

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

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

Gabriela Souza Assis Ferreira

**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.

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, 2014.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP Universidade de São Paulo, 2014. Área de concentração: administração de organizações

Orientador: COSTA, André Lucirton.

1.Regulação Assistencial. 2. Atenção secundária da saúde. 3. *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 parcial 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: _____

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. 44f. 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, buscando adequar à complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos. No entanto, pode-se afirmar que este processo, está cumprindo seu papel? O objetivo dessa pesquisa é analisar o processo de acesso à atenção secundária da saúde coordenado pela regulação assistencial. O foco desse estudo será o acesso à especialidade médica de gastrocirurgia dos dois hospitais secundários integrantes do complexo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Serão realizadas entrevistas com gestores, médicos e demais profissionais envolvidos no processo, além de observação e validação em grupo. A partir das informações coletadas será construído um mapa dos processos utilizando o software Bizagi e a notação de modelagem de processos de negócios (BPMN). Após a descrição e análise, será verificado como os processos descritos podem ser otimizados e como possíveis melhorias podem contribuir para facilitar o acesso dos pacientes à média complexidade do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Regulação Assistencial; Atenção Secundária da Saúde; *Business Process Management*.

Sumário

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	6
1.1.OBJETIVO GERAL	8
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
2. REGULAÇÃO, PROCESSOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	9
2.1.REGULAÇÃO EM SAÚDE	9
2.1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	9
2.1.2 DIMENSÕES DA REGULAÇÃO EM SAÚDE	10
2.1.3 COMPLEXOS REGULADORES	12
2.2 ABORDAGEM SISTÊMICA, GESTÃO POR PROCESSOS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	14
2.2.1 A ABORDAGEM SISTÊMICA.....	14
2.2.2 GESTÃO POR PROCESSO.....	16
2.2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E PROCESSOS.....	19
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	21
3.2 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS OBJETOS DA PESQUISA	22
3.3 DETALHAMENTO DAS FASES E ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO	24
3.3.1 FASE 1 - PLANEJAMENTO	25
3.3.2 FASE 2 – MAPEAMENTO.....	27
3.3.3 FASE 3 – ANÁLISE E MELHORIA DOS PROCESSOS.....	32
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	36
5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

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, 1990).

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, 2011b).

As consultas e procedimentos especializados formam a atenção secundária da saúde, que exerce função indispensável na resolubilidade e integralidade do cuidado (ERDMANN et al, 2013). 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, 2010).

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. Segundo os 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, este 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 se a regulação assistencial está cumprindo sua finalidade de melhorar o acesso dos usuários ao sistema de saúde pois, nota-se que não há um equilíbrio entre a oferta e a demanda dos serviços na 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 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. Quando um processo está bem definido ele produz resultados previsíveis e passíveis de repetição, além de auxiliar a detectar oportunidades de melhoria (BAUAMRANE et. al, 2011) (HAMMER, 2013).

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. Na saúde, a utilização dessa tecnologia permite ainda uma melhor integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção (AGUILAR-SAVÉN, 2004) (ERDMANN et. al, 2013).

O presente estudo foi iniciado pela revisão da literatura com temas que proveram a base teórica desta pesquisa e em seguida, foi realizado uma pesquisa de campo que buscou compreender o processo de acesso à atenção secundária da saúde. Os objetivos deste estudo serão detalhados a seguir.

1.1.OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é identificar o fluxo de informação e de usuários para acesso à atenção secundária da saúde.

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. 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) (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

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 Unidades Básicas 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, 2006c, 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. 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, 2006c, p. 2) (MENDES, 2011).

Esse conjunto de ações e serviços, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência à saúde e articulados em níveis de complexidade crescente, é denominado Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011b). 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 (BRASIL, 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 abaixo (Figura 1)

