

# Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS

## *Construction and analysis of specialized care access performance indicators of SUS*

Gabriela Souza Assis Ferreira<sup>1</sup>, Wilson Salgado Junior<sup>2</sup>, André Lucirton Costa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201912302

**RESUMO** Este estudo objetiva identificar informações a serem utilizadas para analisar o desempenho do acesso à atenção secundária à saúde. Foram analisados os acessos à especialidade de cirurgia digestiva do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) e do Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB). Foram entrevistados 31 atores, em 16 organizações de saúde, com o objetivo de identificar indicadores de desempenho. Os indicadores identificados para ambos foram: 'distribuição de vagas por município', 'situação após a primeira consulta' e 'Pedidos de Interconsulta (PI)'. No acesso ao HERP, acrescentou-se o 'tempo para triagem'. Os dados para análise foram extraídos do Sistema de Apoio a Regulação Assistencial (Sara), utilizado somente no acesso ao HERP; e o sistema do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (módulo Athos), utilizado em ambos. Essas informações podem ser úteis para caracterizar os processos, compará-los e auxiliar na identificação de oportunidades de melhoria, tornando-os mais transparentes aos envolvidos. O acesso eficiente permite o uso racional de recursos e a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços, uma vez que possibilita redução de desperdício, ociosidade e tempo de espera.

**PALAVRAS-CHAVE** Eficiência. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Atenção secundária à saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *This study aims to identify information to be used in order to analyze the performance of access to secondary health care. The accesses to the specialty of digestive surgery of the Ribeirão Preto State Hospital (HERP) and the Américo Brasiliense State Hospital (HEAB) were analyzed. Thirty-one actors, in 16 health organizations, were interviewed, with the purpose of identifying performance indicators. The indicators identified for both were: 'distribution of vacancies by municipality', 'situation after the first consultation' and 'requests for consultation (PI)'. In access to HERP, the 'time for screening' was added. The data for analysis were extracted from the Assistance Regulation Support System (Sara), used only to access the HERP; and the system of the Clinical Hospital of Ribeirão Preto Medical School (Athos module), used in both. This information can be useful for characterizing processes, comparing them and assist in the identification of improvement opportunities by making them more transparent to those involved. Efficient access allows rational use of resources and increased patient access to services, as it enables reduction of waste, idleness and waiting time.*

**KEYWORDS** *Efficiency. Quality indicators, health care. Secondary care. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) - Ribeirão Preto (SP), Brasil. [gabriela\\_sassis@yahoo.com.br](mailto:gabriela_sassis@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.



## Introdução

O desempenho de um processo está relacionado com o seu rendimento com relação a tempo, custo, capacidade e qualidade. Gerenciar o desempenho dos processos tem um papel-chave na oferta eficiente e eficaz de serviços e produtos, uma vez que permite compreender seu desempenho e contribuir para a sua transformação<sup>1</sup>. A construção de indicadores de desempenho, também chamados de KPIs, do inglês Key Performance Indicator, é essencial para relatar o desempenho das organizações, destacar deficiências e possibilitar identificar oportunidades de melhorias<sup>2</sup>. No setor de saúde, os processos são desempenhados por atores que possuem diversas metas, muitas vezes conflitantes, como acesso aos serviços, rentabilidade, redução de custos, qualidade, segurança e satisfação do paciente<sup>3</sup>, o que torna a avaliação de desempenho algo muito complexo.

Quando se aborda a avaliação de desempenho de um sistema de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS), e não somente de organizações individualmente, essa complexidade aumenta, uma vez que ele é organizado em realidades desiguais, com demandas diferentes, e, principalmente, por envolver estruturas de governos das esferas municipal, estadual e federal<sup>4</sup>.

Buscando alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento dos recursos públicos, as organizações de saúde utilizam como instrumento de gestão a regulação assistencial. Entretanto, esse processo necessita de aprimoramentos para garantir a qualidade do atendimento e a alocação eficiente de recursos no SUS<sup>5</sup>.

