para caracterizar o processo e torná-lo mais transparente aos envolvidos. Quando os envolvidos conhecem o processo como um todo, ou seja, quando há uma visão sistêmica do mesmo, evita-se que um fator seja sobrevalorizado em detrimento de outro. Considera-se assim o conjunto complexo da interação de todos os elementos e fatores de um processo (AUMOND; LOCH; COMIN, 2012).

O número elevado de não comparecimento dos pacientes nas consultas da gastrocirurgia foi apontado como problema nos dois processos estudados. Segundo Oleskovicz et al. (2014) o absenteísmo dos usuários do SUS é um problema crônico, com um índice médio de

aproximadamente 25%. Os resultados mostram que em 2014 no ambulatório da gastrocirurgia do HERP foi registrado 13,7% e no HEAB 10,9% de taxa de absenteísmo. Apesar de se tratar de um problema que deve ser sempre minimizado, visto que gera desperdício de recursos, as taxas são inferiores à média do SUS e a registrada em outros estudos (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; PARIKH et al., 2010).

A proporção de faltas registradas na gastrocirurgia do HEAB em 2014 é menor quando comparada a do HERP no mesmo período. Essa diferença pode estar relacionada à tecnologia de envio de mensagem com lembrete de consulta para o celular do paciente, realizado automaticamente pelo sistema CROSS, que não ocorre no SARA. As causas reais dessas ausências não foram levantadas neste estudo. No entanto, acredita-se que podem estar relacionadas a problemas com transporte e comunicação nos municípios que, segundo estudo realizado por Erdmann et al. (2013), gera índice significativo de absenteísmo. Na Tabela 8 é apresentada uma comparação dos indicadores e dos recursos disponíveis nos dois hospitais estudados.

Tabela 8 - Comparação dos recursos e indicadores dos processos

Recursos e indicadores	Acesso ao HERP	Acesso ao HEAB
Número de leitos para internação	50	104
Número de leitos de UTI	0	10
Número de salas cirúrgicas	4	4
Tipos de recursos diagnósticos	6	20
Número de especialidades	10	30
Número de consultas agendadas na gastrocirurgia em 2014	1.237	2.274
Taxa de absenteísmo na gastrocirurgia em 2014	13,7%	10,9%

Nota-se diferenças significativas de recursos disponíveis nas referidas organizações de saúde. No HEAB há leitos de UTI e um maior número de especialidades e recursos diagnósticos disponíveis. O que pode justificar algumas diferenças encontradas, como a elevada proporção de pedidos de interconsulta no HEAB, visto que uma estrutura com mais recursos possibilita maior flexibilidade de remanejamento interno de pacientes.

A partir do desenho dos processos foi possível identificar o fluxo de informação e de usuários no processo de acesso aos dois hospitais estudados. Agregando essas informações às coletadas na pesquisa documental foi possível analisar os processos conforme os normativos do SUS. Com o levantamento dos problemas enfrentados pelos envolvidos e de indicadores de

desempenho, foi possível identificar oportunidades de melhoria. Assim, o objetivo principal do presente estudo pôde ser alcançado: identificar o fluxo de informação e de usuários para acesso à atenção secundária da saúde buscando analisar segundo normativos do SUS e detectar oportunidades de melhoria. No entanto, algumas limitações foram encontradas durante a execução da pesquisa de campo, detalhadas no capítulo seguinte.

5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em relação à coleta de dados, houve dificuldade para agendar entrevistas com os envolvidos. Algumas cidades exigiam que a solicitação de aceite da pesquisa fosse protocolada pessoalmente na secretaria de saúde do município. Após protocolar, caso houvesse alguma mudança a ser realizada nos documentos, essas deveriam ser feitas pessoalmente, ou seja, muitas viagens deveriam ser feitas ao município antes do aceite, que poderia não ser concedido.