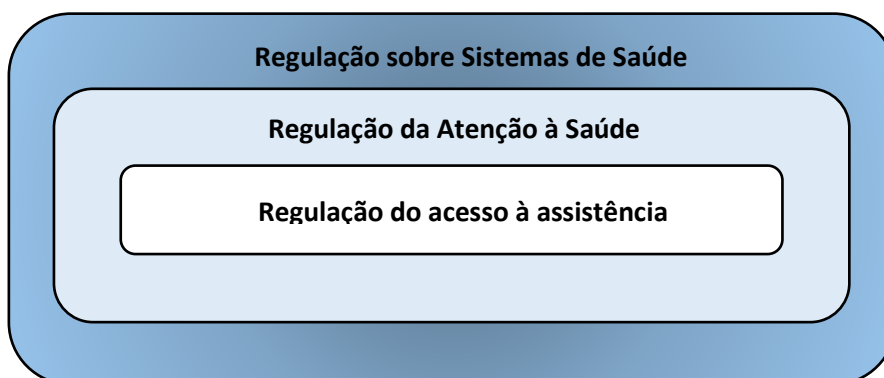


Figura 1 – Dimensões da regulação em saúde
Fonte: (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006)

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 estes” (BRASIL, 2006b) e 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 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).

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 eles 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) (BRASIL, 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 referencia 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, 2006a)

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, 2006a, 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, 2006a).

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 encontram-se 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. Por isso, a seguir serão apresentadas teorias relacionadas a abordagem sistêmica, processos e sistemas de informação uma

vez que trata-se 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, 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 (CHIAVENATO, 2014) (TEIXEIRA; SALOMÃO; TEIXEIRA, 2010) (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, onde 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. As organizações são formadas por subsistemas que interagem entre si e com o ambiente externo realizando troca de informações de forma intensa (BERTALANFFY, 1977) (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 nesta visão holística abordada pela visão sistêmica, surge uma nova 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 BPM (Business Process Management) (ABPMP, 2013), que será detalhada no capítulo a seguir.

2.2.2 GESTÃO POR PROCESSO

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

2.2.2.1 BPM – *BUSINESS PROCESS MANAGEMENT*

Um processo pode ser definido como “uma agregação de atividades e comportamentos executados por humanos ou máquinas para alcançar um ou mais resultados”, 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 p.35). 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.

Gestão de processos de negócios ou BPM (*Business Process Management*) é uma abordagem que surgiu da fusão de duas outras relacionadas a 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, tem 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).

Os pontos do processo onde a informação ou trabalho é transferido, passando de uma função para outra, são chamados de *handoffs*, a vulnerabilidade do processo diminui com a redução do número de *handoffs*, visto que quanto maior o número de transferências de informação ou trabalho maior a chance de ocorrerem erros (ABPMP, 2013). No entanto, esses pontos de transferência são fontes das maiores oportunidades de melhoria dos processos (SPANYI, 2010).

O BPM traz muitos benefícios para as organizações pois 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). 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.

Muitas organizações estão obtendo muitos 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. Na administração pública, o BPM pode apoiar iniciativas para melhorar a eficiência e eficácia da gestão de custos (HAMMER, 2013) (HOUY; FEETKE; LOOS, 2010).

Essa 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 leva-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). Na abordagem de BPM tem-se o objetivo de eliminar atividades que não agregam valor e conseqüentemente, geram desperdício, para isso as atividades são classificadas em atividades que agregam valor, que não agregam valor e controle (CHIRCU et al., 2013).

No setor de saúde a utilização 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 pela melhoria da competitividade do serviço (HOUY; FEETKE; LOOS, 2010). Por isso, nas empresas de serviços de utilidade pública, como as organizações de saúde, 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).

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.

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 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) (ABOUZHR; BOERMA, 2005).

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 que podem fornecer informações úteis após serem organizados e analisados (THAINES et al, 2009) (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 de saúde (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. 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 (WHO, 2008) (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, 2011a).

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. 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.

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, 2011a).

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 (BRASIL, 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.

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, nas bases de dados Scopus, *Web of Knowledge*, Scielo e Pubmed, cujo objetivo foi compreender, explicar e discutir temas com base em referência publicadas em periódicos, livros, anais de congresso, etc. (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Foram pesquisados temas que possam fornecer suporte teórico para o estudo e que permitam alcançar um dos objetivos da pesquisa, que é 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 que possam ser úteis na continuidade do estudo. Em seguida será realiza 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 alguns 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 dos mesmos e identificar oportunidades de melhorias.

Quanto a natureza do método, a presente pesquisa é classificada como qualitativa, uma vez que não serão utilizadas ferramentas estatísticas e não é pretendido numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. Além disso, esse é o método mais adequado para analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos (RICHARDSON, 1999).