A desorganização do fluxo de usuários é um grande problema enfrentado pelo SUS. As queixas com relação a limites de acesso, qualidade e carências nos serviços de saúde de média e alta complexidade são crescentes<sup>6,7</sup>. Spedo, Pinto e Tanaka<sup>8</sup> realizaram um estudo no município de São Paulo que identificou que não há um equilíbrio entre a oferta e a demanda dos serviços de atenção secundária à saúde, cujo acesso é um dos maiores entraves para a efetivação da integralidade do cuidado no SUS. A atenção secundária

exerce função indispensável na resolubilidade e na integralidade do cuidado<sup>9</sup>.

Dessa forma, fica clara a importância de medir a eficiência do acesso aos serviços de saúde, buscando identificar oportunidades de melhoria. Assim, questiona-se: como medir o desempenho do acesso à atenção secundária à saúde a partir de dados gerados nos sistemas de informação de gerenciamento de demanda?

Para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, é possível utilizar indicadores de efetividade; acesso; eficiência; respeito aos direitos das pessoas; aceitabilidade; continuidade; adequação; e segurança<sup>10</sup>. Nesta pesquisa, foram analisados indicadores relacionados à dimensão acesso. Os indicadores de acesso mostram a “capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado”<sup>10</sup>. Esses indicadores são normalmente utilizados para avaliar se o paciente teve ou não acesso a determinado tipo de serviço, evidenciando o número de procedimentos realizados em determinada região.

A lacuna que esta pesquisa busca preencher é a de ausência de indicadores que possibilitem medir se o acesso aos serviços de saúde está sendo provido de forma eficiente. Portanto, o que se busca avaliar não é somente se o paciente teve ou não acesso a um serviço específico de saúde, mas se esse acesso foi provido no menor tempo possível, com menos uso de recursos e de forma equitativa, ou seja, de forma eficiente.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar informações que possam ser utilizadas para analisar o desempenho do acesso à assistência especializada de dois hospitais públicos secundários no interior do estado de São Paulo, buscando identificar possíveis indicadores de desempenho. Avaliar os serviços de saúde torna-se uma ferramenta de apoio à gestão na medida em que permite maior qualidade na tomada de decisão. A função da gestão de serviços de saúde é otimizar o funcionamento das organizações e redes de saúde buscando a máxima eficiência, eficácia e efetividade<sup>11</sup>. Dessa forma, o presente estudo busca contribuir para a qualidade na gestão das

organizações e dos sistemas de saúde, uma vez que visa a identificar formas de avaliar esses serviços.

## Métodos

Para a realização deste estudo, foram analisados os dados gerados pelos sistemas de informação dos processos de acesso dos usuários do SUS à especialidade de cirurgia digestiva, em dois hospitais secundários: o Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP) e o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB). A escolha da especialidade deve-se à conveniência de acesso aos dados, uma vez que os responsáveis pela especialidade se dispuseram a contribuir para a pesquisa e a fornecer os dados a serem analisados. Cada um desses hospitais está inserido num Departamento Regional de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, que consiste numa divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado<sup>12</sup>.

O HERP é responsável pelo atendimento de usuários 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<sup>13</sup>: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Vitergo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho<sup>13</sup>.

O HEAB está instalado no município de Américo Brasiliense e é responsável por atender os usuários dos 24 municípios integrantes do DRS III<sup>14</sup>: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiçu<sup>14</sup>.

A presente pesquisa resultou de um estudo

mais amplo, em que foi analisado o processo de acesso à atenção secundária de saúde, estruturado em três fases: (1) Pesquisa documental; (2) Estado atual do processo; e (3) Oportunidade de melhoria e indicadores de desempenho. Este trabalho apresenta parte dos resultados da terceira fase dessa pesquisa<sup>15</sup>. Para o escopo deste estudo, coletaram-se dados secundários relacionados ao acesso aos dois hospitais objetos do estudo, de relatórios gerados por dois sistemas de informação: o Sistema de Apoio a 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 foram fornecidos pelos gestores das organizações de saúde envolvidas.