Nas cidades de menor porte a dificuldade consistiu em identificar os envolvidos para agendar entrevistas, sendo muitas vezes necessário descolar-se ao município sem agendamento prévio. Algumas organizações de saúde apresentaram muitos empecilhos para aceitar participar do estudo, o que exigiu persistência para conseguir realizar as entrevistas necessárias ao estudo.

Outra limitação foi a análise do processo ser realizada por uma única pessoa, o que pode resultar numa análise enviesada da realidade (ABPMP, 2013). No entanto, a etapa de validação dos dados pode amenizar possíveis vieses, visto que, os envolvidos participam de forma indireta dessa análise e podem identificar possíveis distorções da realidade.

A realização de observação de forma sistemática, como estava previsto inicialmente, não foi possível devido à individualidade das atividades executadas por cada envolvido. Poucas interações entre os envolvidos são visíveis somente pela observação sem haver interação entre o pesquisador e os envolvidos. Além disso, muitas vezes os espaços físicos eram reduzidos, salas pequenas com poucas mesas e computadores com um número reduzido de pessoas, fazendo com que a presença do observador mudasse a rotina do trabalho.

Foram identificados acordos informais entre as organizações de saúde, que não podem ser generalizados por possuírem peculiaridades individuais. Os acordos detectados que não influenciaram de forma significativa na dinâmica do processo foram ignorados na construção deste estudo. Esses acordos não serão descritos buscando evitar que os municípios participantes sejam identificados.

Pretendia-se que houvesse participação de uma UBS em cada município e de todas as secretarias de saúde envolvidas diretamente no processo. No entanto, em alguns municípios,

mesmo após a concessão do aceite, não foi concedida autorização para realizar entrevistas na UBS e na SMS em tempo hábil para finalização do projeto. Portanto em alguns municípios houve participação de uma ou outra organização de saúde e não de ambas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E AGENDA DE PESQUISA

O estudo permitiu alcançar o objetivo proposto de identificar o fluxo de informação e de usuários para acesso à atenção secundária da saúde e oportunidades de melhoria, o que foi possível por meio dos quatro objetivos específicos apresentados.

O processo de acesso ao HERP e HEAB apresentam pontos que estão em conformidade com as políticas públicas que o rege, como a cooperação do estado nas atividades de regulação. No entanto, há pontos que estão em desacordo, como a não utilização do sistema CROSS para atividades de regulação no estado de São Paulo e o não cumprimento de obrigações dos municípios para efetivação do acesso. Portanto, devem ser desenvolvidas ações para que haja um alinhamento da estruturação efetiva dos processos com as leis e normas que o regulam.

Os processos estudados são semelhantes e possuem o mesmo objetivo, porém apresentam uma diferença marcante na forma de distribuição de vagas. No processo de acesso do HERP há uma etapa a mais de triagem realizada pelo hospital e o DRS agenda a consulta. No acesso ao HEAB, o DRS recebe as vagas e as distribui aos municípios, que efetuam o agendamento. Dessa forma, no primeiro caso os municípios exercem pouco controle sobre o agendamento enquanto que no segundo detém total controle sobre as cotas recebidas. Ou seja, há maior autonomia para os municípios no acesso ao HEAB. A otimização dos processos estudados pode ser alcançada a partir da implantação das sugestões de melhorias apresentadas nesse estudo: informatização e integração dos sistemas existentes; divulgação e adesão aos protocolos pelos municípios; manter cadastro de usuários atualizado; melhorar a triagem realizada nos municípios, entre outros. Dessa forma, o acesso dos usuários aos serviços desses hospitais poderia ser mais efetivo, com menos tempo de espera e maior acesso a informação.

Em relação aos indicadores, os que foram identificados neste estudo podem auxiliar na medição do desempenho e comparação dos processos. No entanto, para que sejam efetivamente utilizados para esse fim é necessário um estudo mais amplo envolvendo outras variáveis relacionadas ao processo.

Para contribuir com o desenvolvimento de estudos futuros relacionados ao tema foi elaborada uma agenda de pesquisa com pontos considerados relevantes:

- Selecionar os municípios com maior número de faltas, proporcional ao número de vagas agendadas, e investigar os motivos dessas faltas buscando identificar falhas nos processos.