3.2 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS OBJETOS DA PESQUISA

Para a realização deste estudo, foi analisado o processo para acesso dos usuários 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.

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), com o objetivo de operacionalizar a gestão e a execução das ações e serviços de saúde de complexidade secundária (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, Guatapará, 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	Guatapar	Pradópolis	Serra Azul
Brodowski	Jaboticabal	Ribeirão Preto	Serrana
Cajuru	Jardinópolis	Santa Cruz da Esperança	Sertãozinho
Cássia dos Coqueiros	Luís Antnio	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

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  responsável por atender os usuários dos 24 municípios integrantes da 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 modernizao 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  gestão da FAEPA e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto a partir de agosto de 2010 (HEAB, 2015).

Américo brasiliense	Dobrada	Mato	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 (2014)

O acesso à especialidade de Gastrocirurgia dos Hospitais Estaduais de média complexidade de Ribeirão Preto e de Américo Brasiliense será o objeto de estudo desta pesquisa, porém outras organizaoes e órgãos públicos que fazem parte dessa rede também farão parte do presente estudo, que será realizado em 3 fases subdivididas em 6 etapas (Figura 2), conforme descrito a seguir.

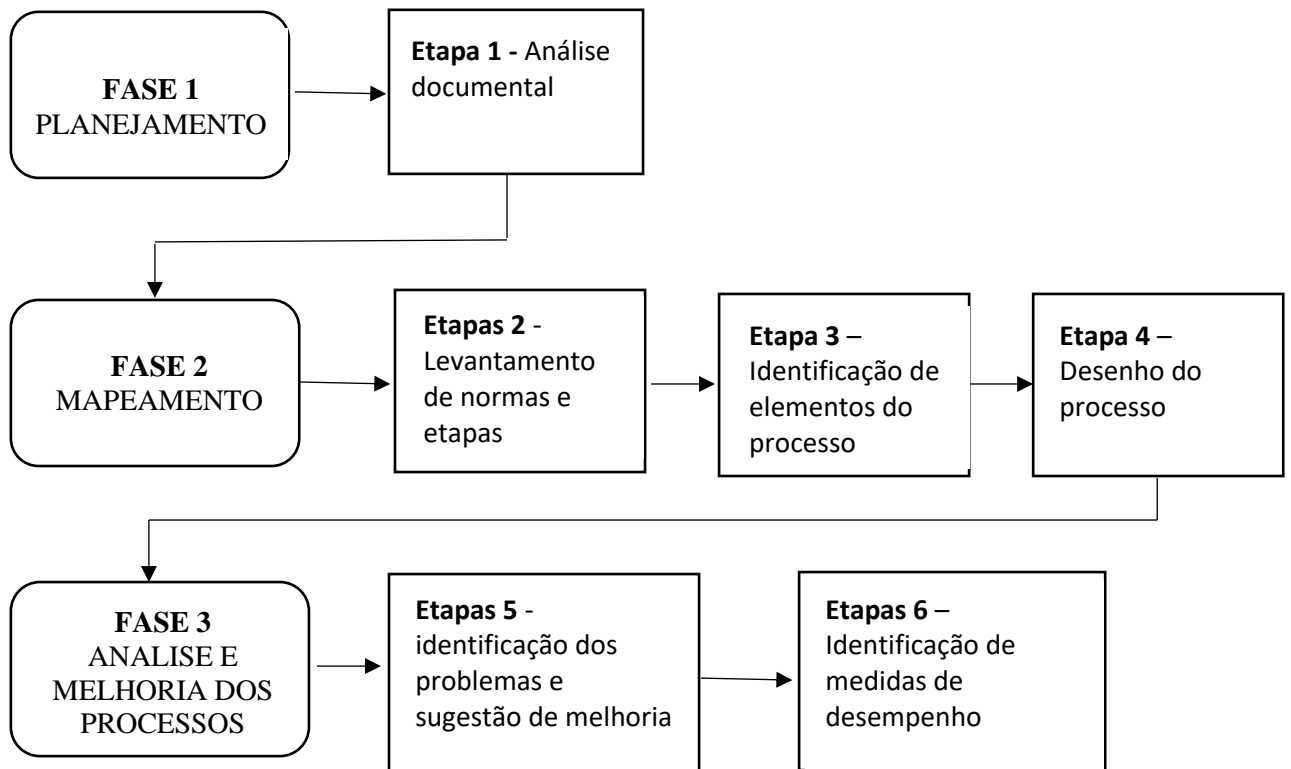


Figura 2 – Fases e etapas da pesquisa
Fontes: Elaborado pela autora (2014)