Para definir quais dados seriam coletados, foram realizadas entrevistas com os envolvidos buscando identificar quais informações poderiam ser utilizadas para medir o desempenho do processo. Foram entrevistados 31 atores dos processos (gestores, médicos, enfermeiros e funcionários administrativos), em 16 organizações de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Centro médico de especialidades, Departamentos Regionais de Saúde e Hospitais secundários). As cidades que participaram do estudo foram selecionadas por sorteio, mantendo a proporção de participantes do DRS XIII e DRS III. Não serão revelados os nomes dos municípios visitados, para manter a privacidade dos participantes garantida na realização das entrevistas. Os participantes foram entrevistados utilizando um formulário de 14 questões como guia<sup>15</sup>, entretanto, somente a última buscou alcançar o objetivo do presente estudo: ‘Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?’.

Os dados coletados foram analisados por análise de conteúdo<sup>16</sup>, que permitiu identificar as informações mais frequentes levantadas pelos participantes durante as entrevistas. As respostas mais frequentes foram compiladas em um quadro-resumo relacionando as informações coletadas com as informações disponíveis nos sistemas de

informação e a organização de origem dos respondentes. O resultado dessa análise deu origem aos indicadores selecionados para o estudo, cujos dados necessários para calculá-los foram extraídos dos sistemas de informação. Em seguida, os dados coletados foram analisados por estatística descritiva. Finalmente, utilizaram-se as informações geradas para comparar a eficiência do acesso ao HERP e ao HEAB. A definição dos dados que poderiam ser utilizados como indicadores foi realizada em conjunto com os gestores dos hospitais e as organizações municipais, comparando as respostas obtidas com os dados gerados pelos sistemas de informação.

A inclusão dos municípios e dos departamentos regionais de saúde na pesquisa justifica-se pela participação efetiva de ambos no processo. O processo de acesso aos hospitais se inicia pela atenção básica, no município de origem do paciente, que, no caso de necessidade de atendimento de maior complexidade, encaminha o paciente para atendimento especializado. Os DRSs auxiliam no agendamento de consultas após triagem, no acesso ao HERP e como distribuidor de cotas de vagas aos municípios no acesso ao HEAB.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (CAAE: 42571714.4.0000.0065) e autorizado pelas organizações de saúde.

## Resultados

A partir das respostas compiladas das entrevistas, identificaram-se duas informações principais que poderiam ser utilizadas para avaliar o desempenho de ambos os processos. (1) A ‘quantidade de consultas agendadas por cada município’, visto que se espera um equilíbrio na distribuição de vagas, com relação à população, de cada município integrante de cada DRS; (2) ‘Situação ou status do paciente após a primeira consulta’, uma vez que, se o paciente teve um retorno agendado, recebeu alta ou foi transferido para outra especialidade após esse atendimento, isso pode indicar que ele não foi regulado adequadamente à especialidade ou complexidade referida.

A terceira informação que pode ser utilizada para avaliar o desempenho do processo de acesso à atenção secundária é o tempo transcorrido desde o preenchimento da guia de referência na atenção primária até a triagem realizada pelo médico (as duas ações via sistema de informação). Essa informação é exclusiva do processo de acesso ao HERP, visto que no processo de acesso ao HEAB não há a etapa de triagem da guia pelo sistema, uma vez que as vagas são distribuídas previamente aos municípios.

Essas informações são apresentadas no *quadro 1*, que ilustra o resultado da análise do conteúdo das entrevistas realizadas.

