

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

PAULO ROBERTO MARVULLE

**GERENCIAMENTO DE DEMANDA NA PARCERIA ENSINO-SERVIÇO EM
SAÚDE**

**São Paulo
2019**

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

PAULO ROBERTO MARVULLE

**GERENCIAMENTO DE DEMANDA NA PARCERIA ENSINO-SERVIÇO EM
SAÚDE**

**São Paulo
2019**

Paulo Roberto Marvulle

**GERENCIAMENTO DE DEMANDA NA PARCERIA ENSINO-SERVIÇO EM
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde**

Orientador: Prof. Dra. Lara Jansiski Motta

**São Paulo
2019**

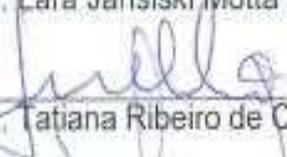
PAULO ROBERTO MARVULLE

GERENCIAMENTO DE DEMANDA NA PERCERIA ENSINO-SERVIÇO

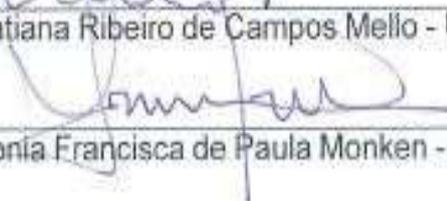
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho - UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde**.



Profa. Dra. Lara Jansiski Motta Godinho - Universidade Nove de Julho - UNINOVE



Profa. Dra. Tatiana Ribeiro de Campos Mello - Universidade de Mogi das Cruzes - UMC



Profa. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken - Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Prof. Dr. Ricardo Scarparo Navarro - Universidade Camilo Castelo Branco - UNICASTELO (Suplente)

Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti - Universidade Nove de Julho - UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 26 de setembro de 2019

AGRADECIMENTO

Agradeço em especial à Profa. Lara Jansiski Motta Godinho, pela orientação atenciosa e paciente ao longo deste trabalho e, sobretudo, por ser um exemplo de profissional guiada pelo respeito, confiança e dedicação.

À Profas. Sonia Francisca de Paula Monken de Assis e Marcia Cristina Zago Novaretti, pelo direcionamento e auxílio.

À Profa. Maria Cristina Barbosa Storópoli, pelo apoio e constante incentivo ao longo desse percurso.

RESUMO

Introdução: Apesar do Brasil possuir um sistema universal de assistência à saúde, o acesso aos serviços assistenciais ainda configura uma problemática. As instituições de ensino em nível superior nesta área têm como missão, a formação voltada às necessidades da população com um enfoque crítico e resolutivo dos futuros profissionais. As parcerias entre serviço público de saúde e universidades favorecem a troca de experiências e complementariedade assistencial. Para tanto, o padrão de atendimento nos ambientes deve possuir excelência em qualidade em todos os aspectos com base gerencial fundamentada e fluxos nem definidos em relação à demanda e capacidade produtiva. Objetivo: este estudo tem como objetivo contribuir com um modelo de gerenciamento da demanda de clientes, a partir de uma central de atendimento/recepção. Metodologia: Este trabalho foi conduzido como pesquisa aplicada, por meio de pesquisa-ação, que caracteriza o estudo como uma forma de pesquisa social, independente, com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação de implantação de uma alternativa tecnológica com vistas a melhoria da qualidade e eficiência em processos dos serviços de saúde. Resultados: A percepção antecipada por parte do gestor da necessidade de adequação dos processos simulados na demanda máxima e mínima dos processos de atendimento dos pacientes, mostrou-se importante no sentido de que os gestores de ambulatórios de Instituições de Ensino Superior busquem a readequação de processos frente a demanda e a capacidade produtiva, sendo assim possam tomar decisões efetivas e efetuar ajustes necessários no sistema. De forma, o modelo simulado nesta pesquisa contribui para o gerenciamento estratégico das operações de curto e médio prazo, quando se refere à melhoria na alocação e utilização dos recursos para os pacientes que necessitam de atendimento.

Palavras Chave: gerenciamento de demanda, capacidade produtiva, saúde, formação em saúde

ABSTRACT

Introduction: Although Brazil has a universal health care system, access to care services still poses a problem. Higher education institutions in this area have as their mission, training focused on the needs of the population with a critical and resolute focus of future professionals. Partnerships between public health services and universities favor the exchange of experiences and complementary care. To this end, the standard of service in the environments must have excellence in quality in all aspects with grounded management and flows not defined in relation to demand and productive capacity.

Objective: This study aims to contribute to a customer demand management model from a call center.

Methodology: This work was conducted as applied research through action research, which characterizes the study as an independent, empirically based form of social research, conceived and carried out in close association with an implementation action of a technological alternative with improving quality and efficiency in health service processes.

Results: The anticipated perception by the manager of the need to adapt the simulated processes to the maximum and minimum demand of the patient care processes was shown to be important for the ambulatory managers of Higher Education Institutions to seek process readjustment against demand and production capacity, so they can make effective decisions and make necessary adjustments to the system. Thus, the model simulated in this research contributes to the strategic management of short and medium term operations, when it refers to the improvement in the allocation and utilization of resources for patients in need of care.

Keywords: demand management, productive capacity, health, health education

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - SIMULAÇÃO DA VARIAÇÃO TEMPORAL.....60

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CAPACIDADE PRODUTIVA	55
GRÁFICO 2 - PROJEÇÃO MÉDIA	58
GRÁFICO 3 - PROJEÇÃO MÍNIMA.....	60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - COMPARAÇÃO ENTRE AS FASES DA PESQUISA-AÇÃO	34
QUADRO 2 - FASE DA AVALIAÇÃO	38
QUADRO 3 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2013-1.....	41
QUADRO 4 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2013-2.....	42
QUADRO 5 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO TOTAL 2013.....	42
QUADRO 6 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2014-1.....	43
QUADRO 7 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2014-2.....	44
QUADRO 8 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO TOTAL 2014.....	44
QUADRO 9 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2015-1.....	45
QUADRO 10 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2015-2	46
QUADRO 11 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO TOTAL 2015.....	46
QUADRO 12 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2016-1	47
QUADRO 13 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2016-2	48
QUADRO 14 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO TOTAL 2016.....	48
QUADRO 15 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2017-1	49
QUADRO 16 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2017-2	50
QUADRO 17 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO TOTAL 2017.....	50
QUADRO 18 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2018-1	51
QUADRO 19 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO 2018-2	52
QUADRO 20 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO TOTAL 2018.....	52
QUADRO 21 - ESTATÍSTICAS DE ATENDIMENTO SÉRIE HISTÓRICA	52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - TEMPO DE ATENDIMENTO: SENHA X GUICHÊ.....	53
TABELA 2 - TEMPO DE ATENDIMENTO: GUICHÊ X CONSULTÓRIO.....	53
TABELA 3 - TEMPO DE ATENDIMENTO: ANAMNESE.....	54
TABELA 4 - TEMPO DE ATENDIMENTO: RESULTADO	54
TABELA 5 - CAPACIDADE PRODUTIVA	55
TABELA 6 - PROJEÇÃO MÉDIA.....	58
TABELA 7 - PROJEÇÃO MÍNIMA	59

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
AIS	Ambulatórios Integrados de Saúde
BPM	Business Process Management
CIHA	Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EPA	Elemento Primário de Avaliação
FCS	Fator Crítico de Sucesso
IES	Instituição de Ensino Superior
PPP	Parceria Público Privado
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIGA	Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA.....	6
1.1.1 Questão da Pesquisa	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.2.1 Geral	7
1.2.2 Objetivos Específicos	7
1.3 JUSTIFICATIVA	8
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Estrutura da rede da rede assistencial do SUS.....	12
2.2 Parceria setor público e setor privado.....	23
2.3.1 UNINOVE.....	25
3. METODOLOGIA	31
3.1 Escolha e definição da Metodologia.....	31
3.2 Descrição da Metodologia e Processo Investigativo	34
3.2.1 Fase Exploratória.....	35
3.2.2 Fase da Pesquisa Aprofundada	35
3.2.2.1 O levantamento bibliográfico	35
3.2.2.2 Mapeamento de ferramentas de tecnologia da informação	36
3.2.2.3 Levantamento das Causas Gargalos	37
3.4 Fase da Ação.....	37
3.5 Fase da Avaliação.....	38
3.6 Apresentação do Ambulatório	38
Estatísticas de atendimento - 2013 a 2018.....	41
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	62

LIMITAÇÕES	63
CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	63
REFERÊNCIAS	64

1. INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção. A dificuldade de acesso é uma realidade e a disponibilidade dos serviços de saúde configuram uma problemática que submete as populações mais vulneráveis a situações de saúde precárias, que são incoerentes à proposta de um sistema de saúde como o modelo brasileiro, que garante o direito à saúde a qualquer cidadão em todo território nacional. (Assis e Jesus, 2012).

Formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. A mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde também se tem mostrado necessária, aliando o conhecimento teórico com a prática, principalmente em cursos de saúde, o qual torna-se necessário o contato (Batista e Gonçalves, 2011).

As Instituições de Ensino Superior (IES), no exercício de suas atribuições em proporcionar inserir-se na realidade social como agentes do processo de construção do conhecimento, desenvolvem atividades práticas e de atendimento assistencial à população.

Dentre as ações de inserção social, as IES com foco no setor da saúde, colaboram para minorar as lacunas que comprometem os serviços de saúde ofertando atendimentos de excelência em qualidade. Neste contexto, as parcerias entre as Universidades e o Sistema Único de Saúde (SUS), mostram-se como uma solução a ser replicada por ofertar serviços

de qualidade, ao mesmo tempo em que forma mão de obra qualificada, missão da IES, na medida em que atende a população demandante (Gontan, 2016).

Os princípios e diretrizes do SUS e a lógica das diretrizes curriculares convergem para o olhar humanizado ao paciente e o enfrentamento dos problemas de saúde de acordo com as demandas sociais da população brasileira. Isso torna a parceria entre o SUS e o ensino fundamental para a formação de um profissional generalista, humanístico e reflexivo. A educação destes profissionais deve ser orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção dos conteúdos curriculares essenciais deve basear-se em critérios epidemiológicos e nas necessidades da população. Esta inserção se reflete em profissionais com competências, para liderança, gestão do serviço público de saúde, tomada de decisões, administração e gerenciamento. Tal profissional reverbera uma nova maneira de olhar para a pessoa e a comunidade que recebem o cuidado em saúde, o mais próximo possível da realidade. As parcerias permitem o enriquecimento na formação do estudante, contribuindo, também, para a construção de competências para atuar no modelo de atenção no SUS, cujo significado da vivência é reflexo da importância e do reconhecimento dados à parceria entre ensino e serviço público. (Bulgarelli, et al, 2014)

As parcerias para formação de mão de obra e o atendimento da população no setor da saúde, auxiliando as redes assistenciais do SUS, caracterizam-se por elevado grau de qualidade da assistência e agrega especial experiência ao graduando. A parceria existente desde 2013 entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Universidade Nove de Julho (UNINOVE), vincula oficialmente os atendimentos assistenciais prestados à população nos ambulatórios acadêmicos dos cursos da saúde, com prioridade para as atividades preventivas, proporcionando atendimentos aos cidadãos, sem prejuízo dos serviços assistenciais já realizados pela secretaria de saúde.

A proposta prevê atendimentos regulados via Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA), por graduandos dos cursos da saúde, supervisionados por professores das diferentes áreas, fator que soma esforços, valorizando não somente o ensino, mas também, a complementariedade ao atendimento prestado pelo SUS.

Os estudantes atendem a população com atenção e interesse, favorecendo a formação de profissionais capazes de desempenhar adequadamente seu papel, com comprometimento social e maior participação em atividades globais integradas às estruturas da saúde pública. Além disto, a viabilização da parceria pode ainda estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do serviço público e da Universidade, com vistas à melhoria da atenção prestada ao cidadão.

O cliente é um Fator Crítico de Sucesso (FCS) na realização dos objetivos norteadores da parceria sendo necessária a realização de procedimentos mínimos que agregam conhecimento e técnica à formação generalista, tornando a equação da gestão da demanda no serviço foco de atenção do gestor de saúde (Caon e Correa, 2002).