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) e na metodologia de trabalho utilizada por Valle e Oliveira (2010) 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 será realizado o estudo do processo para acesso à média complexidade da saúde no SUS. Para isso será necessário levantar informações relacionadas ao processo que permitam compreendê-lo e descrevê-lo. As técnicas utilizadas para isso 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, por exemplo. (VALLE; OLIVEIRA, 2010). 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 será o principal instrumento de coleta, mas, a observação, o grupo focal e a análise documental também serão utilizados para esse fim.

3.3.1 FASE 1 - PLANEJAMENTO

Esta fase consiste no levantamento de informações preliminares sobre o processo estudado e no planejamento das atividades a serem desenvolvidas. Para obter as informações necessárias para iniciar a pesquisa de campo, foi realizada uma pesquisa documental, em que foram utilizados documentos como fontes de dados, informações e evidências (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

3.3.1.1 ETAPA 1 – ANÁLISE DOCUMENTAL

Nesta etapa, foram analisados relatórios gerenciais e leis que pudessem fornecer informações sobre os processos. 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, etc).

Foram levantadas informações que servirão 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 (Quadro 3). Nas fases posteriores será realizada a validação das informações coletadas.

Objetivo	Instrumento de coleta	Fonte	Informações levantadas	
Levantamento de informações preliminares sobre o processo	Análise documental	Relatórios gerenciais e leis disponíveis em Websites	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
			Cargos envolvidos	Hospital Estadual de Américo Brasiliense
				Gestores das organizações de saúde
				Diretores de áreas
				Médicos
	Funcionários administrativos			

Quadro 3 – Roteiro para coleta de informações preliminares do processo/resultados prévios
Fonte: elaborada pela autora (2014)

Após o levantamento das organizações e pessoas envolvidas no processo, identificadas por meio da análise documental, foi realizado o planejamento das atividades a serem desenvolvidas nas fases seguintes e a identificação das organizações de saúde e dos cargos envolvidos que participarão da pesquisa: gestores, diretores, médicos, funcionários administrativos (Quadro 4).

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

	Médicos especialidade
	Responsável pelo agendamento/encaminhamento

Quadro 4 – Relação dos envolvidos em cada organização de saúde

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Inicialmente, os dados serão coletados em algumas Unidades Básicas de Saúde das cidades integrantes dos DRS XIII e III e/ou nas respectivas secretarias municipais de saúde, nos Hospitais Estaduais de Ribeirão Preto e Américo Brasiliense e nos Departamentos Regionais de Saúde, conforme será detalhado na fase de mapeamento do processo.

3.3.2 FASE 2 – MAPEAMENTO

Nesta fase da pesquisa será realizado o mapeamento do processo para acesso às 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. É uma representação gráfica utilizada para facilitar a visualização e conseqüentemente a identificação de oportunidades de melhoria (ABPMP, 2013) (MINAS GERAIS, 2012). Esta fase visa atingir um dos objetivos desta pesquisa que é descrever o processo de acesso à atenção secundária e seus fluxos de informação, será realizada seguindo as etapas descritas abaixo.

3.3.2.1 ETAPA 2- LEVANTAMENTO DE NORMAS E ETAPAS DO PROCESSO

Essa etapa consiste no levantamento das normas que regulam o processo e na identificação das etapas que o compõem. As informações principais foram coletadas por meio de entrevistas e as complementares por observação, visando esclarecer alguns pontos-chaves do processo para acesso à média complexidade da saúde.

Para realizar as entrevistas, foram selecionadas três Unidades Básicas de Saúde integrantes da DRS XIII e três da DRS III. Em cada UBS será realizada uma entrevista com o gestor da UBS, com o responsável pelo encaminhamento das guias de referência e com o médico responsável pelo atendimento dos usuários. Nas cidades em que hajam responsáveis diretos pelo processo de encaminhamento do paciente nas secretarias municipais de saúde, essas também serão visitadas e os respectivos funcionários entrevistados. Serão selecionadas em cada DRS, a cidade com maior e com menor população e uma de médio porte. Também foi utilizado

o critério de conveniência, visto que é necessário que as organizações estejam dispostas a participar do estudo.