Quadro 1. Quadro de resultados

Questão dirigida ao entrevistado	Resposta mais frequentes	Origem mais frequente do entrevistado	Dados sistema	Sistema
Existem dados que já são ou que podem ser utilizados para avaliar se o processo está sendo bem realizado (indicadores de desempenho)?	Tempo até a triagem da guia no sistema realizada pelo médico	DRS XIII	Tempo para triagem	Sara
	Distribuição equilibrada de vagas aos municípios	Municípios (UBS e SMS)	Distribuição de vagas por município	Sistema HC
	Quantidade de altas e retornos após a primeira consulta	Hospitais	Situação após primeira consulta	Sistema HC

Na coluna de respostas mais frequentes, é apresentado um resumo das respostas dos entrevistados. Na coluna de origem, é apresentada a organização à qual os entrevistados estavam vinculados no momento da pesquisa. A quarta coluna mostra os dados do sistema que correspondem às sugestões apresentadas, e a quinta coluna identifica de qual sistema foram extraídos os dados.

Uma quarta informação, que foi identificada

pelos pesquisadores no decorrer da pesquisa, validada pelos participantes como um dado viável para medir o desempenho dos processos, é o número de Pedidos de Interconsulta (PI). Um número elevado de PI pode indicar que o processo não é eficiente, uma vez que se trata de transferências internas de pacientes entre especialidades. No *quadro 2*, é apresentado um resumo dos indicadores identificados, sua definição, classificação e o método de cálculo.

Quadro 2. Relação dos indicadores de desempenho

Indicador	Definição	Classificação	Método de cálculo
Tempo até a triagem	Identifica o tempo médio decorrido desde a solicitação de vaga pelo município até a triagem pelo médico no sistema	Tempo	$\frac{\Sigma \text{ tempo para triagem das guias}}{\text{número total de guias}}$
Distribuição de vagas por município	Indica a quantidade de consultas agendadas por município por 1.000 habitantes	Qualidade	$\frac{\text{número de pacientes oriundos do município com consultas agendada} \times 1.000}{\text{número total de habitantes no período}}$
Situação após primeira consulta	Mostra a proporção de cirurgias indicadas logo após a primeira consulta	Qualidade	$\frac{\text{número de cirurgias indicadas}}{\text{número total de primeiras consultas}}$
Número de Pedidos de Interconsulta	Identifica a proporção de PI em relação ao número total de consultas agendadas	Qualidade	$\frac{\text{número de pedidos de interconsulta}}{\text{número total de consultas agendadas}}$

A classificação dos indicadores, detalhada no *quadro 2*, foi realizada a partir da proposta sugerida por ABPMP (Association of Business Process Management Professionals)<sup>1</sup>. O indicador ‘Situação após primeira consulta’ pode ser construído com outros dados no numerador que também identifiquem o status do paciente após a primeira consulta como ‘número de retornos’ e ‘número de altas’, de acordo com a necessidade do gestor. Nos tópicos seguintes, são apresentados os resultados dos indicadores coletados dos processos de acesso ao HERP e de acesso ao HEAB, respectivamente.

## Resultado HERP

Os dados relacionados ao processo de acesso ao HERP, identificados como possíveis indicadores de desempenho, são descritos e calculados na seguinte ordem: tempo para a triagem, distribuição de vagas por município e situação após a primeira consulta.

- 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 via sistema. 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 extraídos do relatório de guias devolvidas, da especialidade de cirurgia do aparelho digestivo, com data de solicitação referente a 2014, gerado pelo Sara em março de 2015. O relatório gerou 159 guias. O tempo médio decorrido até a triagem das guias é de aproximadamente 33 dias. No entanto, tem-se o valor 15 para a mediana. Ou seja, metade das guias analisadas neste estudo foi triada 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 é de 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 utilizando como critério a prioridade de atendimento definida pelo médico e a data de solicitação, independentemente da origem do paciente. Portanto, pacientes com alta prioridade e que estão aguardando há mais tempo são agendados primeiro. No entanto, alguns entrevistados nos municípios relataram acreditar que a distribuição relativamente proporcional dessas vagas, com 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 especialidade de cirurgia digestiva, das quais, 33