- Entrevistar os usuários do Sistema Único de Saúde com questões relacionadas a problemas, dificuldades encontradas no processo e oportunidades de melhoria. Uma vez que na análise de processos deve-se obter informações referentes a integração com os “clientes”: necessidades, reclamações e expectativas em relação ao processo (ABPMP, 2013).
- Analisar as sugestões de melhorias e avaliar como elas podem ser implementadas.
- Analisar os custos e tempo médio gasto no processo buscando identificar gargalos.
- Selecionar um número de usuários e acompanhar o percurso realizado, calculando o tempo gasto desde a primeira consulta na UBS até o agendamento da cirurgia buscando identificar gargalos e eliminar *handoffs*.
- Analisar as guias de referência devolvidas no sistema SARA buscando identificar as causas de devolução, relacionando com problemas de processos.

De uma forma geral, os resultados alcançados no presente estudo contribuem para tornar os processos estudados mais claros aos envolvidos, inclusive aos usuários do SUS. As sugestões de melhoria apresentadas podem ser úteis aos gestores de outras organizações de saúde que enfrentem problemas semelhantes. Assim como os indicadores propostos que podem ser utilizados para medir o desempenho de processos semelhantes.

REFERÊNCIAS²

- ABOUZAHAR, C.; BOERMA, T. H. **Health information system**: the foundations of public health. Bulletin of the World Health Organization v. 83, n.8, p.578-583, 2005.
- AGUILAR-SAVÉN, R. S. Business process modelling: review and framework. **International Journal of Production Economics**, v. 90, n.2, p. 129-149, 2004.
- ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS – BRASIL (ABPMP). **BPM CBOK Guia para o gerenciamento de processos de negócio**: corpo comum de conhecimento. 1 ed., 2013.
- AUMOND, J. J.; LOCH, C.; COMIN, J. J. Abordagem sistêmica e o uso de modelos para recuperação de áreas degradadas. **Revista Árvore**, Viçosa-MG, v.36, n.6, p.1099-1118, 2012.
- BADUY, R. S. et. al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, Rio de Janeiro, 2011.
- BAUAMRANE, M. M. et al. **Using Process-Mapping to Design Integrated Health Information Management Systems**. In: INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON COMPUTER-BASED MEDICAL SYSTEM (CBMS), 24, 2011, Bristol, United Kingdom, Proceedings of the 2011 24th International Symposium on Computer-Based Medical Systems, 2011, p. 1-6.
- BECKER, J.; et al. **Optimizing US health care processes**: a case study in Business process management. In: AMERICAS CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS, 13., 2007, Keystone. Proceedings of the Thirteenth Americas Conference on Information Systems, Keystone, Colorado, USA. August 09th-12th 2007.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.
- BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1977.
- BITKOWSKA, A. The orientation of business process management toward the Creation of knowledge in enterprises. **Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries**, v. 25, n.1, p. 43–57, 2015.
- BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.44-60, 2008
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma operacional da assistência à saúde/SUS – NOAS-SUS 01/02, 2002. Disponível em:

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> acesso em: 18 fev. 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política nacional de informação e informática em saúde: Proposta Versão 2.0.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf> Acesso em: 12 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série Pactos pela saúde volume, 6).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> acesso em: 12 de fevereiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Institui a política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, mar 2006a

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Guia D simplificação.** 2. ed. Brasília, 2006d. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/Tecnologias/pasta.2010-04-26.1767784009>. Acesso em: 12 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Regulação em Saúde.** Brasília: CONASS, 2011b (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10).

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 jun. 2011a. Seção 1, p.1.