Nos Hospitais Estaduais foram realizadas entrevistas com o Diretor Administrativo, Diretor de Atividades Cirúrgicas, médicos da especialidade de Gastrocirurgia responsáveis pelo atendimento do usuário e com o profissional responsável pelo agendamento/encaminhamento do paciente. Nos Departamentos Regionais da Saúde serão entrevistados o gestor e o profissional responsável pela regulação estadual.

As entrevistas terão a duração de 60 a 90 minutos, conforme necessidade e disponibilidade do entrevistado. Inicialmente será realizada a validação das informações levantadas na análise documental e em seguida serão coletados dados relacionados ao processo em si, uma vez que os processos centrais são desenvolvidos a partir da perspectiva gerencial e os subprocessos e o detalhamento dos mesmos são concluídos com a participação dos profissionais da saúde envolvidos diretamente nas atividades (LEU; HUANG, 2011). O objetivo é identificar as normas que regulam, os sistemas de informação utilizados, e as etapas executadas para concluir o processo (Quadro 5). Será utilizado um roteiro para guiar essas entrevistas (anexo 1).

Organização de saúde	Entrevistado	Questões entrevista
UBS	Gestor	<ul style="list-style-type: none"> • Quais normas regulam o acesso aos hospitais secundários? • Qual sua função nesse processo? • Quais sistemas de informação são utilizados para realizar as atividades?
	Médico	
	Responsável pelo encaminhamento	
DRS	Gestor	
	Diretor regulação	
	Profissional da regulação	
Hospitais Estaduais	Diretor Administrativo	
	Diretor atividades cirúrgicas	

Organizações de saúde	Questões entrevista	Elementos
DRS XIII Hospital Estadual de Ribeirão Preto Hospital Estadual de Américo Brasileiro UBS	<ul style="list-style-type: none"> • Quem envia informações, recursos, para execução da etapa? (De onde vem?) 	Fornecedor
	<ul style="list-style-type: none"> • O que é preciso para executar a etapa? • Quais informações são insumos? (O que vem?) 	Entrada
	<ul style="list-style-type: none"> • O que é produzido na etapa? • Qual é o resultado da execução da etapa? (O que é gerado? O que sai?) 	Saída
	<ul style="list-style-type: none"> • A quem se destina o resultado da etapa? • Quem recebe o serviço gerado? (Para onde vai?) 	Usuário

Quadro 6 – Modelo/exemplo de sumarização das normas que regulam o processo de acesso as organizações de saúde de média complexidade do SUS.

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

Com as etapas levantadas, inicialmente será elaborada uma relação das mesmas, sem a preocupação em ordená-las em uma sequência lógica. Em seguida serão agrupadas em conjuntos de etapas similares, resultando em subprocessos que integram o processo geral.

Após a identificação desses subprocessos será realizado um grupo focal, que é uma técnica aplicado a um número reduzido de pessoas com o objetivo de discutir um tópico específico, permitindo interação e discussão abertas e uma rápida evolução na forma de interpretar os processos (MARTINS; THEOPHILO, 2009) (VALLE; OLIVEIRA, 2010).

Essa técnica será útil para validar os subprocessos e nomeá-los, será aplicada em uma UBS, na DRS XIII e nos Hospitais Estaduais onde serão reunidos os funcionários responsáveis por cada função. A seleção da UBS será realizada por critérios de conveniência e acessibilidade, visto que será necessário reunir vários funcionários da organização simultaneamente.

3.3.2.2 ETAPA 3 - IDENTIFICAR ELEMENTOS DO PROCESSO

Nesta etapa serão identificados os elementos essenciais dos processos: fornecedor; entrada; saída e usuário. Os dados para esta etapa serão coletados no grupo focal realizado na etapa anterior após a identificação dos subprocessos. A coleta dessas informações será guiada por questões que permitam identificar esses elementos (Quadro 7).