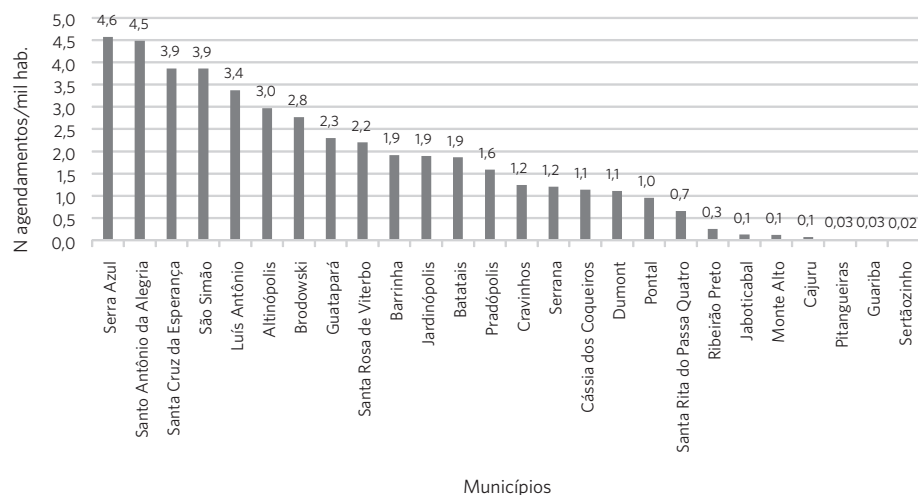
foram PI. Os PI são agendamentos realizados a partir de solicitações de outras especialidades do hospital. Trata-se de uma demanda interna gerada por dois motivos principais: (1) o paciente está sendo acompanhado por outra especialidade e necessita também de avaliação na cirurgia digestiva; ou (2) paciente passa por consulta em outra especialidade, que identifica que, por erro de diagnóstico na origem, foi encaminhado incorretamente e precisa ser transferido para a cirurgia digestiva.

Para o cálculo dos indicadores de desempenho: número de vagas por município e situação após a primeira consulta, os PI serão desconsiderados, uma vez que se referem a usuários que tiveram acesso à cirurgia digestiva agendado diretamente pelo HERP, e não pelo DRS XIII. Portanto, não podem ser utilizados para medir o desempenho do processo de acesso à referida especialidade a partir da atenção básica.

Excluindo-se os PI (33), tem-se 1.204 consultas de casos novos agendados na cirurgia digestiva do HERP em 2014. Desses, 1.025 são referentes a pacientes oriundos do DRS XIII, 144 do DRS VIII (Franca) e 35 de outros DRSS.

Aproximadamente 14% das consultas agendadas na Cirurgia Digestiva 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 1*. Como a divisão do número de consultas agendadas pelo número de habitantes gerou valores muitos 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 1. Quantidade aproximada de vagas agendadas na cirurgia do aparelho digestivo 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 Cirurgia Digestiva 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.

Dos 1.041 pacientes atendidos em 2014 na especialidade de cirurgia digestiva do HERP (excluindo-se as faltas), 48,2% tiveram a cirurgia indicada após primeira consulta, 38,6%

tiveram retorno agendado, 6,8% foram contrarreferenciados, 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.

### Resultado HEAB

Os dados do processo de acesso ao HEAB são semelhantes aos identificados para o HERP: (1) Distribuição de vagas por município; (2) Situação após primeira consulta; e (3) Proporção de PI. A exceção é o ‘Tempo de triagem’, que não pôde ser considerado neste processo devido à inexistência do subprocesso ‘triar guias no sistema’. A seguir, serão apresentados e descritos esses indicadores referentes ao ano de 2014.

Em 2014, foram agendadas 2.275 consultas na especialidade de cirurgia digestiva do HEAB, no entanto, 1.000 referem-se à demanda interna, classificadas no sistema como ‘Pedido de Interconsulta’ (PI). Esse tipo de agendamento, assim como no processo de acesso ao HERP, foi desconsiderado no cálculo dos demais indicadores. Excluindo os PI (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 referida especialidade do HEAB.