_____. Ministério da Saúde. Comitê de informação e informática em saúde (CIINFO). **Política nacional de informação e informática em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BURLTON, R. Concretização da estratégia de negócios pela gestão de processos. In: BROCKE, J. V.; ROSEMAN, M. **Manual de BPM: Gestão de processos de negócio.** Porto Alegre: Bookman, 2013. cap. 10, p. 205-238

CANNAVACCIUOLO, L. et al. An activity-based costing approach for detecting inefficiencies of healthcare processes. **Business Process Management Journal**. v. 21, n. 1, pp. 55-79, 2015.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CHIAVENATO, I. **Introdução a teoria geral da administração**. 9 ed. São Paulo: Manole, 2014.

CHIRCU, A. M. et al. Medication errors, handoff processes and information quality: a community hospital case study. **Business Process Management Journal**, v. 19, n. 2, p. 201-216, 2013.

COHEN, M. D.; HILLIGOSS, P. B. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in a extensive review. **Quality & Safety in Health Care**, v.19, p.493-497, 2010

DALLORA, M. E. L. V. et al. Atenção a saúde informatizada: da regulação ao consultório. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (CBIS), 11, 2008, Campos do Jordão. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/985.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014

DONAIRES, O. S. Uso combinado de metodologias sistêmicas: uma abordagem para lidar com situações-problema em cenários complexos de gerenciamento de organizações. In: Congresso Brasileiro de Sistemas, 8, 2012, Poços de Caldas. **Revista Gestão & Conhecimento**. Edição especial, nov. 2012. Disponível em http://www.pucpcaldas.br/graduacao/administracao/revista/artigos/esp1_8cbs/artigos_8cbs_2012.html. Acesso em: 24 set. 2014.

EMANUEL, E. et. al. A Systemic approach to containing health care spending. **The New England Journal of Medicine**. v. 367, n.10, p. 949- 954, 2012.

ERDMANN, A. L., Andrade S.R., Mello A.L.S.F., Drago L.C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, número especial 1, jan.-fev. 2013

FARIAS, S. F. et. al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl., p.11043-11053, 2011.

FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO, PESQUISA E ASSISTÊNCIA (FAEPA). **Relatório de Atividades 2013**. 2013. Disponível em: http://www.faepe.br/Html/Relatorio_atividades.asp. Acesso em: 9 set. 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GONÇALVES, P.D.; HAGENBEEK, M. L.; VISSERS, J. M. H. Hospital process orientation from an operations management perspective: development of a measurement tool and practical testing in three ophthalmic practices. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 475, p. 1-14, 2013.

HAMMER, M. O que é gestão de processos de negócios. In: BROCKE, J. V.; ROSEMAN, M. **Manual de BPM: Gestão de processos de negócio**. Porto Alegre: Bookman, 2013.

HAUX, R. Health information systems – past, presente, future. **International Journal of Medical Informatics**, Irlanda v.75, n.3, p. 268-281, Mar. 2006.

HOSPITAL ESTADUAL DE AMÉRICO BRASILIENSE (HEAB). Institucional: A história do hospital de Américo Brasiliense. 2015. Disponível em: <<http://www.heab.fmrp.usp.br/informacao.aspx?id=289&ref=10&refV=52>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO (HERP). Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/upload%5CHospital%20Estadual%20de%20Ribeir%C3%A3o%20Preto.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015

HOUY, C; FETTKE, P; LOOS, P. Empirical research in business process management – analysis of an emerging field of research. **Business Process Management Journal**. v. 16, n. 4, p. 619-661, 2010.

HSIAO, W. C. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**. v. 26, n. 4, p. 950-961, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>. Acesso em: 10 dez. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde**. Brasília: Governo Federal, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2011.

KAINE, G.; COWAN, L. Using General Systems Theory to understand how farmers manage Variability. **Systems Research and Behavioral Science**. v. 28, n. 3, p. 231-244, 2011.

LACERDA, R. T. O. et al. A constructivist approach to manage business process as a dynamic capability. **Knowledge and Process Management**. v. 21, n. 1, p. 54-66, 2014.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LENZ, R; REICHERT, M. IT support for healthcare processes-premises, challenges, perspectives. **Data & Knowledge Engineering**, v. 61, n. 1, p. 39–58, 2007.