Quadro 7 – Questões da entrevista para identificar os elementos do processo

Fonte: Elabora pela autora com base no Guia “d” Simplificação (BRASIL, 2006d)

Após levantadas as informações essas serão organizadas em um quadro conforme a técnica de documentação de processos SIPOC (*Supplier, Input, Process, Output, and Customer*), 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 (Quadro 8).

Fornecedor De onde vem?	Entrada/Insumo O que vem?	Processo O que que faz com isso?	Produto O que sai?	Cliente Para onde vai?
Atendente UBS	Informações do cadastro no sistema	Agendar consulta na UBS	Consulta agendada	Usuário SUS
		Realizar a consulta		

Quadro 8 – Modelo para levantamento dos elementos do processo (SIPOC)
Fonte: (ABPMP, 2013)

A partir dessa etapa acredita-se que haverá mais clareza em relação as interações dos processos, fornecendo suporte para a próxima etapa, o desenho do processo.

3.3.2.3 ETAPA 4 - DESENHO DO PROCESSO

Nesta etapa os subprocessos serão analisados buscando detectar uma sequência lógica entre eles, após serem sequenciados deverão fornecer uma visão global do processo, em seguida serão identificados quem são os responsáveis por cada subprocesso (pessoa, organização, sistema de informação, etc).

Para realizar o desenho do processo será 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 será 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 serão validados por meio de um grupo focal formado por um representante de cada organização de saúde (UBS, DRS e hospitais).

3.3.3 FASE 3 – ANÁLISE E MELHORIA DOS PROCESSOS

Nesta fase serão utilizadas informações coletadas nas fases anteriores, visto que durante as entrevistas, observação e grupo focal as questões relacionadas a problemas e oportunidades de melhoria já terão sido levantadas. Para concluir esta fase serão realizadas duas etapas visando alcançar os seguintes objetivos deste estudo: 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 Analisar as informações geradas em relação aos processos, buscando identificar indicadores de desempenho.

3.3.3.1 ETAPA 5 – IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Os problemas que afetam o processo de acesso às organizações de atenção secundária da saúde objetos deste estudo, serão identificados por meio da entrevista realizada na fase de mapeamento, com questões que solicitem aos entrevistados que apontem os problemas encontrados durante a execução de suas tarefas e que apresentem sugestões para resolver esses problemas (Quadro 9).

Organização de saúde	Entrevistado	Questões entrevista
UBS	Gestor	<ul style="list-style-type: none"> • Quais problemas encontrados na execução das suas atividades diárias? • Poderia sugerir formas de resolver esses problemas (soluções)?
	Médico	
	Responsável pelo encaminhamento	
DRS	Gestor	
	Diretor regulação	
	Profissional da regulação	
Hospitais Estaduais	Diretor Administrativo	
	Diretor atividades cirúrgicas	

	Médicos especialidade	
	Responsável pelo agendamento/encaminhamento	

Quadro 9 – Relação dos envolvidos e questão relacionada a identificação de problemas
Fonte: Elaborada pela autora (2014)

Além disso, durante todas as etapas da pesquisa de campo, serão registradas informações, declaradas pelos entrevistados ou identificadas pela observação, que descrevam situações de retrabalho, controles paralelos ou desnecessários, ações em duplicidade entre outras que possam indicar problemas no processo.

Os problemas serão 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 serão sumarizadas e apresentadas num quadro (Quadro 10) cujo conteúdo descreva o problema, a causa, a gravidade (“sem gravidade”, “pouco grave”, “grave”, “muito grave”, “extremamente grave”) e a sugestão de melhoria.

Problema	Gravidade	Causas	Sugestão de melhoria

Quadro 10 – Modelo de lista de problemas e oportunidades de melhoria
Fonte: Elaborada pela autora com base em (MINAS GERAIS, 2012)

Em seguida serão analisados dados que possam ser utilizados para medir o desempenho dos processos, conforme descrito a seguir.

3.3.3.2 ETAPA 6 – IDENTIFICAÇÃO DE MEDIDAS DE DESEMPENHO

Essa etapa consiste em identificar indicadores de desempenho que já são ou que poderão ser utilizados pelas organizações de saúde envolvidas no processo. As informações utilizadas serão coletadas na segunda fase desta pesquisa durante as entrevistas, onde os participantes serão questionados sobre a existência de dados que possam ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (Quadro 11).

Organização de saúde	Entrevistado	Questões entrevista
UBS	Gestor	<ul style="list-style-type: none"> Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?
	Médico	
	Responsável pelo encaminhamento	
DRS	Gestor	
	Diretor regulação	
	Profissional da regulação	
Hospitais Estaduais	Diretor Administrativo	
	Diretor atividades cirúrgicas	
	Médicos especialidade	
	Responsável pelo agendamento/encaminhamento	

Quadro 11 – Relação dos envolvidos na pesquisa e questão relacionada a identificação de medida de desempenho.

Fonte: Elaborado pela autora (2014)

Caso sejam identificados dados que possam ser utilizados como indicadores de desempenho do processo esses serão coletados dos registros utilizados pelas organizações de saúde, provavelmente de sistemas de informação. Serão dados secundários visto que foram previamente coletados organizados em arquivos ou banco de dados (MARTINS; THEOPHILO, 2009) que podem estar disponíveis em relatórios gerados pelos gestores das organizações de saúde. Esses dados serão analisados por meio de estatística descritiva, em que os conjuntos de dados são organizados, sumarizados e descritos por meio da construção de gráficos e tabelas (MARTINS; THEOPHILO, 2009).

A partir dessas análises, espera-se gerar dados que forneçam informações úteis, tais como “tempo de espera dos usuários para marcar uma consulta com a especialidade”, “número de consultas realizadas antes do agendamento da cirurgia” e “quantidade de alta do paciente sem realizar cirurgia” que poderão ser utilizados como indicadores de desempenho dos processos. Finalmente as informações de oportunidades de melhora e sugestão de indicadores de

desempenho serão apresentadas aos gestores das organizações de saúde para que possam ser validadas e analisadas em relação a viabilidade de sua implementação.

O método deste estudo foi elaborado visando atingir os objetivos específicos propostos, conforme pode ser observado no quadro abaixo (Quadro 12)

Fase	Instrumento de coleta	Fonte	Objetivo do estudo a ser alcançado
Revisão da literatura	Pesquisa bibliográfica	Base de dados: livros, artigos, eventos	Identificar se o processo estudado está funcionando em conformidade com as políticas públicas e teorias que o rege
Planejamento	Pesquisa documental	Websites: documentos oficiais e legislação	Identificar se o processo estudado está funcionando em conformidade com as políticas públicas e teorias que o rege e descrever o processo.
Mapeamento	Entrevista, observação e grupo focal	Organizações de saúde: médicos, gestores, funcionários	Descrever o processo de acesso à atenção secundária e seus fluxos de informação.
Análise e melhoria dos processos	Entrevista, observação e grupo focal	Organizações de saúde: médicos, gestores, funcionários	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; Analisar as informações geradas em relação aos processos, buscando identificar indicadores de desempenho.

Quadro 12- Resumo do método relacionando as fases da pesquisa com os objetivos específicos

Fonte: Elaborado pela autora (2014)

4. RESULTADOS ESPERADOS

Ao fim deste estudo espera-se obter maior conhecimento sobre o processo de acesso à atenção secundária do SUS e obter um mapa desse processo com a relação das principais etapas e subprocessos envolvidos. Espera-se também obter uma relação de sugestão de melhorias e indicadores de desempenho dos processos que possa ser apresentada aos gestores das organizações de saúde e que essas informações possam contribuir para melhoria da qualidade dos serviços de saúde de média complexidade ofertados aos usuários do Sistema Único de Saúde.

5. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

A duração das atividades desta pesquisa está prevista e detalhada a seguir:

Ano	2014	2015		
	4° Trimestre	1° Trimestre	2° Trimestre	3° Trimestre
Revisão da literatura	X			
Coleta de dados	X	X	X	
Análise dos dados		X	X	
Elaboração de discussões e conclusões		X	X	
Elaboração final do trabalho			X	
Revisão do texto			X	
Entrega final trabalho				X
Defesa				X

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

REFERÊNCIAS

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.

ABPMP. ASSOCIATION OF BUSINESS PROCESS MANAGEMENT PROFESSIONALS - BRASIL. **BPM CBOK Guia para o gerenciamento de processos de negócio**: corpo comum de conhecimento. 1 ed., 2013.

AGUILAR-SAVÉN, R. S. Business process modelling: review and framework. **International Journal of Production Economics**, v. 90 p. 129-149, 2004.