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

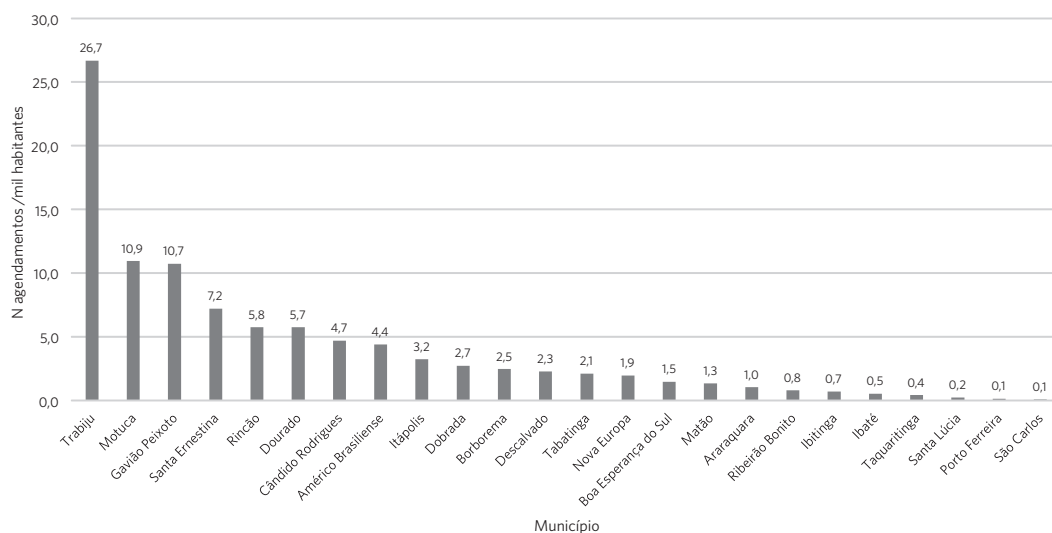
- Distribuição de vagas por município: no processo de acesso ao HEAB, as vagas são previamente distribuídas aos municípios por meio de cotas. Os critérios de distribuição dessas vagas não são considerados claros pelos entrevistados nos municípios. Eles acreditam que deveria haver proporcionalidade na 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 à população.

O número de consultas de casos novos em 2014 na cirurgia do aparelho digestivo 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%).

Dividindo a quantidade de vagas distribuídas pelo número de habitantes dos municípios e multiplicando esse valor por mil, obtêm-se os valores apresentados no *gráfico 2*.

Gráfico 2. Quantidade aproximada de vagas agendadas na cirurgia do aparelho digestivo 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, com 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 indicada 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 cirurgia do aparelho digestivo em 2014 (excluindo-se as faltas), 44,3% tiveram a cirurgia indicada na primeira consulta, 38,1% tiveram retornos agendados, 17,4% receberam alta e 0,2% foram internados.

## Discussão e comparação dos processos

A maioria das consultas realizadas no HERP foi de pacientes oriundos da rede (casos novos), enquanto no HEAB, aproximadamente 50% dos pacientes atendidos tinham essa característica. O objetivo da regulação é disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário<sup>17</sup>. A maior proporção de PI no HEAB sugere que, em vista da falta de um sistema que permita a triagem eletrônica dos pacientes, torna-se necessária a triagem presencial no ambulatório. No entanto, não é possível afirmar qual processo é de fato mais efetivo, uma vez que não é possível identificar a proporção de PI 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 PI 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 sub-processo de triagem, que não existe no acesso ao HEAB, o que estaria de acordo com Chircu

et al.<sup>18</sup>, 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 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 cirurgia do aparelho digestivo do HEAB atendidos em 2014 receberam alta após a primeira consulta, enquanto no HERP foram 12,7% (alta, referenciados e contrarreferenciados). Os pacientes nessa situação podem ter sido regulados incorretamente, pois podem ter recebido alta por terem sido encaminhados à especialidade ou complexidade inadequadas.