A gestão de serviços está relacionada com as atividades que definem o tipo de serviço prestado e como este é fornecido aos clientes, engloba o gerenciamento dos processos envolvidos antes, durante e após sua prestação. Tem como dentre os principais objetivos, a identificação do serviço a ser oferecido, considerando e entendendo as necessidades do cliente, a fim de assegurar que a oferta seja alinhada às suas expectativas de forma ampla e satisfatória. O fato dos serviços serem produzidos e consumidos simultaneamente, faz com que os gestores apresentem dificuldades em relação à capacidade de serviço, principalmente por sua demanda possuir alta variabilidade (Johnston e Clark, 2002)

A Tecnologia de Informação (TI) tem dentre muitos objetivos, o gerenciamento das empresas de forma ágil e eficaz, demonstrando suas consequências para a melhoria dos

processos de gestão, bem como, as dificuldades de uma utilização mais adequada das TIs de modo que se possa evitar desperdícios desnecessários, enriquecendo todo o processo organizacional, auxiliando na otimização das atividades, facilitando a comunicação e melhorando o processo decisório, pois as informações são mais eficientes e eficazes, chegam ao gestor com mais velocidade e precisão (Beal, 2001).

Um sistema informatizado de gestão de processo e fluxos de trabalho é um sistema que gerencia uma série de tarefas em uma dada sequência predeterminada, para produzir um resultado final desejado, a despeito do fato de que a implementação de processos tecnológicos gera, em um período de transição, a utilização de sistemas paralelos de gerenciamento (Gava, Medina e Tonini, 2011).

É necessário um fluxo específico para cada processo, pois neste sistema informatizado de trabalho, um colaborador ou grupo de colaboradores, executa uma tarefa específica, que após concluída, o software de fluxo de trabalho direciona para o colaborador (ou grupo) responsável pela próxima etapa, e assim por diante até a finalização da solicitação. O próprio o sistema gerencia o fluxo, apontando quando houver uma não conformidade.

A gestão de processos de negócio ou Business Process Management (BPM), é uma disciplina que permite as organizações realizar a identificação, o desenho, a documentação e controle de execução, além de permitir criar indicadores para medir, monitorar e controlar os processos de negócio para alcançar os resultados pretendidos constantes e alinhados com as metas estratégicas de uma organização (BPM CBOK, 2013). Os processos de gerenciamento, assim como os processos de suporte, não agregam valor diretamente para os clientes, mas são necessários para assegurar que a organização opere de acordo com seus objetivos e metas de desempenho.

Analisar criticamente um processo definido é necessário para que falhas sejam identificadas e propostas de melhorias sejam criadas, pois a análise e o redesenho de um processo permite a introdução de normas, tempos e atribuições funcionais no ambiente organizacional (BPM CBOK, 2013).

Gerenciar e executar processos baseados em uma sequência de atividades pré-definidas em um desenho de processo, cuja ordem é direcionada por representação lógica ou fluxo define um sistema de gerenciamento de processos. Após ser estruturado, o sistema garante que as atividades deste processo ocorram na sequência definida e que cada colaborador envolvido seja notificado sobre a necessidade da realização de uma atividade. O sistema informatizado de gestão de processos de negócio objetiva interpretar, criar, executar, coordenar e monitorar fluxos de trabalho de negócio que foram padronizados. Estes sistemas exigem a preparação de informações estruturadas e ordenadas, estas preparações são realizadas com base nos modelos preparados pela análise de processos de negócio (Carvalho e Ferreira, 2012).

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Se a ausência de número suficiente de pacientes para o atendimento pelos graduandos, prejudica a formação do profissional em saúde, haja visto que para uma boa formação deste novo profissional, são necessários aliar teoria e prática clínica para com isso haver a correlação da experiência de aprendizado teórico-prático, bem como um profissional com segurança na dinâmica de atendimento ao cliente, por outro lado a demanda de pacientes a um ambulatório de IES torna-se fator crítica de sucesso para a qualidade do atendimento ambulatorial

1.1.1 Questão da Pesquisa

Quais as características de um modelo de gerenciamento da demanda de clientes para a parceria ensino-serviço em saúde no atendimento em ambulatório odontológico de IES.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Analisar as características principais de um modelo de gerenciamento da demanda de clientes, a partir de uma central de atendimento/recepção de um ambulatório integrado em saúde no atendimento odontológico em uma IES.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar o levantamento dos processos de agendamento e confirmação de atendimento do ambulatório estudado
- Analisar o gerenciamento de demanda e capacidade produtiva do ambulatório estudado
- Analisar a capacidade produtiva do ambulatório estudado
- Listar e discutir as principais características do gerenciamento da demanda com a realidade atual do ensino-serviço em saúde e as necessidades envolvidas.

1.3 JUSTIFICATIVA

A Universidade é o local destinado para a formação e aprendizado dos alunos, esta tem papel permanente na formação do cidadão social, que deve articular seus conhecimentos do ensino superior aliados as políticas públicas de saúde, principalmente no que congregam o Sistema único de saúde (SUS) e suas diretrizes assistenciais (Pessoa, Castro, Freitas Reichert e Forte, 2017).

A legislação que regulamenta o funcionamento do SUS agrega valores sobre a formação profissional dos trabalhadores e profissionais de saúde, enfatizando e encorajando a participação dos mesmos em atividades de ensino e pesquisa, estas podem ser estabelecidas mediante parcerias entre as Instituições de ensino (Hadad et al., 2006).

As IES em saúde necessitam atrelar a formação teórico-prática-reflexiva com tomada de decisão aos profissionais de saúde, voltando o olhar humanizado destes profissionais para os princípios e diretrizes do SUS, integrando assim conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, atitudes e valores éticos. Esta visão ocorre no futuro profissional após o mesmo vivenciar na prática os atendimentos à comunidade, as quais auxiliam em sua formação e habilidades de desenvolver práticas voltadas às diretrizes do SUS. (Silva, Amaral, Senna e Ferreira, 2012).

Dessa forma, os estágios supervisionados, que são obrigatórios e previstos nas diretrizes curriculares nacionais (DCN), são atividades que trazem exímia contribuição e o aperfeiçoamento técnico, aliados à compreensão de realidades sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas, permeando uma formação universitária com vistas aos contextos reais vivenciados por uma sociedade (Pessoa, Castro, Freitas Reichert e Forte, 2017).

Em estudo de Gonçalves e Verdi (2007) apontaram algumas questões voltadas para o acesso da população às clínicas de IES, divididas em pontos negativos e positivos, tais como: negativos (distância a ser percorrida, condições econômicas desfavoráveis, fluxo de agendamento complexo e principalmente a falta de informação e comunicação ineficaz entre usuários e servidores); já os pontos positivos incluem a gratuidade de atendimento, a humanização por parte dos docentes e alunos e o atendimento diferenciado e individualizado. Uma forma da população aderir e buscar este tipo de serviço seria por uma “conscientização” dos profissionais e dos próprios usuários sobre que o serviço não é beneficente, e sim uma forma de integração entre os serviços privados e públicos, onde os dois lucram, sendo o setor público desafogado de demanda, cuja a resolutividade é alcançada com os pacientes atendidos em suas necessidades, e o setor privado atendido em sua necessidade de ensino prático, findando e atribuindo o conhecimento prático e experiência com pacientes aos alunos, que se formam mais conscientes, cidadãos e com vistas às perspectivas do SUS. Este cenário faz cumprir a integralidade, universalidade bem como o artigo 196 de 1988 que cita que a saúde é um direito de todos e um dever do estado pela Constituição de 1988.

Os estudantes devem ser inseridos em contextos sociais de todos os níveis de complexidade, para desenvolverem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população. Nesta conjuntura as atividades representaram a possibilidade de desenvolver competências de comunicação, linguagem, bem como também de práticas mais horizontais na relação entre trabalhadores do SUS, estudantes e usuários, que aproximam a formação da realidade do trabalho (Albuquerque et al, 2001 & Almeida et al, 2016)

Os estágios contribuem para o desenvolvimento de estratégias para o bom desempenho da prática clínica, para a educação permanente em saúde, a realização de atividades de

promoção, prevenção e educação em saúde, as quais culminam com os processos de participação popular e potencializam o trabalho dos futuros profissionais, que tem a percepção de segurança ao atuar extramuros da Universidade. (Pessoa, Castro, Freitas Reichert e Forte, 2017)

Dos primórdios da formação em saúde até atualmente houveram muitas mudanças, as quais incluem a reflexão e transformação da interface ensino/trabalho, ou seja, das relações entre o ensino e os serviços de saúde. Os velhos moldes de ensino estão sendo substituídos por métodos capazes de responder adequadamente às necessidades apresentadas pelos serviços, alunos e população. Tais movimentos oscilaram, ao longo das duas últimas décadas, na intensidade e na concentração nas diferentes áreas profissionais e atualmente congregam valores diferenciais na escolha do aluno por determinadas instituições de ensino. (Albuquerque et al, 2007)

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Primeiro será apresentada a fundamentação teórica, cujo referencial bibliográfico norteará acerca dos conceitos e contextualizações. No segundo momento, será aplicado o levantamento dos processos de atendimento, chegada e espera, configurando o sistema de fila existente, por último será analisado a disciplina de fila e seu gerenciamento, propondo ações que possibilitem o gerenciamento da demanda ambulatorial

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estrutura da rede da rede assistencial do SUS

As relações intergovernamentais do SUS, visam concretizar a proposta de acesso universal, integral e equânime à saúde e está definida na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Seus conteúdos definem os fundamentos de organização das políticas de saúde no Brasil e estabelecem que a distribuição de competências entre as esferas de Estado deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, cujo sistema deve permear as esferas nacional, estadual e local, atuando de forma regionalizada com o intuito integrar as ações e serviços de saúde em nível nacional. (Brasil, 2016).

De maneira articulada, cabe a estas esferas dentre inúmeras responsabilidades, definir formas de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorando o nível de saúde dos assistidos, gerir recursos financeiros, eleger políticas de recursos humanos, planejar e promover a articulação de políticas e planos de saúde. Ao nível federal, cabem ações estratégicas que culminam na criação de políticas de saúde, planejamento estratégico, vigilância epidemiológica/sanitária e promoção da descentralização de ações e serviços de saúde, dentre outros. Os Estados possuem responsabilidades sobre atividades de planejamento e coordenação regional das políticas, programas, ações e serviços de saúde existentes, como o monitoramento das redes hierarquizadas no SUS, elaboração de planos, gerenciamento de sistemas de alta complexidade no âmbito estadual e regional, etc. (Brasil, 2016).

Os Municípios são as unidades que estão mais próximas à população e prestam ações de saúde diretas, sobretudo com foco na atenção primária. São compreendidas sob suas responsabilidades por exemplo, a execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, saneamento básico, planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços

de saúde, etc. A configuração descrita acima, confere ao modelo brasileiro, uma característica única por se tratar de um sistema universal em um federalismo tripartite de base local autônoma, com direitos originários de soberania garantidos constitucionalmente. (Brasil, 2016).

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela nova Constituição no cenário nacional, estão os fundamentos de uma ampla transformação do sistema de saúde brasileiro. Tal transformação foi motivada pela união de esforços sociais, quanto à total inadequação do sistema de saúde vigente que se caracterizava por uma situação evidente de precariedade em relação ao controle e prevenção de doenças, sobretudo as condicionadas pelo desenvolvimento social e econômico do país e que o sistema de saúde da época, não apresentava a eficácia necessária para reversão do quadro. A oferta irregular de serviços em alguns lugares e ausência em outros, a centralização demasiada implicando na impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde de fato ocorrem os problemas, os recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e por outro lado, a utilização inadequada dos recursos alocados para o setor, a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, principalmente os mais desprovidos de recursos financeiros, o desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando conflito entre os setores público e privado, superposição de ações, insatisfação dos profissionais da área da saúde, paralisações frequentes, negligências médicas, ineficácia estrutural e assistencial dos serviços oferecidos, falta de controle social e prestação de contas (Ministério da Saúde, 1990).