LEU, J. D., HUANG, Y. T. An application of business process method to the clinical efficiency of hospital. **Journal of Medical Systems**, v. 35 n. 3, p. 409-421, 2011.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s42-s57, 2008. Suplemento 1.

MANFREDA, A. et al. Absorptive capacity as a precondition for business process improvement. **Journal of Computer Information Systems**, v. 54, n. 2, p. 35-43, 2014.

MARTINELLI, D. P. Negociação, administração e sistemas: três níveis a serem inter-relacionados. **Revista de Administração**. São Paulo, v.41, n.4, p.353-368, out./dez. 2006

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da Investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009

MELLIFONT, D.; BARR, N.; DUNN, P. A systems approach to learning, practice and reflection in emergency primary health care: Student perspectives. **Australasian Journal of Paramedicine**, v. 11, n. 3, 2014.

MELO, R. J. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde**: os discursos ideo-políticos do ministério da saúde. Vitória, 2009. 209f. Dissertação (Mestrado em política social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

MENDES, E. V. As Redes de atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 15 n.5. p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011. 549 p.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. **A política de Regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços saúde, 12).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. **Guia para melhoria de processos do Governo de Minas Gerais**, versão 2.0, caderno 1. Minas Gerais, 2012. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/103-menu-principal/publicacoes/metodologias/951-guia-para-a-melhoria-de-processos-no-governo-de-minas-gerais-caderno-1>. Acesso em: 19 set. 2014.

MORAIS, R. M.; COSTA, A. L. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n.3, p.767-793, 2014.

NIEHAVES, B. et al. BPM capability development: a matter of contingencies. **Business Process Management Journal**, v. 20, n. 1, p. 90-106, 2014.

OLESKOVICZ, M. et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p.1009-1017, 2014.

PARIKH, A. et al. The Effectiveness of Outpatient Appointment Reminder Systems in Reducing No-Show Rates. **The American Journal of Medicine**, v. 123, n. 6, p. 542-548, 2010.

PRATES, G. A.; OSPINA, M. T. Tecnologia da informação em pequenas empresas: fatores de êxito, restrições e benefícios. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 9-26, 2004.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

REBUGE, A.; FERREIRA, D. R. Business process analysis in healthcare environments: a methodology based on process mining. **Information Systems**, v. 37, n. 2, p. 99-116, 2012.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, J. S. et. al. **Protocolos clínicos e de regulação**: acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Decreto n. 51.433, de 28 de dezembro de 2006**. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. 2006. Disponível em: <http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/5aeda0f13cd3be5f83256c1e00423b1d/e5b7ab582d1e274d032572580066630c?OpenDocument>. Acesso em: 06 abr. 2015.

_____. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS e dá providências correlatas. **Diário oficial da união**, Brasília, DF, 2010.

_____. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB – 6, de 8-2-2012. **Diário oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 09 fev. 2012. n. 27, Seção 1 - p.24. Disponível em: <http://homologacaoportal.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>. Acesso em: 08 set. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do estado de São Paulo. **Regionais de saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em: 06 abr. 2015.

SILVA, S. O. Pensamento sistêmico e gestão por processos: uma revisão sistemática. **Revista Gestão & Conhecimento**, Poços de Caldas, p. 367-384, nov. 2012. Edição especial. Anais do 8ª Congresso Brasileiro de Sistemas, 2012, Poços de Caldas.

SPANYI, A. Business process management governace. In: BROCKE, J. V.; ROSEMANN, M. **Handbook on Business Process Management 2**: strategic alignment, governance, people and culture. Berlin: Springer, 2010.

SPEDO, M. S.; PINTO, N. R. S. P.; TANAKA, Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. Primary care. **J Ambulatory Care Manage**, v. 16, n. 4, p.27-37, 1993.