Contudo, o fato de haver um número grande de PI no HEAB em relação ao HERP pode estar relacionado à disponibilidade de recursos em cada organização de saúde. No primeiro, há um número maior de recursos diagnósticos, o que permite 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.

Com 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 cirurgia do aparelho digestivo: 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 cirurgia do aparelho digestivo 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 têm participação menor nessa ‘distribuição’, por demandarem menos vagas do HERP e HEAB devido a fatores individuais como a oferta de serviços de outros prestadores de média complexidade e maior acesso da população a planos de saúde.

Além disso, no acesso ao HERP, há critérios que priorizam determinados municípios: os que não possuem hospital ou aqueles em que os hospitais existentes não proporcionam os serviços ofertados pelo HERP ou estão com a capacidade de atendimento esgotada<sup>15</sup>. 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, acesso da população a planos de saúde, 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 dele, 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<sup>19</sup>.

A informação ‘número de consultas por habitante’ já é utilizada pelo SUS como indicador de desempenho, classificado como Indicador de Cobertura<sup>20</sup>. Entretanto, o sistema do Datasus disponibiliza essa informação compilada. O nível mais detalhado que pode ser obtido por esse meio é o número total de consultas realizadas no SUS por habitante em cada região metropolitana. Não é possível saber quantas consultas de média complexidade por habitante foram realizadas em determinado município. Entretanto, é possível extrair, em outra funcionalidade do sistema, a produção ambulatorial do SUS por município e complexidade. Mas não há essa informação detalhada por especialidade.

Há diferenças significativas de recursos disponíveis nos hospitais estudados. No HEAB, há leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e um maior número de especialidades e recursos

diagnósticos disponíveis, o que pode justificar algumas diferenças encontradas, como a elevada proporção de PI no HEAB, visto que uma estrutura com mais recursos possibilita maior flexibilidade de remanejamento interno de pacientes.

## Considerações finais

A partir dos resultados encontrados, conclui-se que as informações que podem ser utilizadas para analisar o desempenho do processo de acesso ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto são ‘tempo para triagem’, ‘distribuição de vagas por município’ e ‘situação após a primeira consulta’. Para acesso ao Hospital Estadual de Américo Brasiliense, podem ser utilizadas as informações referentes a ‘distribuição de vagas por município’ e ‘situação após a primeira consulta’. A informação referente ao número de PI, apesar de não ter sido identificada durante as entrevistas como um possível indicador de desempenho, mostrou-se relevante durante o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que o número de PI pelo número total de consultas agendadas pode indicar o desempenho do processo em ambos os processos.

As informações identificadas podem ser utilizadas para caracterizar os processos, compará-los e auxiliar na identificação de oportunidades de melhoria. Essas informações são relevantes, pois tornam os processos mais transparentes aos envolvidos. Além disso, esses dados podem ser utilizados para analisar processos semelhantes com os mesmos objetivos. Medir um processo permite que ele seja gerenciado de forma eficiente, uma vez que é possível monitorar seu desempenho. O melhor desempenho dos processos de acesso permite o uso racional de recursos e a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços de saúde, uma vez que possibilita redução de desperdício, de ociosidade e tempo de espera. A redução do tempo de triagem das guias pode reduzir o tempo de espera do paciente para o agendamento da consulta na

atenção especializada. Uma grande proporção de PI e de alta ou retornos após a primeira consulta e uma distribuição desproporcional de vagas por município podem indicar que o processo possui falhas que devem ser identificadas e corrigidas para melhorar sua eficiência. Portanto, esses indicadores são úteis para o gerenciamento dos processos estudados.

Considera-se como limitação do estudo a disponibilidade e a qualidade dos dados analisados. Para que os serviços de saúde sejam ofertados com segurança, qualidade e custo-efetividade, são necessários sistemas eficientes de coleta de dados para avaliar e monitorar processos, custos e resultados clínicos<sup>21</sup>.

Portanto, o acesso aos dados para construção de indicadores é dependente da qualidade dos sistemas de informação utilizados nos processos e dos dados inseridos.