Considerando este quadro, associado às propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a Constituição de 1988 estabeleceu uma seção sobre a saúde que abrange três aspectos principais: 1 - compreende conceitos abrangentes do SUS - Doutrinas e

Princípios que consideram de maneira determinante, o meio sócio econômico e cultura, no que se refere à atividade econômica exercida, rentabilidade, acesso à educação, etc.), os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2004)

Este conceito considera que a saúde tem como origem ações intersetoriais, além dos próprios órgãos sabidamente vinculados à saúde. 2 - a Constituição legitima o direito de acesso a todos os cidadãos às ações de saúde em todos os níveis necessários, sem nenhuma barreira e deixa claro que a responsabilidade em favorecer este direito é do Governo. 3 - a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários. Passa a existir os serviços complementares prestados por instituições particulares conveniados e sob as diretrizes do SUS (Telesi, 2016).

A logística do SUS deve ser compreendida para que o planejamento e o funcionamento garantido a todos, de forma universal, permitindo ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

Sob este delineamento, são de suma importância as doutrinas do SUS, baseadas em preceitos constitucionais, cujas definições são descritas a seguir. A Universalidade, que é definida pela oferta de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, independentemente de qualquer condição. Ao indivíduo é garantido o direito de cidadania de acesso a todos os serviços públicos de saúde e aos complementares. A Equidade, que é fundamenta por assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades

até o limite do que o sistema puder oferecer para todos e a Integralidade que é o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, sendo que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Além dos princípios doutrinários, existem os princípios organizacionais que regem o SUS, dentre eles a Regionalização e a Hierarquização, que preconizam que, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência e acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando elevado grau de resolubilidade. O acesso da população à rede deve se dar pelos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Outro princípio organizacional é a Resolutividade, que é compreendida pela exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

A Descentralização, que é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

O Controle Social, que consiste na garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução em todos os níveis. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

A Complementariedade do setor privado, compreendida como a insuficiência do setor público, em caso de necessidade de contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições pré-definidas sendo, existência de contrato, a instituição privada em acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS e a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede

assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universalização.

O papel dos gestores das entidades é responsabilizarem-se em fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado dentro dos princípios normatizados dentro das três esferas do Governo. Nos municípios, os gestores são as secretarias municipais de saúde ou as prefeituras, sendo responsáveis pelas mesmas, os respectivos secretários municipais e prefeitos. Nos estados, os gestores são os secretários estaduais de saúde e no nível federal o Ministério da Saúde.

No nível municipal, os gestores programam, executam e avaliam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, pois ninguém melhor que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população do seu município. O secretário estadual de saúde é responsável pela coordenação das ações de saúde do seu estado. Seu plano diretor será a consolidação das necessidades propostas de cada município, através de planos municipais, ajustados entre si. O estado deverá corrigir distorções existentes e induzir os municípios ao desenvolvimento das ações. Assim, cabe também aos estados, planejar e controlar o SUS em seu nível de responsabilidade e executar apenas as ações de saúde que os municípios não forem capazes e/ou que não lhes couber executar.

A nível federal, o gestor é o Ministério da Saúde, cuja missão é liderar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento da coletividade. De forma ampla, cabe a esta esfera formular, coordenar e controlar a política nacional de saúde. Em cada segmento de governo, o gestor deverá se articular com os demais setores da sociedade

que têm interferência direta ou indireta na área da saúde, fomentando sua integração e participação no processo. Apesar da saúde ser um direito de todos e um dever do Estado, isto não dispensa o indivíduo da responsabilidade por seu autocuidado, nem os demais setores que compõe o meio social (Pinafo, E., Carvalho, B. G., & Nunes, E. D. F. P. D, 2016)

Os investimentos e o custeio do SUS são feitos com recursos das três esferas de governo citadas. Os recursos federais provêm do orçamento da Seguridade Social, acrescidos de demais recursos da União. Tais recursos, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para o investimento e custeio das ações federais e a outra é repassada às secretarias de saúde, estaduais e municipais, conforme necessidades de saúde e rede assistencial. Em cada estado, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos alocados pelo próprio governo estadual, de suas receitas, e geridos pela respectiva secretaria de saúde, por meio de um fundo estadual de saúde.

Do total de recursos, uma parte fica retida para as ações e os serviços estaduais, enquanto outra parte é repassada para os municípios, cabendo a estes, destinar parte adequada de seu próprio orçamento para as ações e serviços de saúde de sua população. Assim, cada município irá gerir os recursos federais repassados a ele e os seus próprios recursos alocados pelo governo municipal para o investimento e custeio das ações de saúde de âmbito municipal.

O conceito abrangente de saúde, definido na Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, deixando de ser um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento à demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde, baseado em ações de promoção e proteção, além da recuperação. Para aplicação destes conceitos é necessário conhecer as principais características do perfil

epidemiológico da população, referente às doenças mais frequentes, como também em sobre condições socioeconômicas da comunidade, dos seus hábitos e estilos de vida e de necessidades de saúde.

As ações de promoção e proteção à saúde, são ações que podem ser desenvolvidas por instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e indivíduos, elas visam redução de fatores de risco à saúde da população. Em termos de promoção, são exemplos de ações a educação em saúde, equilibrados padrões nutricionais, estilos de vida saudáveis, acesso adequado aos serviços de saúde, dentre outros. Na prática, o efeito destas ações impacta no incentivo às práticas físicas, hábitos de higiene individual, domiciliar e ambiental e ao mesmo tempo desestimulam o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, etc. As ações devem ser executadas de acordo com o perfil particularizado de cada área geográfica, considerando aspectos como, a melhor forma de abordagem, canal de comunicação, alcance do público alvo, locais estratégicos que viabilizem maior interação.

Em relação à proteção, pode-se citar como exemplos de ações, as vigilâncias epidemiológica e sanitária, campanhas de vacinação, saneamento básico, exames de rotina, entre outros. Pela vigilância epidemiológica, são captadas informações para conhecer e acompanhar o estado de saúde da comunidade de forma dinâmica, favorecendo se necessário, medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde. A vigilância sanitária tem como objetivo garantir a qualidade de serviços, ambientes de trabalho e produtos como alimentos, medicamentos cosméticos, saneantes, agrotóxicos, etc.

Nas ações de recuperação são envolvidos o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes, limitações, invalidez e a reabilitação, são exercidas pelos serviços públicos de

saúde e demais serviços que integram a rede do SUS, nos três níveis citados anteriormente. Como exemplos destas atividades, tem-se consultas médicas e odontológicas, vacinação, atendimento de enfermagem, exames diagnósticos e o tratamento, inclusive em regime de internação, sendo que a realização de todas essas ações para a população deve corresponder às suas necessidades básicas.

O diagnóstico deve ser realizado o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença. Por isso, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde - o diagnóstico e o tratamento, pois tais serviços representam a porta de entrada do sistema de saúde, onde a população toma os seus primeiros contatos com a rede assistencial. O tratamento deve ser prestado ao paciente portador de qualquer alteração de sua saúde, desde uma afecção corriqueira, cujo atendimento pode ser efetuado por pessoal de nível elementar, até uma doença mais complexa, que exige a atenção por profissional especializado e tecnologia avançada.

O tratamento deve ser conduzido com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos. A reabilitação consiste na recuperação parcial ou total das capacidades no processo de doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional. Com essa finalidade, são utilizados não só os serviços hospitalares como os comunitários, visando a reeducação e treinamento, ao reemprego do reabilitado ou à sua colocação seletiva, através de programas específicos junto às indústrias e ao comércio, para a absorção dessa mão de obra. As ações de recuperação da saúde, na maior parte das vezes podem e devem ser planejadas, através de estudos epidemiológicos, definição de cobertura e concentração das ações ambulatoriais e hospitalares, aplicando-se parâmetros de atendimento. No caso

da atenção a grupos de risco, a previsão e planejamento destas ações tornam-se conjugadas às ações de promoção e proteção. Assim vistas, as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento científico da comunidade. Integrando junto às ações promotoras e protetoras, o que podemos chamar de moderna Saúde Pública.

Em apoio à condução do sistema, houve estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais, como forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população brasileira. Como referido anteriormente, a rápida ascensão epidemiológica das doenças crônicas demonstrou, entre outros fatores, a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que estava centrado em eventos agudos e organizado segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização, tornando perceptível a necessidade de se estabelecer processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, baseados em evidências científicas, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população e que de fato sejam efetivos e eficientes (Costa e Ramires, 2014)

Nesta conjuntura, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira. Sua origem data da década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado um relatório como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social após a I Guerra Mundial (Ministério da Saúde, 2012).

A implementação das RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde e de forma interfederativa e tem como objetivo, promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma

atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (Ministério da Saúde, 2012).

Uma das características marcantes das RAS é formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção e pressupor que os pontos de atenção passem a ser entendidos como espaços onde são ofertados alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para que sejam cumpridos os objetivos da rede de atenção. Ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção, as RAS são espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Por exemplo, nesta concepção compreende-se que no raciocínio das RAS, um pronto socorro e um centro de especialidades, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas. Em outra situação, a atenção primária à saúde como centro de comunicação, que, embora seja preconizada a relação horizontal, ou seja, não hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, não significa que um deles não deva ser priorizado, considerando investimentos e alocações de recursos. A lógica de organização do SUS em redes de atenção a partir da atenção primária, reafirma o seu papel de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e de ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços básicos, mantendo o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (Costa e Ramires, 2014).

Pensar nas redes de atenção à saúde como requisito primordial para a qualidade dos atendimentos a nível primário é de suma importância. Pois, a partir da integração do sistema, facilitará melhores possibilidades de atendimento à população e consequentemente possibilitará melhores resultados e cura dos pacientes.

2.2 Parceria setor público e setor privado

O ideal de Parceria Público Privada (PPP), envolve o estabelecimento de relação contratual entre poder público e parceiro privado num âmbito diferente daquele utilizado nos contratos administrativos previstos pela Lei no 8.666 (Brasil, 1993) e são caracterizados nas áreas de educação, saúde e cultura, pela pactuação de metas físicas e de qualidade, controlados também pela sociedade civil em seus conselhos de administração (Barbosa, 2015). A limitação de contratação a entidades sem fins lucrativos e requisitos de qualificação determinados por decretos específicos. Estes contratos enfrentam no espaço dialógico do setor a concorrência entre defensores e detratores do modelo. Estes consideram que saúde constitui atividade indelegável à iniciativa privada, enquanto aqueles defendem uma flexibilização que permita ganhos de eficiência que beneficiem usuários finais. O desenvolvimento de uma relação contratual com a instituição de modelos de concessão que se diferenciam da concessão tradicional pelo aporte complementar de recursos do governo no custeio de atividades de prestação de serviços tarifados (concessão patrocinada) e pelo custeio integral dos serviços prestados pelo parceiro privado aos usuários finais (concessão administrativa) (Brasil, 2004)

A área da saúde, estas questões surgiram como parte de uma tendência que emergiu após a Constituição de 1988, quando se esvaziou a discussão política sobre as novas articulações implementadas nas relações de Estado e Sociedade e privilegiaram-se as

temáticas mais tecnocráticas, como gerenciamento, normatização, avaliação de serviços, entre outras. As instituições de caráter privado sem fins lucrativos, situadas entre o mercado e o Estado, empresas administradas com a lógica do setor privado, porém, com finalidades de interesse público, credenciam-se como um dos principais agentes da sociedade civil nesse processo de reforma do Estado (Cohn, 2001).

Nas últimas décadas, a assistência médico-hospitalar tem sido o foco de implementações de políticas e dispositivos legais que visam à delegação de bens e serviços públicos para entes privados não lucrativos, o que vem resultando em estratégias de reorganização dessa prestação de serviço à população (Carneiro Junior e Elias, 2006).

Os elos entre o serviço público e privado podem ser concretizados de inúmeras maneiras, obedecendo as legislações vigentes e considerando os perfis epidemiológicos e realidades sociais de onde serão instituídas.