TEIXEIRA, H. J.; SALOMÃO, S. M.; TEIXEIRA, C. J. **Fundamentos de administração: a busca do essencial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

THAINES, G. H. L. S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 18, n. 3, p. 466-474, jul-set. 2009.

TRKMAN, P. The Critical Success Factors of Business Process Management. **International Journal of Information Management**, v. 30, n.2, p. 125-134, 2010.

TRKMAN, P. et al. From business process management to customer process management. **Business Process Management Journal**. v. 21, n. 2, p. 250-266, 2015.

VALLE, R.; OLIVEIRA, S. B. (Orgs.). **Análise e modelagem de processos de negócio: foco na notação BPMN (Business Process Modeling Notation)**. São Paulo: Atlas, 2009.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

VLCEK, P. Process analysis as an optimalization support in public administration. In. WSEAS INTERNATIONAL CONFERENCE ON DATA NETWORKS, COMMUNICATIONS, COMPUTERS, 9., 2010, Wisconsin. Proceedings of the 9th WSEAS international conference on data networks, communications, computers. Wisconsin, USA, 2010, p. 157-161.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Country health information systems: a review of the current situation and trends**. Suíça, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health information systems development and strengthening** – Guidance and needs assessment for national health information systems development. Department of Organization of Health Services Delivery. Africa, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Framework and standards for country health information systems**. Health Metrics Network. Suíça, 2008.

YARMOHAMMADIAN, M. H.; EBRAHIMPOUR, H.; DOOSTY, F.. Improvement of hospital processes through business process management in Qaem Teaching Hospital: A work in progress. **Journal of Education and Health Promotion**. v. 3, n. 111, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Brookman, 2010.

APÊNDICE – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questões	Fases da pesquisa
1. Quais normas regulam o acesso aos hospitais secundários? 2. Qual sua função nesse processo? 3. Quais sistemas de informação são utilizados para realizar as atividades? 4. Quais etapas você executa para realizar sua função?	Levantamento de normas e etapas do processo
5. Quem envia informações, recursos, para execução da etapa? (De onde vem?) 6. O que é preciso para executar a etapa? 7. Quais informações são insumos? (O que vem?) 8. O que é produzido na etapa? 9. Qual é o resultado da execução da etapa? (O que é gerado? O que sai?) 10. A quem se destina o resultado da etapa? 11. Quem recebe o serviço gerado? (Para onde vai?)	Identificação dos elementos do processo
12. Quais problemas encontrados na execução das suas atividades diárias? 13. Poderia sugerir formas de resolver esses problemas (soluções)?	Identificação dos problemas e sugestões de melhoria
14. Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?	Identificação de medidas de desempenho

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FMUSP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade

Pesquisador: Gabriela Souza Assis Ferrelra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42571714.4.0000.0065

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.069.396

Data da Relatoria: 18/03/2015

Apresentação do Projeto:

De acordo

Objetivo da Pesquisa:

De acordo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há óbice ético

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há óbice ético

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há óbice ético

Recomendações:

Nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: FACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.069.396

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 19 de Maio de 2015

Assinado por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
 _____ nacionalidade: _____ idade _____ estado civil _____,
 profissão _____ endereço _____
 _____ RG _____ estou sendo convidado a participar

de um estudo denominado “O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade”, cujos objetivos e justificativas são: é identificar o fluxo de informação e de usuários para acesso à atenção secundária da saúde buscando identificar oportunidades de melhoria.

A minha participação no referido estudo será no sentido de fornecer informações sobre o processo e descrever as atividades desenvolvidas durante a execução da minha função. Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: identificar melhorias que possam ser implementadas no processo de realização das minhas atividades diárias e instituição em que trabalho.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, pode-se esperar resultados diferentes do previsto inicialmente e não serem identificadas melhorias no processo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Gabriela Souza Assis Ferreira e André Lucirton Costa, pesquisadores vinculados à Faculdade de economia, administração e contabilidade de Ribeirão Preto – FEARP/USP.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____.

 Assinatura do Participante da Pesquisa

 Assinatura do Pesquisador (a)