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

BRASIL. 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.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, 10. Brasília: CONASS, 2011a. 126p.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. 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. 2011b. 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, set. 2012.

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

_____. 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. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma operacional da assistência à saúde/SUS – NOAS-SUS 01/02**, 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html acesso em: 18 fev. 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 2006c

_____. 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, ago. 2008.

_____. 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 de fevereiro de 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Guia D simplificação** / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. 2ª ed. Brasília, 2006. 240 p, 2006d. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/Tecnologias/pasta.2010-04-26.1767784009>. Acesso em: 12 set. 2014.

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. 295-3-4, 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, 2011.

BECKER, J.; et al. **Optimizing US health care processes: a case study in Business process management**. Proceedings of the Thirteenth Americas Conference on Information Systems, Keystone, Colorado, USA. August 09th-12th 2007.

BERTALANFF, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1977.

BORBA, G. S.; KLIEMANN, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.44-60, 2008

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

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 17(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.

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, 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. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2013

FAEPA. Fundação de Apoio ao ensino, Pesquisa e Assistência. **Relatório de Atividades 2013**. Disponível em: http://www.faeпа.br/Html/Relatorio_atividades.asp. Acesso em: 9 set. 2014.

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.11043-1053, 2011.

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.

HAMMER, M. O que é gestão de processos de negócios. In: BROCKE, J. V.; ROSEMANN, 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 n.75, n.3, p. 268—281, mar. 2006.

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, 2007.

Ipea. Instituto de pesquisa econômica aplicada. **O Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS): Saúde**. 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.

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, pp. 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, vol.24, suppl.1, p.s42-s57, 2008.

MANFREDA, 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./nov./dez. 2006

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

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, jun 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.

MENDONÇA, et al. **A política de Regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços saúde; 12, 2006. 116 p.

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.

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. **Rev. Adm. 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.

PRATES, G. A. OSPINA; M. T. Tecnologia da informação em pequenas empresas: fatores de êxito, restrições e benefícios. **Rev. adm. contemp.** [online], v..8, n.2, pp. 9-26, 2004.

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

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

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 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. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB – 6, de 8-2-2012. **Diário oficial do Estado de São Paulo**. Nº 27 – DOE de 09/02/12 – Seção 1 - p.24, 2012.

SECRETARIA DA SAÚDE: GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://homologacaoportal.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>. Acesso em: 08 set. 2014.

SILVA, S. O. Pensamento sistêmico e gestão por processos: uma revisão sistemática. In: Congresso Brasileiro de Sistemas, 8, 2012, Poços de Caldas. **Revista Gestão & Conhecimento**. Poços de Caldas: edição especial, nov. 2012.

SPANYI, A. **Business process management governace**. In: BROCKE, J. V.; ROSEMAN, 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.

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.

VALLE, R.; OLIVEIRA, S. B. org. **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, out./dez. 2012.

VLCEK, P. **Process analysis as an optimization support in public administration**. Proceedings of the 9th WSEAS international conference on Data networks, communications, computers P. 157-161, Wisconsin, USA, 2010.

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

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, jan. 2000.

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

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

Anexo 1

Questionário

Para os gestores: Quais os responsáveis pelo agendamento/encaminhamento dos pacientes?

Perguntar o tempo médio de espera em cada handoff.

Fases da pesquisa	Questões
Levantamento de normas e etapas do processo	<ol style="list-style-type: none"> 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?

Identificação dos elementos do processo	<p>5. Quem envia informações, recursos, para execução da etapa? (De onde vem?)</p> <p>6. O que é preciso para executar a etapa?</p> <p>7. Quais informações são insumos? (O que vem?)</p> <p>8. O que é produzido na etapa?</p> <p>9. Qual é o resultado da execução da etapa? (O que é gerado? O que sai?)</p> <p>10. A quem se destina o resultado da etapa?</p> <p>11. Quem recebe o serviço gerado? (Para onde vai?)</p>
Identificação dos problemas e sugestões de melhoria	<p>12. Quais problemas encontrados na execução das suas atividades diárias?</p> <p>13. Poderia sugerir formas de resolver esses problemas (soluções)?</p>
Identificação de medidas de desempenho	<p>14. Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?</p>

Perguntar o tempo médio de espera em cada handoff