A parceria existente entre a Universidade Nove de Julho e a secretaria municipal de São Paulo, tem como objetivo unir esforços para melhoria de saúde da população, oferecendo atendimentos básicos e especializados. Além da contribuição com a saúde da comunidade, existe o ganho acadêmico, cujos atendimentos de saúde em diferentes áreas de formação, possibilitam uma vivência aprimorada e em contato direto com a realidade de saúde em que estão inseridos após conclusão de curso. Esta parceria possui fonte gratuita como forma de prestação de serviços, sendo os casos regulados via sistema e boletim de produção ambulatorial emitido semestralmente. O contrato de vínculo é analisado a cada ano e renovado conforme interesse mútuo.

2.3.1 UNINOVE

A Universidade Nove de Julho - UNINOVE, é uma instituição brasileira de ensino superior, sediada em São Paulo, com unidades localizadas nos bairros da Vila Maria, Barra Funda, Liberdade, Santo Amaro e Vila Prudente, além de unidades situadas em municípios da grande São Paulo e interior do estado.

A instituição oferece cursos nos seguintes níveis de formação, ensino infantil, ensino fundamental e ensino médio, curso técnico profissionalizante, graduação (Licenciatura, Tecnológicos e Bacharelado), superiores de curta duração, pós-graduação Lato Sensu (Especializações e MBA), pós-graduação Stricto Sensu (Mestrados, Doutorados e Pós-Doutorados), residência médica em saúde da família e residência multiprofissional.

A UNINOVE tem como missão, a atividade educacional formativa, para preparar profissionais e cidadãos conscientes e capazes de desenvolver seus projetos de vida, iniciou a oferta de cursos na área de Saúde em 1995, plenamente consolidada nas outras áreas do conhecimento e com toda a responsabilidade, comprometimento e qualidade que lhe são característicos.

Os seguintes cursos de graduação na área da Saúde são oferecidos na UNINOVE: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Biomedicina, Farmácia, Ciências Biológicas, Psicologia, Tecnologia em Radiologia e Enfermagem e Serviço Social. Todos os cursos são reconhecidos pelo Ministério da Educação.

Sob a óptica da qualidade de ensino e da formação de cidadãos responsáveis e comprometidos com a sociedade, a UNINOVE forma profissionais de saúde plenamente capacitados para o mercado de trabalho, seguindo amplo rigor em aspectos técnicos, éticos e legais de sua profissão, com formação cidadã e compromissada com a sociedade

em que estão inseridos. Além disso, possuem a referência da educação permanente como norteadora para seu aprimoramento constante.

A infraestrutura da UNINOVE, disponível aos cursos da área da saúde é um grande diferencial que proporciona um aprendizado consistente e sustentado na experimentação e na vivência prática.

Previamente planejada para a excelência do ensino das disciplinas práticas dos cursos, a infraestrutura laboratorial permite também a execução de atividades de iniciação científica, estágio e atividades de extensão.

As disciplinas de formação básica aos alunos dos cursos de saúde realizam suas aulas práticas nos laboratórios e ambulatórios multidisciplinares, nomeados e direcionados para o desenvolvimento das habilidades previstas na formação geral/básica.

Os ambulatórios Integrados de Saúde, estão localizados nos campi Vila Maria, Memorial e Vergueiro, prestam gratuitamente atendimento multiprofissional à comunidade da cidade de São Paulo e outros municípios. São realizados atendimentos pelos Cursos de Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Enfermagem e Farmácia. Todos os atendimentos são realizados sem ônus pelos alunos, sempre sob supervisão de professores mestres e doutores em suas áreas, e que, além do aspecto profissionalizante, o atendimento ambulatorial possibilita, entrar em contato com problemas reais da sua comunidade, tendo disponíveis, equipamentos e recursos de última geração, utilizados na assistência humanizada. Cabe ressaltar que, os ambulatórios da UNINOVE, com excelente infraestrutura para o atendimento multiprofissional, proporcionam a maior parte dos atendimentos ao paciente, na mesma unidade, evitando deslocamentos, possibilitando maior aderência deste, ao tratamento.

Nas últimas décadas, o setor saúde passou por uma grande e progressiva expansão de desenvolvimento, com uma intensificação a partir da década de 80, apresentando abordagens que emitem dois segmentos da tecnologia em saúde: conceitos de tecnologias de produto, representadas por medicamentos, equipamentos, por exemplo e de tecnologias de processo, que seriam os procedimentos. No caso do setor saúde, apresentando-se imergido por produtos químicos e máquinas, as tecnologias leves são fundamentais para, de forma humanizada, mediar os diversos artefatos que se interpõem entre o profissional de saúde e o paciente, e para garantir a eficácia e eficiência dos cuidados, tornando-os ainda mais efetivos (Santos, Frota e Martins, 2016).

Entre o final do século XVIII e o início do século XIX, a primeira revolução técnico-científica foi estabelecida. Nessa época, as mudanças na produção substituíram a força física do homem pela energia das máquinas, primeiramente pelo vapor e em seguida pela eletricidade. A tecnologia passa a ser entendida como uma atividade do emprego de teorias, processos e métodos científicos para solução de problemas técnicos. A Segunda Guerra Mundial e a revolução industrial deram início à evolução tecnológica e a valorização da ciência. Tal fato possibilitou a adesão da ciência à tecnologia, passando da utilização dos mais simples equipamentos aos sofisticados que substituíram / minimizaram a necessidade da força do homem e desde então o termo “tecnologia” ficou associado às equipamentos e máquinas (Barra, Nascimento, Martins, Albuquerque e Erdmann, 2009).

Não diferentemente de outras áreas, esses avanços tecnológicos também ocorreram na área da saúde com a introdução da informática e de modernos aparelhos, que trouxeram muitos benefícios e rapidez na luta contra as doenças, sendo que, nos últimos anos, houve um grande aumento do desenvolvimento de técnicas e aparelhos que facilitam e

melhoram as condições de atendimento ao cliente na área da saúde (Marques e Souza, 2010).

Após os avanços tecnológicos, a saúde foi beneficiada com melhorias notáveis. Os vários significados dados ao termo tecnologia no ramo da saúde demonstram o quanto esse fenômeno continua influenciando de forma positiva esta área. O grande desenvolvimento científico e industrial e a expansão dos sistemas de atenção à saúde, proporcionaram a ampliação dos processos diagnósticos e terapêuticos utilizados, gerando uma ampla variação das tecnologias incorporadas pelos serviços de saúde (Santos, Frota e Martins, 2016).

As tecnologias na área da saúde são classificadas em três níveis, a tecnologia dura é apresentada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário permanente ou de consumo. A tecnologia levedura, inclui os saberes estruturados e representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, epidemiológica, odontológica, etc. A tecnologia leve é o processo de produção da comunicação, de vínculos, das relações que conduzem o encontro do usuário com necessidades de ações de saúde (Santos, Frota e Martins, 2016).

No que se refere às tecnologias do cuidado, o acolhimento pode se constituir uma tecnologia leve, que visa atingir a integralidade e a humanização do cuidado, através do diálogo, da corresponsabilidade, do vínculo e da escuta ativa entre o usuário do serviço e o profissional de saúde (Jorge, Pinto, Quinderé, Pinto, Sousa e Cavalcante, 2011).

O Brasil tem destaque na aplicabilidade de sua tecnologia, principalmente na área de atenção básica (imunização). Na área de saúde parte da produção é realizada de forma relacional com o usuário final. Quando um profissional utiliza seu conhecimento em benefício da saúde do usuário da sua assistência, tanto para cuidados primários ou na

utilização de softwares, por exemplo, está contribuindo para a construção tecnológica, sendo que as diversas formas de aplicação de tecnologia na saúde estão cada vez mais executáveis (Santos, Frota e Martins, 2016).

Sistemas de informação em saúde (SIS), são sistemas que os profissionais, gestores e demais áreas vinculadas à saúde tem acesso livremente e fazem parte de seu cotidiano. Tais sistemas podem ser definidos como um conjunto de componentes integrados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde. Estes sistemas reúnem um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde (Oliveira, 2010).

Os sistemas foram configurados conforme as necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas agregadas ao Ministério da Saúde e não por meio de uma estratégia ampla que considerasse o setor saúde como um todo. Isto culminou em uma profunda fragmentação das bases de informação do SUS, além de grande redundância na produção de informações em saúde no contexto de cada sistema de informação. Os SIS são influenciados pela organização e integram estruturas do SUS, além de contribuem para sua missão. São compostos por vários subsistemas e tem como objetivo geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Para tanto, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações. (Brasil, 2015)

Como um dos objetivos específicos, está a análise da situação de saúde em nível local, considerando as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença, cabe a este nível responsabilizar-se pela inserção de informações, sua organização e gestão. Pode-se considerar ainda, como objetivos do SIS, organização a da produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis, acompanhar o desenvolvimento de sistemas voltados para as especificidades das diferentes unidades operacionais do sistema de saúde, contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base para ampliar o exercício do controle social e da cidadania. Dentre vários, destacam-se os seguintes sistemas: SIH - Sistema de Informação Hospitalar, CIHA - Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial e CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2015).

3. METODOLOGIA

3.1 Escolha e definição da Metodologia

Ao conjunto de procedimentos formais e sistemáticos, fundamentados por um raciocínio lógico e análises reflexivas, cuja finalidade é a aquisição de conhecimento ou a descoberta de soluções para problemas mediante a aplicação de métodos científicos dá-se a nomenclatura de pesquisa científica (W. C. Rodrigues, 2007; Lakatos & Marconi, 2010; Martins & Theóphilo, 2009). A realização de uma pesquisa pressupõe uma série de conhecimentos anteriores e a utilização da metodologia adequada (Lakatos & Marconi, 2010).

Este trabalho é orientado como pesquisa aplicada, por buscar e propor soluções a problemas enfrentados por empresas em busca de um funcionamento eficiente das organizações (Biancolino, Kniess, Maccari, & Rabechini, 2012; Van Aken, 2007) fundamentado em uma revisão de literatura, em ferramentas e técnicas de tecnologia e nas experiências acadêmicas, interdisciplinares e profissionais dos autores.

A pesquisa-ação, caracteriza o estudo como uma forma de pesquisa social, independente, com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação de implantação de uma alternativa tecnológica com vistas a melhoria da qualidade e eficiência em processos de operadoras de saúde suplementar (Thiollent, 2009; Rocha, 2012).

Como forma de compreensão das origens da pesquisa-ação, Carr (Carr, 2006) considerou que, de maneira generalizada, a história da utilização da metodologia pesquisa-ação é dividida em duas fases distintas: sendo que a primeira abrange o período entre 1920 e 1950 e demonstra a origem da pesquisa-ação nos Estados Unidos devido a um crescente interesse na aplicação de métodos científicos para o estudo de problemas

sociais , sendo que é atribuído a Kurt Lewin, a introdução do termo “*action research*” (pesquisa-ação) para descrever uma metodologia de investigação científica (Carr, 2006).

A segunda etapa na evolução histórica da utilização da pesquisa-ação, como metodologia de pesquisa, tem como referência o ressurgimento do interesse pela pesquisa educacional e currículo no Reino Unido no início da década de 70, a partir da reformulação do método de pesquisa-ação de Lewin (Carr, 2006).

Este tipo de pesquisa advém de um processo de reflexão coletiva, sobre as estratégias operacionais a serem aplicadas, considerando a voz do sujeito e suas perspectivas para o registro, análise e posterior interpretação, assim como segmento da metodologia da investigação. Nesse caso, a metodologia não se estabelece por meio das etapas de um método propriamente dito, mas se organiza a partir das situações relevantes que são identificadas durante este processo (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann, & Albuquerque, 2009).

De acordo com Theóphilo (Theóphilo e Martins, 2009), a pesquisa-ação é definida como um método de investigação acadêmica caracterizada com o propósito em realizar ações planejadas sobre problemas práticos identificados. Neste tipo de pesquisa, os pesquisadores participam junto com demais atores e de forma interativa, identificam e buscam soluções de situações reais, o que lhe afere a característica de não poder ser confundida como pesquisa participante. Na pesquisa-ação os pesquisadores desempenham um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, no acompanhamento e na avaliação das ações desencadeadas em função dos problemas (...) a pesquisa-ação exige uma estrutura de relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada que seja de tipo participativo (...) a participação do pesquisador não qualifica a especificidade da pesquisa-ação, que consiste em organizar a investigação em torno da concepção, do desenrolar e da avaliação de uma ação planejada (...) Nesse sentido, pesquisa-ação e pesquisa participante não deveriam ser confundidas (Thiollent, 2009, p.13)”.

Desta forma, a pesquisa-ação favorece a intervenção e interação do pesquisador no objeto pesquisado, analisando e descrevendo o seu objetivo, de forma a incentivar todos os participantes, de forma a produzir novos conhecimentos (Maccari, Rodrigues, Alessio e Quoniam, 2011; Gibertoni, 2007). Por meio deste tipo de pesquisa, possibilita-se a criação de bases para a realização da análise crítica sobre as ações, criando um alicerce empírico concebido e realizado por meio de uma relação com a resolução de um problema prático (Theóphilo e Martins, 2009). No processo da pesquisa-ação é essencial

realizar o diagnóstico da situação problema, formular uma estratégia de trabalho, desenvolver as estratégias para a avaliação, a análise, o diagnóstico e a solução (Theóphilo e Martins, 2009).

Uma Pesquisa-Ação comporta três aspectos simultâneos, se analisada como pesquisa inserida na ação, conforme afirma Thiollent:

“(a) Pesquisa sobre os atores sociais, suas ações, transações, interações; seu objetivo é a explicação; (b) pesquisa para dotar de uma prática racional as práticas espontâneas; seu objetivo é a aplicação. (c) Pesquisa por, ou melhor, pela ação, isto é, assumida por seus próprios atores (autodiagnóstico e autoprognóstico) tanto em suas concepções como em sua execução e seus acompanhamentos; seu objetivo é a implicação (Thiollent, 2009, p. 7)”

A aplicação da pesquisa-ação nos estudos em organizações engloba particularmente a área de administração, aspectos culturais, tecnologia e inovação, destinada a trabalhar questões complexas, com destaque a situações que necessitam de aprimoramento ou situações de crise, tendo como característica a o diagnóstico e a solução (Theóphilo e Martins, 2009).

A metodologia da pesquisa-ação apresenta dois propósitos, sendo o primeiro, o auxílio à reflexão, formulação e/ou a implementação da ação e segundo, o desenvolvimento, enriquecimento ou teste de quadros referenciais teóricos ou modelos relevantes ao fenômeno em estudo (Maccari et al., 2011), permitindo uma pesquisa nas ciências sociais que possa provocar transformações em organizações por meio da pesquisa e da ação simultaneamente (Koerich et al., 2009). Nesta modalidade de pesquisa, o grande desafio para os pesquisadores é definir e encontrar modelo com rigor científico adequado, sem infringir a importância, mas com intervenção sendo parte central na pesquisa (Gibertoni, 2007)

A pesquisa-ação requer um planejamento de trabalho, com base em fases ordenadas cronologicamente e a definição de um plano de ação (Maccari et al., 2011; Thiollent, 2009), contudo não encontra-se na literatura acadêmica consenso em relação à

quantidade e a função das diferentes fases e ciclos de pesquisa. Gibertoni (Gibertoni, 2007) identificou que há semelhanças entre os modelos de três diferentes correntes e escolas de pensamento, as quais podem ser observadas na figura 11.

Fases	Thiollent	Susman e Everet	Coughlan e Coughlan
1	Diagnóstico Exploratório	Diagnóstico	Coleta de Dados
2	Pesquisa Aprofundada	Planejamento	Realimentação dos Dados
3	Ação	Execução e Ação	Análise dos Dados
4	Avaliação	Avaliação	Planejamento das Ações
5		Aprendizagem	Implementação
6			Avaliação

Quadro 1 - Comparação entre as fases da pesquisa-ação

Fonte: Adaptado de Gibertoni (2007)

Os modelos de Susman e Everet e de Coughlan e Coughlan, além de ter mais fases que o modelo de Thiollent, também tem como característica um processo cíclico, que se repete sucessivamente, enquanto o de Thiollent utiliza em sua abordagem ciclo fechado de pesquisa de quatro fases (Gibertoni, 2007), desta forma, para a condução deste trabalho em paralelo com um projeto de implantação de uma solução em uma situação prática com início, meio e fim bem definidos, adotou-se o modelo de pesquisa-ação de quatro fases de Thiollent, as quais, segundo Théophilo e Martins (Theóphilo e Martins, 2009), possuem as seguintes características: Fase Exploratória, Fase da Pesquisa Aprofundada, Fase da ação: divulgação dos resultados, Fase da Avaliação.

3.2 Descrição da Metodologia e Processo Investigativo

O rigoroso controle na utilização dos instrumentos de pesquisa é fundamental para evitar erros e falhas resultantes de informantes tendenciosos, desta forma para que este trabalho alcance seu objetivo a pesquisa deverá seguir uma série de etapas sequenciais e

bem definidas, iniciando pela escolha do tema do estudo até a obtenção dos resultados e elaboração do documento com os resultados (Lakatos e Marconi, 2010).

3.2.1 Fase Exploratória

Na primeira fase deste trabalho será realizada a identificação do problema proposto e realizado o levantamento da situação por meio da exploração dos processos para afiliação no ambulatório da IES, planejamento da agenda de atendimento de pacientes e demanda no agendamento e acompanhamento de agenda, levantamento dos pontos de deficiência, realizando o diagnóstico da situação.

Nesta fase será validado o projeto de pesquisa com base no objetivo e questão de pesquisa apresentados para um ambulatório de uma IES.

3.2.2 Fase da Pesquisa Aprofundada

A Fase da Pesquisa aprofundada é dividida e apoiada em quatro pilares de sustentação:

Pilar 1: Levantamento bibliográfico

Pilar 2: Planejamento

Pilar 3: Execução das ações de acompanhamento da demanda

Pilar 4: Análise e proposição de modelo de gerenciamento da demanda

3.2.2.1 O levantamento bibliográfico

Será realizado um levantamento bibliográfico sobre o SUS, os problemas de demanda e a formação do profissional para esta finalidade, relacionando essa situação com as parcerias ensino-serviço e como estas influenciam positivamente na formação do profissional por meio da garantia da execução de atividades práticas, associado à

importância de ter um modelo e um sistema de informação com central de atendimento para captação de pacientes.

3.2.2.2 Mapeamento de ferramentas de tecnologia da informação

Com base análise do referencial teórico, apresentado, seguiu-se um levantamento junto ao gestor do ambulatório da UNINOVE a respeito dos possíveis gargalos dos processos de gerenciamento da demanda em ambulatório da IES. Os apontamentos feitos pelo gestor, seguido da convergência de análise dos processos, levantamento de atendimentos e análise da jornada do cliente resultaram no relatório dos “Elementos Primários de Avaliação” (EPA). Para cada Elemento Primário de Avaliação foram agregadas ações e operações necessárias, chamadas neste trabalho como “conceitos”.

Para cada conceito foi realizada uma análise comparativa com as definições, características e funcionalidades dos sistemas de gerenciamento da demanda. Um aspecto importante a ser considerado é que a análise da demanda por sistemas informatizados (software) está longe de ter padrões de medição com resultados sem a existência de fatores subjetivos, por envolver múltiplas variáveis relevantes (Reisswitz, 2009). Por este motivo, buscou-se na literatura formas de minimizar a subjetividade desta análise.

Como premissa adotou-se que funcionalidade é a capacidade de um sistema de computador prover recursos que satisfaçam o usuário em suas necessidades, dentro de um determinado contexto (Reisswitz, 2009), sendo que o quanto o conjunto de funcionalidades de um dado sistema é adequado às necessidades dos usuários é chamado de adequação (ABNT, 2003).

As ferramentas devem ser avaliadas individualmente em relação a suas funcionalidades (Reisswitz, 2009), sendo que o método para avaliação adotado foi

adaptado da proposta de modelo para avaliação de produtos de software, de Lúcio André Mendonça dos Anjos e Hermano Perrelli de Moura (dos Anjos & de Moura, 2009).

3.2.2.3 Levantamento das Causas Gargalos

Implantação Piloto dos modelos e ferramentas propostas e Avaliação dos Resultados.

Os resultados serão apresentados de duas formas: análise de requisitos funcionais e aderência às determinações das Boas Práticas de Atendimento ao Cliente, com base na pesquisa funcional indicada no item 3.2.2.2 - Mapeamento de ferramentas de tecnologia da informação - Análise Quantitativa em porcentagem. Por meio da análise de ganho de desempenho nas respostas as demandas, com base na pesquisa e análise funcional dos processos antes e depois da implantação de ferramenta de tecnologia da informação e avaliação dos Resultados

3.4 Fase da Ação

Será realizada a avaliação e análise dos resultados, frente a pesquisa bibliográfica e referencial teórico. Após a compilação dos dados será realizada a divulgação interna para os gestores do ambulatório da UNINOVE analisada e demais interessados (stakeholders).

3.5 Fase da Avaliação

Realização de uma profunda avaliação dos resultados encontrados frente aos objetivos dos trabalhos.

2018							
FEV	Revisão bibliográfica						
MAR		Discussão teórica e determinação dos objetivos					
ABR			Planejamento das ações				
MAI				Execução das ações			
JUN					Implementação		
AGO						Avaliação	
SET							Divulgação de resultados

Quadro 2 - Fase da Avaliação

3.6 Apresentação do Ambulatório

A Universidade Nove de Julho- UNINOVE é uma instituição brasileira de ensino superior, sediada em São Paulo, com unidades localizadas nos bairros da Vila Maria, Barra Funda, Liberdade, Santo Amaro e Vila Prudente, além de unidades situadas em municípios da grande São Paulo e interior do estado.

A instituição oferece cursos nos seguintes níveis de formação, ensino infantil, ensino fundamental e ensino médio, curso técnico profissionalizante, graduação (Licenciatura, Tecnológicos e Bacharelado), superiores de curta duração, pós-graduação Lato Sensu (Especializações e MBA), pós-graduação Stricto Sensu (Mestrados, Doutorados e Pós-Doutorados), residência médica em saúde da família e residência multiprofissional.

A instituição tem como missão, a atividade educacional formativa, para preparar profissionais e cidadãos conscientes e capazes de desenvolver seus projetos de vida, iniciou a oferta de cursos na área de Saúde em 1995, plenamente consolidada nas outras

áreas do conhecimento e com toda a responsabilidade, comprometimento e qualidade que lhe são característicos.

Os seguintes cursos de graduação na área da Saúde são oferecidos: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Biomedicina, Farmácia, Ciências Biológicas, Psicologia, Tecnologia em Radiologia e Enfermagem e Serviço Social. Todos os cursos são reconhecidos pelo Ministério da Educação.

Sob a óptica da qualidade de ensino e da formação de cidadãos responsáveis e comprometidos com a sociedade, a instituição forma profissionais de saúde plenamente capacitados para o mercado de trabalho, seguindo amplo rigor em aspectos técnicos, éticos e legais de sua profissão, com formação cidadã e compromissada com a sociedade em que estão inseridos. Além disso, possuem a referência da educação permanente como norteadora para seu aprimoramento constante.

Infraestrutura da área da Saúde

A infraestrutura da instituição, disponível aos cursos da área da saúde é um grande diferencial que proporciona um aprendizado consistente e sustentado na experimentação e na vivência prática.

Previamente planejada para a excelência do ensino das disciplinas práticas dos cursos, a infraestrutura laboratorial permite também a execução de atividades de iniciação científica, estágio e atividades de extensão.

As disciplinas de formação básica aos alunos dos cursos de saúde realizam suas aulas práticas nos laboratórios e ambulatórios multidisciplinares, nomeados e direcionados para o desenvolvimento das habilidades previstas na formação geral/básica.

Os Ambulatórios Integrados de Saúde (AIS)

Os ambulatórios Integrados de Saúde, estão localizados nos campi Vila Maria, Memorial e Vergueiro, prestam gratuitamente atendimento multiprofissional à comunidade da cidade de São Paulo e outros municípios. São realizados atendimentos pelos Cursos de Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Enfermagem e Farmácia. Todos os atendimentos são realizados sem ônus pelos alunos, sempre sob supervisão de professores mestres e doutores em suas áreas, e que, além do aspecto profissionalizante, o atendimento ambulatorial possibilita, entrar em contato com problemas reais da sua comunidade, tendo disponíveis, equipamentos e recursos de última geração, utilizados na assistência humanizada. Cabe ressaltar que, os ambulatórios da instituição, com excelente infraestrutura para o atendimento multiprofissional, proporcionam a maior parte dos atendimentos ao paciente, na mesma unidade, evitando deslocamentos, possibilitando maior aderência deste, ao tratamento.

Análise dos Resultados

Quanto aos elementos primários de avaliação obtidos junto ao gestor do ambulatório e registros estatísticos de demanda, pode-se apresentar as seguintes demandas por área de especialização da saúde

A – DEMANDA

Estatísticas de atendimento - 2013 a 2018

2013.1

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	987	1533	1857	4.377
FARMÁCIA	56	-	-	56
FISIOTERAPIA	3166	850	-	4.016
MEDICINA	-	320	274	594
NUTRIÇÃO	983	452	589	2.024
ODONTOLOGIA	-	-	10.185	10.185
PSICOLOGIA	-	158	2962	3.120
TOTAL	5.192	3.313	15.867	24.372

Quadro 3 - Estatísticas de atendimento 2013-1

2013.2

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1120	1742	2001	4.863
FARMÁCIA	80	-	-	80
FISIOTERAPIA	2411	742	-	3.153
MEDICINA	-	324	6.499	6.823
NUTRIÇÃO	825	452	243	1.520
ODONTOLOGIA	-	-	13.845	13.845
PSICOLOGIA	-	158	2060	2.218
TOTAL	4.436	3.418	24.648	32.502

Quadro 4 - Estatísticas de atendimento 2013-2

Total 2013

MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
9.628	6.731	40.515	56.874

Quadro 5 - Estatísticas de atendimento total 2013

2014.1

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1352	1942	2174	5.468
FARMÁCIA	102	-	-	102
FISIOTERAPIA	2039	7.130	-	9.169
MEDICINA	-	1761	6.499	8.260
NUTRIÇÃO	756	452	735	1.943
ODONTOLOGIA	-	-	23.651	23.651
PSICOLOGIA	-	158	3.959	4.117
TOTAL	4.249	11.443	37.018	52.710

Quadro 6 - Estatísticas de atendimento 2014-1

2014.2

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1487	2054	2314	5.855
FARMÁCIA	118	-	-	118
FISIOTERAPIA	2140	7.130	-	9.270
MEDICINA	-	1761	6.499	8.260
NUTRIÇÃO	899	452	735	2.086
ODONTOLOGIA	-	-	31.921	31.921
PSICOLOGIA	-	158	4.857	5.015
TOTAL	4.644	11.555	46.326	62.525

Quadro 7 - Estatísticas de atendimento 2014-2

Total 2014

MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
8.893	22.998	83.344	115.235

Quadro 8 - Estatísticas de atendimento total 2014

2015.1

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1652	2350	2574	6.576
FARMÁCIA	127	100	170	397
FISIOTERAPIA	1866	1450	-	3.316
MEDICINA	-	1955	1387	3.442
NUTRIÇÃO	911	534	799	2.244
ODONTOLOGIA	-	-	35.845	35.845
PSICOLOGIA	-	190	5.120	5.310
RESIDÊNCIA MULTI	-	410	5.157	5.567
SERVIÇO SOCIAL	-	10	184	194
TOTAL	4.556	6.999	51.236	62.791

Quadro 9 - Estatísticas de atendimento 2015-1

2015.2

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1825	2681	2914	7.420
FARMÁCIA	135	127	312	574
FISIOTERAPIA	3200	1570	-	4.770
MEDICINA	-	1715	1523	3.238
NUTRIÇÃO	1393	841	958	3.192
ODONTOLOGIA	-	-	39.547	39.547
PSICOLOGIA	-	224	5.384	5.608
RESIDÊNCIA MULTI	-	542	5.487	6.029
SERVIÇO SOCIAL	-	33	269	302
TOTAL	6.553	7.733	56.394	70.680

Quadro 10 - Estatísticas de atendimento 2015-2

Total 2015

MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
11.109	14.732	107.630	133.471

Quadro 11 - Estatísticas de atendimento total 2015

2016.1

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1.098	5.801	3144	7.043
FARMÁCIA	56	110	493	659
FISIOTERAPIA	5.861	7.130	-	12.991
MEDICINA	-	1761	6.499	8.260
NUTRIÇÃO	1.435	452	735	2.622
ODONTOLOGIA	-	-	72.923	72.923
PSICOLOGIA	-	158	8.718	8.876
RESIDÊNCIA MULTI	-	970	8.241	9.211
SERVIÇO SOCIAL	-	18	419	437
TOTAL	8.450	16.400	98.172	123.022

Quadro 12 - Estatísticas de atendimento 2016-1

2016.2

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	3.610	7.350	4.087	15.047
FARMÁCIA	150	835	493	1.478
FISIOTERAPIA	6.138	6.297	-	12.435
MEDICINA	-	2.037	5.746	7.783
NUTRIÇÃO	1.247	118	766	2.131
ODONTOLOGIA	-	-	81.530	81.530
PSICOLOGIA	-	-	8.718	8718
RESIDÊNCIA MULTI	-	-	11.621	11.621
SERVIÇO SOCIAL	-	-	419	419
TOTAL	11.145	16.637	113.380	141.162

Quadro 13 - Estatísticas de atendimento 2016-2

Total 2016

MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
19.595	33.037	211.552	264.184

Quadro 14 - Estatísticas de atendimento total 2016

2017.1

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	2.742	5.378	3.566	11.686
FARMÁCIA	-	949	560	1.509
FISIOTERAPIA	8.195	10.147	-	18.342
MEDICINA	63	3.495	2.822	6.380
NUTRIÇÃO	898	864	608	2.370
ODONTOLOGIA	-	-	94.730	94.730
PSICOLOGIA	-	265	7.284	7.549
RESIDÊNCIA MULTI	1.076	5.895	1.574	8.545
SERVIÇO SOCIAL	-	-	350	350
TOTAL	12.974	26.993	111.494	151.461

Quadro 15 - Estatísticas de atendimento 2017-1

2017.2

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	1.072	2.478	2.616	6.166
FARMÁCIA	561	915	746	2.222
FISIOTERAPIA	7.292	9.933	-	17.225
MEDICINA	4	3.532	2.400	5.936
NUTRIÇÃO	556	827	731	2.114
ODONTOLOGIA	-	-	98.410	98.410
PSICOLOGIA	-	415	10.774	11.189
RESIDÊNCIA MULTI	819	1.322	5.775	7.916
SERVIÇO SOCIAL	-	-	41	41
TOTAL	10.304	19.422	121.493	151.219

Quadro 16 - Estatísticas de atendimento 2017-2

Total 2017

MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
23.278	46.415	232.987	302.680

Quadro 17 - Estatísticas de atendimento total 2017

2018.1

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	12.580	16.354	21.804	50.738
ESTÉTICA	1.188	-	450	1.638
FARMÁCIA	117	365	332 (VG) 185 (VP) 155 (SA)	1.454
FISIOTERAPIA	6.353	10.103	-	16.456
MEDICINA	22	3.703	2.197	5922
NUTRIÇÃO	752	863	530	2145
ODONTOLOGIA	-	-	141.087	141.087
PSICOLOGIA	-	494	8.501	8995
RESIDÊNCIA MULTI	17	2.161	6.375	8553
SERVIÇO SOCIAL	-	15	208	223
TOTAL	21.029	34.358	181.824	237.211

Quadro 18 - Estatísticas de atendimento 2018-1

2018.2

CURSOS	MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
ENFERMAGEM	23.212	14.298	29.102	66.612
ESTÉTICA	1.653	0	12	1.665
FARMÁCIA	513	1.190	2.149 (VG, SA e VP)	3.852
FISIOTERAPIA	6.913	10.558	0	17.471
MEDICINA	0	2.594	2.082	4.676
NUTRIÇÃO	1.013	1.724	1.074	3.811
ODONTOLOGIA	0	0	154.826	154.826
PSICOLOGIA	0	647	10.870	11.517
RESIDÊNCIA MULTI	14	0	13.039	13.053
SERVIÇO SOCIAL	0	427	415	842
TOTAL	33.318	31.438	213.569	278.325

Quadro 19 - Estatísticas de atendimento 2018-2

Total 2018

MEMORIAL	VILA MARIA	VERGUEIRO	TOTAL
54.347	65.796	395.393	515.536

Quadro 20 - Estatísticas de atendimento total 2018

Série histórica 2013 a 2018

UNIDADE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
MEMORIAL	9.628	8.893	11.109	19.595	23.278	54.347	126.850
VILA MARIA	6.731	22.998	14.732	33.037	46.415	65.796	189.709
VERGUEIRO	40.515	83.344	107.630	211.552	232.987	395.393	1.071.421
TOTAL	56.874	115.235	133.471	264.184	302.680	515.536	1.387.980

Quadro 21 - Estatísticas de atendimento série histórica

B - ESTATÍSTICA DA DEMANDA FRENTE A CAPACIDADE PRODUTIVA DO AMBULATÓRIO DA UNINOVE - VERGUEIRO

Os dados apresentados abaixo mostram que o atendimento agendado nos períodos de atendimentos segue o tempo médio padrão apresentados nas estatísticas da central de recepção / atendimento.

Atendimento				
Rótulos de Linha	Período	Mínimo_Senha_Guichê	Média_Senha_Guichê	Máximo_Senha_Guichê
Com agenda	Noite	00:01:00	00:21:48	01:13:00
	Tarde	00:00:00	00:24:43	01:30:00
	Manha	00:00:00	00:19:26	01:10:00
Sem agenda	Noite	00:04:00	00:26:53	01:08:00
	Tarde	00:02:00	00:23:23	01:35:00
	Manha	00:01:00	00:21:07	01:04:00
Total geral		00:00:00	00:21:30	01:35:00

Tabela 1 - Tempo de atendimento: senha x guichê

Especialidade (Tudo)

Atendimento									
Rótulos de Linha	Período	Mínimo Guichê Consultório	Média Guichê Consultório	Máximo Guichê Consultório					
Com agenda	Noite	00:10:00	00:27:00	00:41:00					
	Tarde	00:01:00	00:39:22	02:57:00					
	Manha	00:02:00	00:56:01	03:52:00					
Sem agenda	Noite								
	Tarde								
	Manha								
Total geral		00:04:00	00:48:00	01:51:00					

Tabela 2 - Tempo de atendimento: guichê x consultório

Atendimento				
Rótulos de Linha	Período	Mínimo_Anamnese	Média_Anamnese	Máximo_Anamnese
Com agenda	Noite	00:00:00	00:00:00	00:00:00
	Tarde	00:00:00	00:01:27	02:24:00
	Manha	00:00:00	00:00:55	03:02:00
Sem agenda	Noite	00:00:00	00:00:00	00:00:00
	Tarde	00:00:00	00:00:00	00:01:00

	Manha	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Total geral		00:00:00	00:00:46	00:01:00

Tabela 3 - Tempo de atendimento: anamnese

Especialidade (Tudo)

Atendimento					
Rótulos de Linha	Período	Mínimo_Resultado	Média_Resultado	Máximo_Resultado	
Com agenda	Noite	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
	Tarde	00:00:00	00:11:56	17:22:00	
	Manha	00:00:00	00:04:13	13:36:00	
Sem agenda	Noite	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
	Tarde	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
	Manha	00:00:00	00:00:00	00:00:00	00:00:00
Total geral		00:00:00	00:04:51	00:00:00	

Tabela 4 - Tempo de atendimento: resultado

**B – CALCULO DA CAPACIDADE PRODUTIVA INSTALADA EM MINUTOS
FRENTE A DEMANDA APRESENTADA PRODUTIVA DO AMBULATÓRIO
DA UNINOVE - VERGUEIRO**

Atendimento		
Rótulos de Linha	Paciente	Capacidade Instalada em minutos
Manha		
07 às 08	26	120
08 às 09	86	120
09 às 10	55	120
10 às 11	42	120
11 às 12	15	120
12 às 13	17	120
Tarde		
13 às 14	38	120
14 às 15	70	120
15 às 16	35	120
16 às 17	11	120
17 às 18	9	120
Noite		
18 às 19	14	60

19 às 20	2	60
20 às 21	11	60
Total Geral	431	

Tabela 5 - Capacidade produtiva

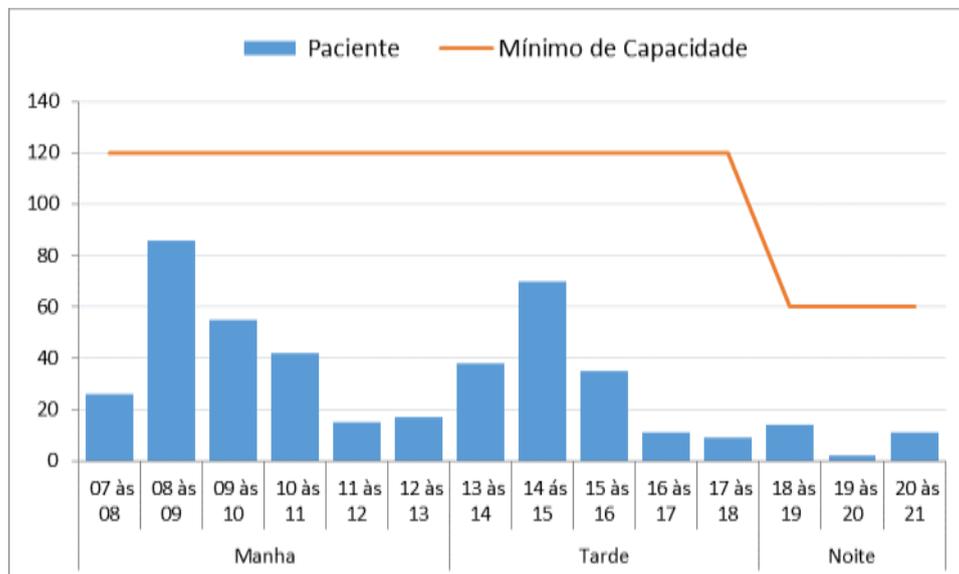


Gráfico 1 - Capacidade produtiva

A tabela 5 e o gráfico 1 demonstram que há uma capacidade produtiva instalada acima da demanda de pacientes nos horários das 7 às 21 horas, sendo que as variações de capacidade produtiva e de demanda também seguem um padrão de excesso de recursos que deverá ser readequado, ou em estudos futuros avaliados os processos que por ventura não foram inseridos nos levantamentos gerenciais.

Segundo Caon e Correa (2013), capacidade é o nível máximo que um processo pode atingir ao operar, sob condições normais, em determinado período de tempo, portanto este gerenciamento é fundamental para que se avalie se há uma produção aquém da produtividade e demais muito acima. Em se tratando de serviço de saúde ambulatorial em IES, a variabilidade da capacidade produtiva e das chegadas comprometem o desempenho do serviço.

Embora, tenha sido apresentado uma produção do processo de atendimento com tempos agendados, observou-se que os pacientes criam um gargalo para o serviço, o não cumprimento do horário estipulado.

Relato do gestor, também remete a situação de que essa variabilidade é encontrada na grade de alocação de alunos, futuros profissionais de saúde que, sob supervisão, atendem parte da demanda.

“dependendo da natureza da demanda, o uso de diferentes partes de uma operação pode atingir sua capacidade máxima e atuar como uma restrição para toda a operação". Além das questões relativas aos gargalos, particularmente em operações de serviço, há o desafio de se estabelecerem medidas de capacidade. O principal problema com a medição da capacidade é a complexidade da maior parte dos processos produtivos. Somente quando a produção é altamente padronizada e repetitiva é fácil definir a capacidade. Slack (2002, p.345),”.

C - PROPOSIÇÃO DE UM MODELO DE GERENCIAMENTO DE FILAS PRODUTIVA DO AMBULATÓRIO DA UNINOVE - VERGUEIRO

Tendo-se que em serviços de saúde, a variabilidade, a sazonalidade, a intangibilidade e as demandas aleatórias, dificultam o estabelecimento das medidas de capacidade. Quando a medida se refere a capacidade produtiva instalada , o grau de dificuldade se elevam , a variabilidade na capacidade de atender os pacientes, dentre eles cansaço, conhecimento profissional e habilidades individuais são fatores que impactam na capacidade produtiva de recepção/atendimento, mesmo que essa esteja em número acima da demanda , sendo assim a informação sobre a capacidade disponível será uma aproximação devido a variações que podem ocorrer durante as operações, particularmente em processos intensivos em mão de obra (CORREA E CORREA, 2004)

Os levantamentos foram realizados compreendem um período de 16 horas, iniciando-se às 7 horas e terminando às 23 horas. Esse corte de tempo, no turno de 24 horas, deve-se ao fato de que o fluxo significativo de pacientes ocorre neste período,

conforme se pode constatar no estudo da demanda por atendimento. O dia escolhido foi 11 de abril de 2005. Para cada experimento foram realizadas 100 replicações com o intuito de eliminar distorções e garantir a consistência dos resultados. Cada replicação equivale a um dia de operação da unidade de emergência nas condições mencionadas. Os resultados obtidos em relação ao indicador tempo médio de espera para os pacientes com casos urgentes e os com casos ambulatoriais. Conforme se pode observar e considerando-se os efeitos sobre o fluxo de pacientes, são aquelas que mostram os melhores resultados em termos de redução no tempo de espera, com conseqüente redução das filas.

A partir dos dados coletados do Ambulatório da UNINOVE – Vergueiro projetou-se uma simulação simples dos dados para uma demanda ajustada entre o atendimento médio e a capacidade instalada de acordo com a média de demanda, (tabela 6)

Rótulos de Linha	Atendimento	
	Projeção_Media	Capac_Ajust_Med
Manha		
07 às 08		
	1	29
08 às 09		
	3	67,8
09 às 10		
	3	51,4
10 às 11		
	2	38,4
11 às 12		
	1	12
12 às 13		
	1	18
Tarde		
13 às 14		
	2	31,4
14 às 15		
	2	46
15 às 16		
	1	22,6
16 às 17		

	1	12,4	12,4
17 às 18			
	0	7	7
Noite			
18 às 19			
	1	10	10
19 às 20			
	0	7,666666667	7,666666667
20 às 21			
	0	8	8
21 às 22			
	0	2,5	2,5

Tabela 6 - Projeção média

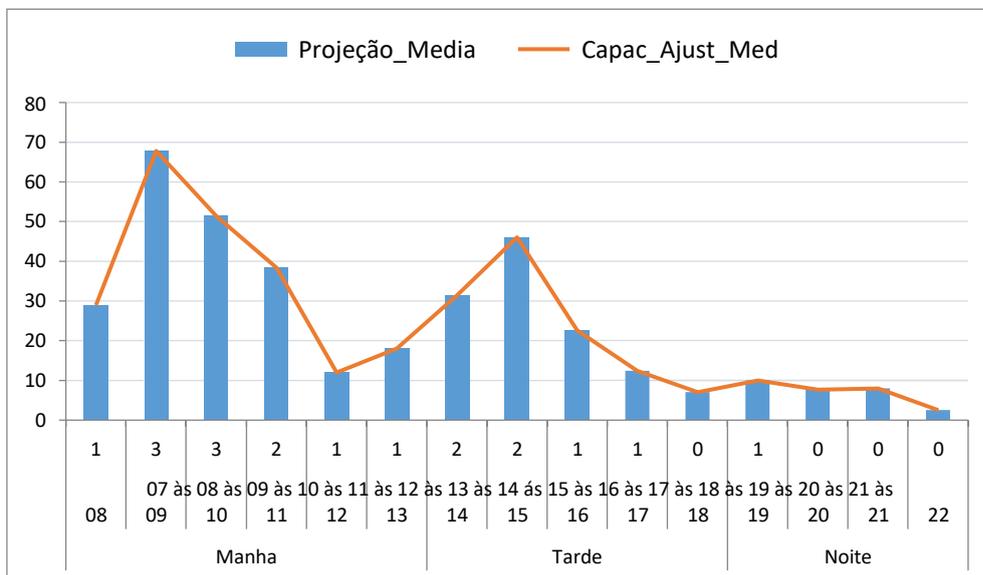


Gráfico 2 - Projeção média

Da mesma forma, buscou-se ajustar a capacidade produtiva para os padrões mínimos de alocação, simulando uma demanda variável temporal Produtiva Do Ambulatório da UNINOVE - Vergueiro, (tabela 7)

Atendimento		
Rótulos de Linha	Projeção_Minima	Cap_Ajust_Min
Manha		
07 às 08		
	1	19
		19

08 às 09			
	2	44,05763281	44,05763281
09 às 10			
	2	34,80783317	34,80783317
10 às 11			
	2	33,57299265	33,57299265
11 às 12			
	0	7,757359313	7,757359313
12 às 13			
	1	12,75595576	12,75595576
Tarde			
13 às 14			
	1	22,35566476	22,35566476
14 às 15			
	2	31	31
15 às 16			
	1	11,05443808	11,05443808
16 às 17			
	1	4,963603023	4,963603023
17 às 18			
	1	3,633498354	3,633498354
Noite			
18 às 19			
	1	4,85218493	4,85218493
19 às 20			
	1	2,535065227	2,535065227
20 às 21			
	1	2,803847577	2,803847577
21 às 22			
	1	1,792893219	1,792893219

Tabela 7 - Projeção mínima

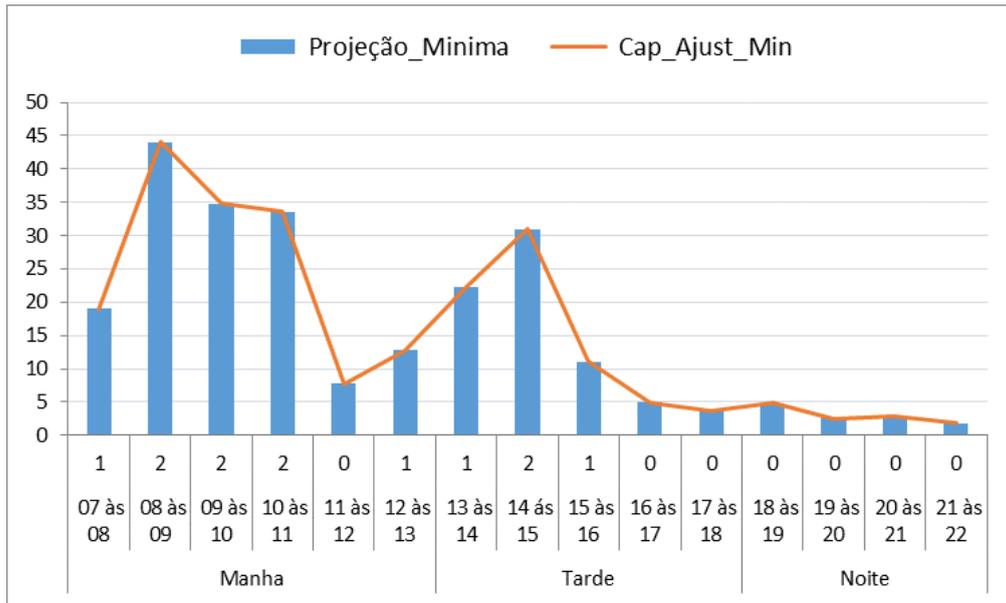


Gráfico 3 - Projeção mínima

D - SIMULAÇÃO DA VARIAÇÃO TEMPORAL DE CHEGADA E CAPACIDADE PRODUTIVA DO ATENDIMENTO

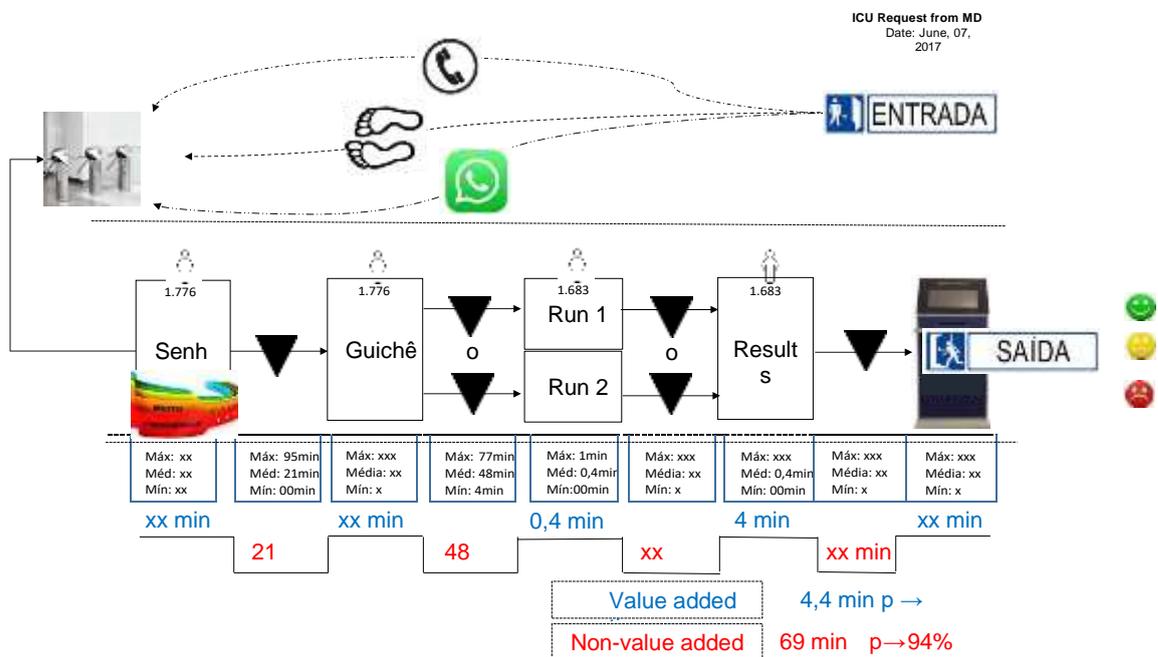


Figura 1 - Simulação da variação temporal

A simulação do modelo, realizada no *software* QuestionPro CX, apresenta a entrada no sistema Ambulatório da UNINOVE - VERGUEIRO, utilizando-se o método de primeiro a entrar primeiro a ser atendido, por meio de senha em filas múltiplas.

O modelo mostra que há uma fila estruturada por senha com tempo médio de espera de 21 minutos, com capacidade produtiva e processo adequado atenderá 1.776 pacientes no tempo médio de 21 minutos, para um único posto de trabalho.

Para a mesma demanda, adicionando-se um novo posto de trabalho, pode-se reduzir o volume de atendimento para 1.683 pacientes, considerando que a diferença estará ainda na fila dinâmica de senha, acarretando um tempo médio de atendimento de 48 minutos para este volume e um tempo máximo de 77 minutos.

A simulação do modelo apresenta um ganho no valor do tempo (value time) de 4 minutos, sendo que 94 % da demanda serão atendidos dentro do tempo padrão.

Deve-se ressaltar que a simulação do modelo apresenta a possibilidade de agendamento por telefone, rede social ou pessoalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de gerenciamento da demanda de clientes, aplicado como simulação, pode contribuir para a parceria ensino-serviço no atendimento em ambulatório de IES, uma vez que demonstra a capacidade de produção do atendimento/recepção frente a variabilidade de demanda da população.

A utilização da simulação no Ambulatório da Uninove – Vergueiro, contribui na melhoria do gerenciamento dos processos atendimento aos em pacientes com ou sem agendamento.

A percepção antecipada por parte do gestor da necessidade de adequação dos processos simulados na demanda máxima e mínima dos processos de atendimento dos pacientes, mostrou-se importante no sentido de que os gestores de ambulatórios de IES, busquem a readequação de processos frente a demanda e a capacidade produtiva, sendo assim possam tomar decisões efetivas e efetuar ajustes necessários no sistema

De forma, o modelo simulado nesta pesquisa contribui para o gerenciamento estratégico das operações de curto e médio prazo, quando se refere à melhoria na alocação e utilização dos recursos para os pacientes que necessitam de atendimento

LIMITAÇÕES

Como limitação, aponta-se as próprias propriedades dos serviços de saúde com as instabilidades e variabilidades temporais e a especificidade de atendimento em ambulatório de IES.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo contribui na gestão das operações de serviços de saúde, especificamente aqueles mantidos por IES. Da mesma forma, oferece aos gestores de saúde a possibilidade de uma metodologia de simulação para gerenciamento das demandas da assistência à saúde e a adequação dos recursos necessários para a capacidade presuntiva equilibrada

REFERÊNCIAS

- ABNT, I., & SBM, P. R. M. (2003). Guia para a expressão da incerteza de medição. 3ª Edição brasileira, Rio de Janeiro.
- Albuquerque, V. S., Gomes, A. P., Rezende, C. D., Sampaio, M. X., Dias, O. V., & Lugarinho, R. M. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev bras educ méd*, 32(3), 356-62.
- Almeida, P. F. D., Bastos, M. O., Condé, M. A., Macedo, N. J., Feteira, J. D. M., Botelho, F. P., & Silva, R. L. D. (2016). Trabalho de Campo Supervisionado II: uma experiência curricular de inserção na Atenção Primária à Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 777-786.
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. D. (2012). Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciencia & saude coletiva*, 17(11), 2865-2875.
- Barbosa, A. P., & Malik, A. M. (2015). Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014.
- Barra, D. C. C.; Nascimento, E. R. P.; Martins, J. J.; Albuquerque, G. L.; Erdmann, A. L. (2006). Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 422 - 430.
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20, 884-899.
- Beal, A. (2001). O sistema de informação como estratégia empresarial. São Paulo: Atlas.
- Biancolino, C. A., Kniess, C. T., Maccari, E. A., & Rabechini Jr., R. (2012). Protocolo para elaboração de relatos de produção técnica. *Revista de Gestão e Projetos*, 3(2), 294-307.

BPM CBOOK. (2013). BPM CBOOK. Guia para gerenciamento de processos de negócio corpo comum de conhecimento, versão 3.0. Association of Business Process Management Professionals.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Título VIII da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, Artigo 200-III. Senado, Brasília: DF. 1988.

Brasil. Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. - (Série Articulação Interfederativa; v. 4)

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4)

Brasil. (1993). Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015. 166p.

Bulgarelli, A. F., Souza, K. R., Baumgarten, A., Souza, J. M. D., Rosing, C. K., & Toassi, R. F. C. (2014). Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 18, 351-362.

Carneiro Junior, N., & Elias, P. E. (2006). Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Revista de Saúde Pública*, 40, 914-920.

Carr, W. (2006). Education without theory. *British Journal of Educational Studies*, 54(2), 136-159.

Carvalho, R. B. D., & Ferreira, M. A. T. (2012). Tecnologia da informação aplicada à gestão do conhecimento: tipologia e usos de softwares.

Clark, G., & Johnston, R. (2002). *Administração de operações de serviço*. São Paulo: Atlas.

Cohn, A. (2001). Saúde e democracia: o resgate da política. In *Congresso Paulista de Saúde Pública (Vol. 7, pp. 12-9)*.

ContactBabel. (2016). *The US Contact Center Operational Review*, de <http://www.contactbabel.com/>

Correa, H. L., & Caon, M. (2002). *Gestão de serviços*. São Paulo: Atlas, 309-310.

Costa, V. A. C. V., & de Lima Ramires, J. C. (2014). A Importância das Redes de Atenção à Saúde para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Pirapora. *Hygeia*, 10(18), 234-249.

Finkler, M., Caetano, J. C., & Ramos, F. R. S. (2011). Integração " ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15, 1053-1070.

Friedemann, A., Sato, M. K., & Albrecht, W. F. (2013). *Manual de procedimentos para administração de infraestrutura de contact centers com até 100 posições de atendimento* (Bachelor's thesis, Universidade Tecnológica Federal do Paraná).

Gava, V. L., Spinola, M. D. M., Medina, J. M. C., & Tonini, A. C. (2011). *Proceso para simulación del trabajo cooperativo en la concepción de sistemas informatizados por*

medio del uso de técnicas de ergonomía del trabajo y cognición. *Espacios (Caracas)*, 32, 24-30.

Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2011). The electronic patient record in the twenty-first century: The required contributions of information science. *Revista de Ciência da Informação e Documentação*, 2(2), 77-100.

Gibertoni, D. (2007). Uma discussão sobre pesquisa-ação na Engenharia de Produção. *Revista Interface Tecnológica*, 4(1), 11-11.

Guimarães, D. S., Soares, E. J., Júnior, G. F., & Medeiros, D. D. (2015). Attributes and circumstances that induce inappropriate health services demand: a study of the health sector in Brazil. *BMC health services research*, 15(1), 65.

Gontan Albiero, J. F. (2016). Avaliação da integração ensino-serviço na atenção básica do Sistema Único de Saúde.

Haddad, A. E., Laganá, D. C., Assis, E. Q., Morita, M. C., Toledo, A. O., Rode, S. M., & Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação (BR). (2006). A aderência dos cursos de graduação em Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação (BR). A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 119-52.

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P. D., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3051-3060.

Koerich, M. S., Backes, D. S., de Sousa, F. G. M., Erdmann, A. L., & Albuquerque, G. L. (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3).

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2010). *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas.

Marin, H. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1)

Marques, I. R.; Souza, A. R. (2010). Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 141-144, 2010.

Martins, G. A.; Theóphilo, C. R. (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. 2. ed. São Paulo: Atlas.

Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (2012). Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília.

Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1990). ABC do SUS: doutrinas e princípios.

Miraldo, C. D. O. (2016). A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente à regulação do setor e a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) (Doctoral dissertation).

Nascimento, D. D. G. D., & Oliveira, M. A. C. D. (2006). A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4), 435-439.

Neta, A. A., & Alves, M. D. S. C. F. (2016). A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 221-235.

Noro, L. R. A., & Torquato, S. M. (2010). Percepção sobre o aprendizado de saúde coletiva e o SUS entre alunos concludentes de curso de odontologia Perceptions on the learning of collective health and the SUS among students who were completing the college of dentistry. *Trabalho*, 8(3), 439-447.

Nóvoa, P. (2011). Sistema para Tratamento de Demandas e Reclamações em um Plano de Saúde.

Oliveira, Q. D. (2010). Sistema de Informação da Atenção Básica: análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT [dissertação]. Cuiabá: UFMT (Dissertação).

Pessoa, T. R. R. F., de Castro, R. D., de Moraes Freitas, C. H. S., da Silva Reichert, A. P., & Forte, F. D. S. (2018). Formação em Odontologia e os estágios supervisionados em serviços públicos de saúde: percepções e vivências de estudantes. *Revista da ABENO*, 18(2), 144-145.

Pinafo, E., Carvalho, B. G., & Nunes, E. D. F. P. D. (2016). Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1511-1524.

Reisswitz, F. (2009). *Análise e de Sistemas V. 4*. Joinville: Clube de Autores.

Ribeiro, I. L., & Medeiros Júnior, A. (2016). Undergraduate education in health, a reflection on teaching-learning. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 33-53.

Rodrigues, A. J. *Metodologia científica*. São Paulo: Avercamp, 2007.

Santos, Z. M. S. A., Frota, M. A., & Martins, A. B. T. (2016). *Tecnologias em Saúde: Da Abordagem Teórica À Construção e Aplicação no Cenário do Cuidado*. Editora da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará.

Silva, M. A. M. D., Amaral, J. H. L. D., Senna, M. I. B., & Ferreira, E. F. (2012). The national reorientation of vocational healthcare training (Pro-Saúde) and encouragement of inclusion of differentiated learning scenarios within dentistry courses in Brazil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 707-717.

Telesi Júnior, E. (2016). Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos avançados*, 30(86), 99-112.

Thiollent, M. T. (2009). Metodologia da pesquisa-ação. Saraiva.

Van Aken, J. E. (2007). Design science and organization development interventions aligning business