Pesquisas futuras propõem-se à realização deste mesmo estudo com outros hospitais integrantes dos demais DRSs. Além disso, pode-se ampliar o período de abrangência,

realizando-se, assim, estudos de longo prazo. Finalmente, propõe-se um estudo mais aprofundado das variáveis que podem influenciar a demanda por vagas da atenção secundária, como a presença de outros prestadores de saúde e o acesso a planos de saúde pela população. Sugere-se utilizar como objeto os municípios com maior e menor demanda de cada DRS.

## Colaboradores

Ferreira GSA (0000-0002-7833-169X)\* contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Salgado Junior W (0000-0001-9796-0339)\* contribuiu substancialmente para interpretação dos dados e revisão crítica de importante conteúdo intelectual. Costa AL (0000-0002-2053-4224)\* contribuiu para revisão crítica de importante conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

---

## Referências

1. Association of Business Process Management Professionals – Brasil ABPMP. Guia para o gerenciamento de processos de negócio: corpo comum de conhecimento. Association of Business Process Management Brazil. São Paulo: BPM CBOK; 2013.
2. Khalifa M, Khalid P. Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators: A Case Study on a Tertiary Care Hospital. *Procedia Comp. Science.* 2015; 63:459-466.
3. Porter ME. What is value in health care? *New Engl. J. Medic.* 2010; 363(26):2477-2481.
4. Aly CMC, Reis AT, Carneiro SAM, et al. O Sistema Único de Saúde em série histórica de indicadores: uma perspectiva nacional para ação. *Saúde debate.* 2017; 113:500-512.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate*. 2012; 36(95):640-647.
6. Dallora MELV, Capeli RDC, Góes WM, et al. Atenção à saúde informatizada: da regulação ao consultório [internet]. In: *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Informática em Saúde; 2008 Out 1-4; Campos do Jordão. Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde; 2008*. [acesso em 2014 set 22]. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/985.pdf>.
7. Farias SF, Gurgel JRGDG, Costa AM, et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. Saúde de Colet*. 2011; 16 (sup1):11043-11053.
8. Spedo MS, Pinto NRSP, Tanaka, Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-972.
9. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(esp):131-139.
10. Proadess. Avaliação do desempenho do sistema de Saúde [internet]. [acesso em 15 jan 2018]. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>.
11. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde de Colet*. 2012; 17(4):821-828.
12. São Paulo. Decreto nº 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. *Diário Oficial Estado de São Paulo*. 29 Dez 2006.
13. Fundação de apoio ao ensino, pesquisa e assistência. Relatório de Atividades 2013 [internet]. [acesso em 2014 set 9]. Disponível em: [http://www.faeapa.br/Html/Relatorio\\_atividades.asp](http://www.faeapa.br/Html/Relatorio_atividades.asp).
14. Hospital Estadual de Américo Brasiliense. Institucional: A história do hospital de Américo Brasiliense [internet]. 2015. [acesso em 2015 fev 24]. Disponível em: <http://www.heab.fmrp.usp.br/informacao.aspx?id=289&ref=10&refV=52>.
15. Ferreira GSA. O fluxo de usuários no SUS coordenado pela regulação assistencial: um estudo dos processos para acesso a organizações de saúde de média complexidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto; 2015. 114 p.
16. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 6. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 3 Dez 2017.
18. Chircu AM, Gogan JL, Boss SR, et al. Medication errors, handoff processes and information quality: a community hospital case study. *Bus. Process Manag. J*. 2013; 19(2):201-216.
19. Aumond JJ, Loch C, Comin JJ. Abordagem sistêmica e o uso de modelos para recuperação de áreas degradadas. *Ver. Árvore*. 2012; 36(6):1099-1118.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: OPAS; 2008.
21. Scheffer M, Saluja S, Alonson N. Surgical care in the public health agenda. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(10): e00104717.

---

Recebido em 02/08/2018

Aprovado em 04/09/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve