

ENAP

Cadernos

nº 97

Fatores críticos para o funcionamento efetivo do **SusFácil**: uma análise na macrorregião oeste de MG

Arlete Aparecida de Abreu

Coleção: Cátedras 2019





Caderno 97

Coleção:

Cátedras 2019



Fatores críticos para o funcionamento efetivo do SusFácil: uma análise na macrorregião oeste de MG

Autora

Arlete Aparecida de Abreu

Pareceristas Convidados

Ciro Fernandes

Wanderson Nascimento

Este caderno é resultado dos conhecimentos gerados pelas pesquisas realizadas no âmbito do **Programa Cátedras Brasil**, desenvolvido com o objetivo de fomentar pesquisas de alto nível com aplicações práticas na gestão pública. A presente publicação é uma das entregas previstas no Edital nº 50 de 2019.

Conheça a autora



**Arlete Aparecida
de Abreu**
Autora



Graduada em Administração pela UFSJ. Pós-Graduada em Gestão Hospitalar pela FATEC (SP); Pós-Graduada em Docência pelo IFMG – Campus Arcos (MG); Mestre e Doutora em Administração pela UFLA (MG). Docente da área de gestão do IFMG – Campus Formiga (MG). Pesquisadora em Serviços de Saúde e Empreendedorismo Feminino: Gestão; Estratégia, Qualidade e Inovação.

Expediente



Escola Nacional de Administração Pública – Enap

Presidente

Diogo Costa

Diretora-Executiva

Rebeca Loureiro de Brito

Diretora de Altos Estudos

Diana Coutinho

Diretor de Educação Executiva

Rodrigo Torres

Diretor de Desenvolvimento Profissional

Paulo Marques

Diretora de Inovação

Bruna Santos

Diretora de Gestão Interna

Alana Regina Biagi Lisboa

Revisão

Renata Mourão

Roberto Araújo

Projeto gráfico

Amanda Soares

Letícia Lopes

Edição eletrônica

Anthony Keven

A Escola Nacional de Administração Pública (Enap) é uma escola de governo vinculada ao Ministério da Economia (ME).

Tem como principal atribuição a formação e o desenvolvimento permanente dos servidores públicos. Atua na oferta de cursos de mestrados profissionais, especialização lato sensu, cursos de aperfeiçoamento para carreiras do setor público, educação executiva e educação continuada.

A instituição também estimula a produção e disseminação de conhecimentos sobre administração pública, gestão governamental e políticas públicas, além de promover o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias de gestão que aumentem a eficácia e a qualidade permanente dos serviços prestados pelo Estado aos cidadãos. Para tanto, desenvolve pesquisa aplicada e ações de inovação voltadas à melhoria do serviço público.

O público preferencial da Escola são servidores públicos federais, estaduais e municipais. Sediada em Brasília, a Enap é uma escola de governo de abrangência nacional e suas ações incidem sobre o conjunto de todos os servidores públicos, em cada uma das esferas de governo.

A162f Abreu, Arlete Aparecida de
Fatores críticos para o funcionamento efetivo do SusFácil: uma
análise da macrorregião oeste de MG / Arlete Aparecida de Abreu --
Brasília: Enap, 2022.

78 p. : il. -- (Cadernos Enap, 97; Coleção: Cátedras 2019)

Inclui bibliografia

ISSN: 0104-7078

1. Saúde Pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política de Saúde. 4.
Políticas Públicas. 5. Serviços Públicos. 6. Tecnologia. I. Título.

CDU 353.6

Bibliotecária: Tatiane de Oliveira Dias – CRB1/2230



Enap, 2022

Este trabalho está sob a Licença Creative Commons – Atribuição: Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional.

As informações e opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Escola Nacional de Administração Pública (Enap). É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.



Escola Nacional de Administração Pública (Enap)
Diretoria de Altos Estudos
Coordenação-Geral de Pesquisa
SAIS – Área 2-A – 70610-900 — Brasília-DF, Brasil

CÁTEDRAS 2019

Editorial

Cumprindo sua missão de fomentar pesquisas de alto nível com aplicações práticas na gestão pública, a Enap, por meio do seu Edital n. 50/2019 elencou as seguintes áreas temáticas: (a) avaliação de políticas públicas financiadas por gasto direto; (b) avaliação de subsídios da União; (c) comunicação de evidências em políticas públicas; (d) perspectivas em escolha pública comportamental e; (e) serviços públicos digitais inteligentes.

É esta diversidade de temas que ora compõem os Cadernos Enap desta coleção.

As duas primeiras áreas ilustram a importância das avaliações de políticas públicas sejam elas *ex ante* ou *ex post* têm para o setor público. Políticas públicas não são – e nem deveriam ser – eternas e imutáveis. A sociedade aloca recursos em políticas públicas e, portanto, é importante que o custo-benefício social seja mensurado de maneira cientificamente apurada.

A terceira área de análise se preocupa com outro aspecto importante das políticas públicas: a sua capacidade de ser compreendida tanto pelo cidadão como pelo gestor público. A comunicação das evidências, idealmente, deve desfazer mal-entendidos, trazendo não certezas – pois em Ciência não há certezas, exceto as triviais – mas sim evidências que rejeitem ou não o impacto desta ou daquela política.

A quarta área visava explorar a questão dos vieses que os agentes públicos enfrentam em suas tomadas de decisão.

Muito popular, e não menos polêmica, a economia comportamental é uma área ainda jovem, com muitos *insights* interessantes que merecem um tratamento empírico mais rigoroso pois, só assim, poderemos saber se as propostas práticas de intervenções com base nesta teoria têm efeitos de médio e longo prazo.

Finalmente, a quinta área é uma da qual temos visto avanços práticos no Brasil. É interessante notar que a ideia de se estudar o tema dos serviços digitais inteligentes foi anterior à pandemia, período em que, inevitavelmente, estes serviços – públicos ou privados – passaram a ocupar parte significativa da vida das pessoas.

Estas cinco áreas se conectam, ilustrando algumas das preocupações que fazem parte do universo de pesquisas da Enap. Afinal, os vieses de gestores podem influenciar na elaboração de políticas públicas que, por sua vez, precisam ser avaliadas. Os resultados das avaliações devem ser transmitidos com clareza à sociedade, financiadora destes gestores e destas políticas. Não é difícil perceber que serviços digitais são uma forma de se baratear o acesso dos cidadãos a diversas facetas deste processo.

A pesquisa, não custa lembrar, é gerada em um processo que abrange o trabalho do bolsista, as sugestões e críticas dos avaliadores. Trata-se de um processo rico e laborioso, como bem o sabem aqueles que seguem pelas trilhas das pesquisas. É sempre um prazer contar com bolsistas e avaliadores no Projeto Cátedras da Enap.

Obviamente, não posso deixar de mencionar o incansável trabalho da Coordenação-Geral de Pesquisa e a colaboração de nosso pessoal da Biblioteca e da Assessoria de Comunicação da Enap na fase final de lapidação dos doze cadernos desta coleção.

Claudio D. Shikida

Coordenador-Geral de Pesquisa

Diretoria de Altos Estudos

Sumário Executivo

Sumário Executivo

Sistemas universais de saúde são caracterizados pela responsabilização pública diante das necessidades de saúde de determinada população. O objetivo é aliviar a pobreza, reduzir desigualdades, expandindo a oferta de serviços, promovendo o bem-estar social (ATUN *et al.*, 2015), ou seja, o Estado precisa decididamente envolver-se em ações públicas que permitam que a população tenha acesso a esses benefícios.

A regulação em saúde representa uma dessas ações, ou seja, trata-se de uma forma utilizada pelo poder público para fazer cumprir suas obrigações. Ressalta-se, no entanto, a ampla delegação de atribuição e funções desse ao setor privado, especialmente por meio de terceirizações e novos arranjos contratuais, especialmente em serviços de saúde (OLIVEIRA; MANGEON ELIAS, 2012). Portanto, sabe-se que o Estado precisa recorrer a estruturas privadas para atender à demanda de serviços públicos de saúde, o que exige que o mesmo se envolva ativamente no controle da oferta dos mesmos.

Nesse meio, a tecnologia tem se tornado uma grande aliada, pois permite que informações sejam conectadas em tempo real, dinamizando o processo produtivo e permitindo a ação regulatória do Estado. As chamadas *M-Health* geram inúmeros benefícios tanto a gestores quanto a usuários, como a redução de internações

desnecessárias e conseqüentemente dos custos (ALMOTIRI; KHAN; ALGHAMDI, 2016).

O uso de ferramentas tecnológicas em saúde, o que permite o aprimoramento de processos decisórios, pode ser compreendido como extremamente relevante, especialmente no Brasil, um país de grandes dimensões e diversidade territorial, características que dificultam a busca de um sistema unificado de saúde. Portanto, visando atender aos princípios defendidos pelo Sus (Sistema Único de Saúde), como a universalização, a integralidade e a equidade, calcados em diretrizes organizativas como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social, o Estado de Minas Gerais foi subdividido em regiões de saúde.

As chamadas RAS – Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011) representam a subdivisão do estado em territórios sanitários, demarcados em macro e microrregiões de saúde, orientados segundo a hierarquização dos serviços (baixa, média e alta complexidade). Os diferentes pontos da rede são conectados para atender às demandas de saúde de determinada região, partindo especialmente da atenção primária e utilizando-se de sistemas adicionais como diagnose e terapia, atenção hospitalar, urgência e emergência, farmácia de alto custo, cartão nacional e sistemas logísticos.

Para conectar os diferentes pontos e atender à população de forma a atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e dar transparência ao processo, a ferramenta SusFácil foi criada e implementada. Trata-se de um software que permite a regulação de procedimentos e leitos do SUS, tanto em demandas eletivas quanto de urgência e emergência. Ativo 24 horas por dia, a ferramenta permite o compartilhamento de informações básicas sobre o paciente, o que permite atender às demandas por serviços de forma mais rápida, uma vez que o sistema permite que solicitações sejam realizadas em tempo real. Dessa forma, o SusFácil representa uma ferramenta tecnológica pública, utilizada para agilizar o atendimento às demandas de saúde das micro e macrorregiões de saúde em Minas Gerais.

O objetivo deste relatório é apresentar os resultados oriundos de uma pesquisa desenvolvida com gestores e colaboradores envolvidos com a ferramenta SusFácil, apontando quais são os fatores críticos para o efetivo funcionamento da ferramenta, especificamente na macrorregião oeste de saúde de Minas Gerais. Justifica-se esta pesquisa pela inexistência de trabalhos que avaliem tal ferramenta, em qualquer perspectiva teórica.

Para compreender melhor os elementos envolvidos, o trabalho de Sittig e Singh (2010) foi utilizado. Nesse, os autores defendem um modelo octadimensional projetado especificamente para enfrentar os desafios sociotécnicos envolvidos

no *design*, desenvolvimento, implementação, uso e avaliação de tecnologias de informação em saúde. Segundo os mesmos, oito dimensões precisam ser avaliadas para o bom funcionamento de uma ferramenta tecnológica nessa área: a infraestrutura de hardware e software; o conteúdo clínico; a interface homem-máquina; as pessoas, o fluxo de trabalho e comunicação; as políticas, procedimentos e cultura organizacional interna; as regras externas, regulamentos e pressões e, por fim, a medição e monitoramento do Sistema.

A partir da observação não participante e da realização de 12 entrevistas com envolvidos no processo, é possível afirmar que o SusFácil se apresenta como uma ferramenta intuitiva, de fácil manuseio e portadora de diversas possibilidades de uso gerencial. Trata-se de uma ferramenta que permite ao Estado regular os serviços ofertados pelo sistema, apresentando-se também como geradora de informações que podem auxiliar o processo gerencial, tanto em nível técnico quanto político. O software é capaz de subsidiar decisões para unidades locais de saúde e também debates relacionados à demanda regional e os fluxos estabelecidos dentro da rede.

No entanto, os fatores críticos para o seu efetivo funcionamento concentram-se em duas dimensões do modelo octogonal adotado: regras externas, regulamentos e pressões, além de políticas, procedimentos e cultura organizacional interna. A percepção dos entrevistados é que o maior desafio enfrentado na execução do software é a falta de oferta de serviços, ou seja, há uma falha na identificação da demanda real das micro e macrorregiões, refletida especificamente em desajustes em outros planejamentos como na PPI (Programação Pactuada Integrada). Essa falta é reflexo de políticas que não atraem prestadores privados para o sistema, uma vez que o SUS não possui estrutura para atender toda a demanda por saúde. Tabelas desatualizadas, preços abaixo do mercado e falta de decisões e planejamento estratégico acabam fazendo com que a rede fique sobrecarregada, o que implica demora no atendimento ao paciente e o prejuízo da utilidade do SusFácil.

O segundo elemento primordial está relacionado a políticas e procedimento internos, uma vez que está relacionado ao processo de execução regulatória e ao conhecimento necessário para esse fim. Segundo os entrevistados, diante da existência de serviços, a regulação precisa ser eficiente e isso implica decisões de cunho técnico.

Dessa forma, recomenda-se que os gestores públicos ajam de forma a pressionar por reformas que envolvam a oferta de serviços que atendam à demanda, utilizando para isso ferramentas disponíveis, como o próprio SusFácil, por exemplo. Contudo, é preciso reconhecer que antes desse processo, o próprio gestor precisa reconhecer

sua região de saúde, delimitando suas necessidades, especialmente a partir de uma visão futura. Diversos dados transversais (econômicos, sociais e políticos) podem ser usados no processo, além de propiciar uma aproximação entre o poder público regional e as universidades e institutos que podem desenvolver projetos que atendam às demandas por informação.

Aliado a isso, é preciso repensar a ação de regulação, realizada via SusFácil, como um processo a ser repensando em sentido amplo: o conhecimento técnico precisa ser incentivado, renovado e revisto, não em nível pontual, mas sim da rede.

Espera-se que essas sugestões auxiliem prestadores, gestores públicos e privados e o poder público em geral, especialmente no intuito de melhorar as condições de saúde da população de Minas Gerais, via atendimento aos princípios norteadores do SUS.

Referências bibliográficas

ALMOTIRI, Sultan H.; KHAN, Murtaza A.; ALGHAMDI, Mohammed A. Mobile health (m-Health) system in the context of IoT. *In: 2016, Proceedings - 2016 4th International Conference on Future Internet of Things and Cloud Workshops, W-FiCloud 2016. [S. l.: s. n.] p. 39–42.* Disponível em: <https://doi.org/10.1109/W-FiCloud.2016.24>

ATUN, Rifat *et al.* Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet, [S. l.]*, v. 385, n. 9974, p. 1230–1247, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. *E-book*.

OLIVEIRA, Robson Rocha; MANGEON ELIAS, Paulo Eduardo. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública, [S. l.]*, v. 46, n. 3, p. 571–576, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>



Clique aqui para baixar o **Sumário Executivo** separado. Compartilhe!

Resumo

A tecnologia tornou-se um recurso singular para o sistema de serviços de saúde, afetando especialmente a postura governamental em relação ao setor. Dessa forma, a regulação, que pode ser entendida como advinda de atores públicos ou privados, pode utilizar as ferramentas de m-Health para buscar melhorias na prestação de serviços de saúde. Através do modelo sócio - técnico desenvolvido por Sittig e Singh (2010), esta pesquisa teve por objetivo identificar os fatores críticos para o funcionamento do SusFácil, software usado para a regulação de procedimentos e leitos no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Os resultados apontam que o elemento nevrálgico para o bom funcionamento da ferramenta é a disponibilização de serviços de saúde, o que os autores chamam de Regras Externas, Regulações e Pressões e a utilização de critérios técnicos para o processo regulatório; elementos relacionados à cultura, procedimentos e políticas organizacionais.

Palavras-chave: regulação, serviços de saúde, m-Health

Abstract

Technology has become a unique resource for the health care system, especially affecting the government's stance towards the sector. Thus, regulation, which can be understood as coming from public or private actors, can use m-Health tools to seek improvements in the provision of health services. Through the socio-technical model developed by Sittig and Singh (2010), this research aimed to identify the critical factors for the operation of SusFácil, software used to regulate procedures and beds in the Unified Health System in Minas Gerais. The results indicate that the key element for the tool to function properly is the provision of health services, which the authors call External Rules, Regulations and Pressures and the use of technical criteria for the regulatory process; elements related to Culture, Procedures and Organizational Policies.

Keywords: regulation, health services, m-Health

Sumário

1.

Introdução

Pg. 15

2.

Referencial teórico

Pg. 20

3.

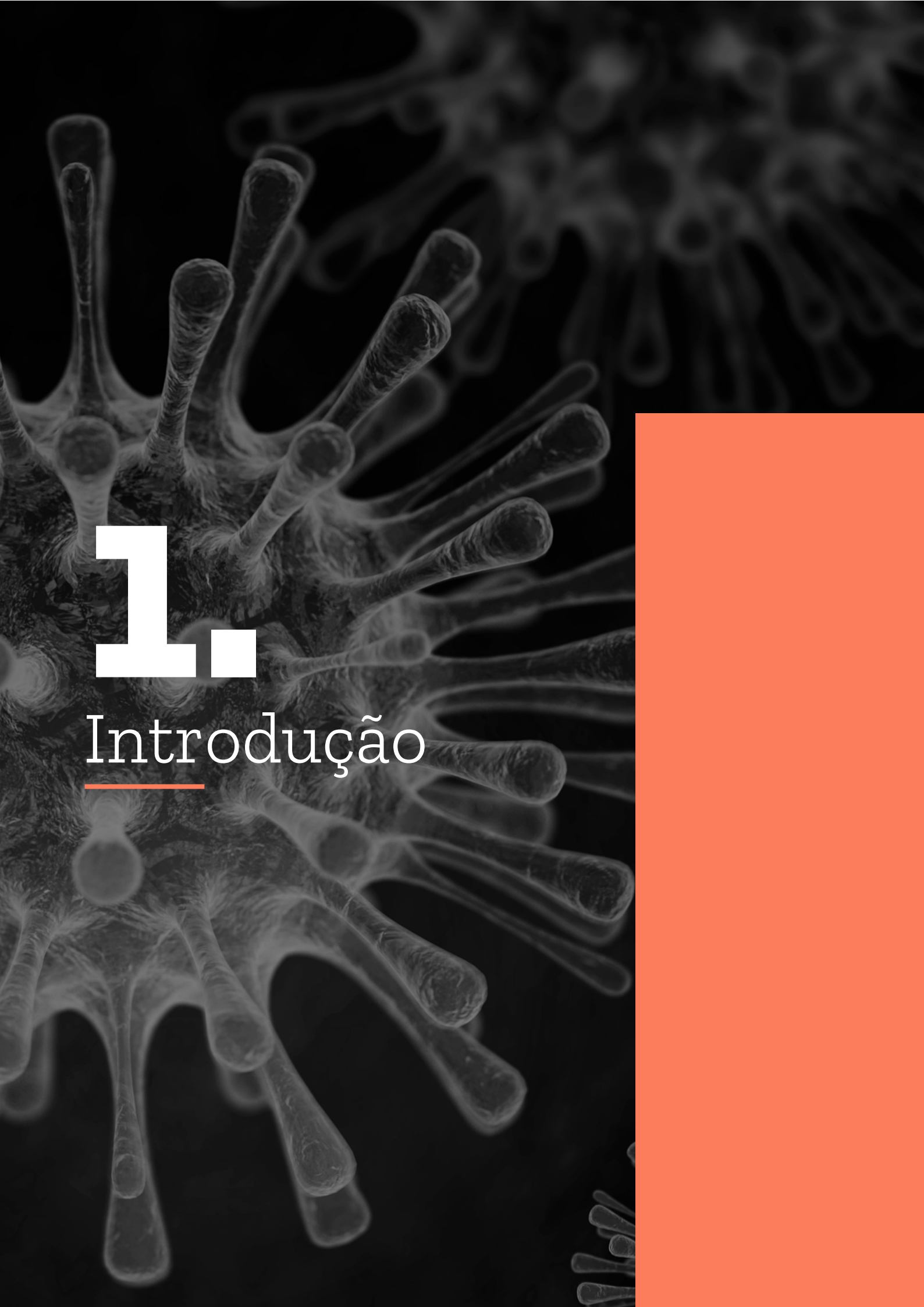
Metodologia

Pg. 28

4.

Resultados

Pg. 33



1.

Introdução





1. Regulação em saúde: constatações importantes

Usado de forma crescente a partir da década de 1970, o conceito de regulação está relacionado ao intenso processo de reestruturação econômica e social ocorrido neste período (PICCIOTTI, 2002).

A concepção desse termo pode ser compreendida como “... qualquer intervenção governamental, direta ou indireta, designada a alterar aspectos econômicos, sociais ou tecnológicos de um negócio, outras agências, indivíduos ou grupos” (FIELDING, 1983, p. 91). Representa, dessa forma, a intenção direcionada a uma interferência (direta ou indireta); que mesmo representando um conceito vasto e baseado em uma visão compartilhada, ainda assim constitui-se em um campo interdisciplinar. De forma similar, o objeto de intervenção pode ser tanto econômico, como não econômico; público ou privado; podendo a figura do regulador também ser pública ou privada (KOOP; LODGE, 2017).

A saúde tornou-se um desses alvos; uma vez que “...muitas características do mercado médico encorajam a regulação governamental” (FIELDING, 1983, p. 91) e o papel do Estado no setor tem recebido grande atenção (SALTMAN; FERROUSSIER-DAVIS, 2000). Por ser uma esfera extremamente complexa,

a regulação em saúde pode ser observada sob diversos ângulos, especialmente porque reflete a dinâmica de uma arena povoada por discursos políticos que envolvem conflito, negociação e acomodação (ALTMAN, 1978).

Adotada, sob diversas formas, como o incentivo à qualidade e competição no setor (BARROS, 2017); LITTLEJOHNS et al., 2017), regulamentando as profissões (MCMICHAEL, 2017); “...variando da formulação de políticas à implementação, da inovação empresarial às restrições regulatórias, da eficiência financeira à equidade social e da propriedade pública às propriedades privadas (SALTMAN; FERROUSSIER-DAVIS, 2000, p. 732), a regulação no setor de saúde tornou-se um elemento presente. Considerado um mercado imperfeito (FARIAS et al., 2011), esse domínio conta com mecanismos reguladores que buscam equilibrar as forças de poder econômicas, políticas e institucionais, em prol de uma oferta efetiva de serviços.

Compostas por organizações diversificadas em seus objetivos e estrutura, as estratégias de ação dessas entidades reguladoras também têm chamado a atenção da literatura. Littlejohns e outros (2017), em uma pesquisa sobre o papel das agências reguladoras para a qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra, identificaram 10 influenciadores do funcionamento desses órgãos: o ambiente social e político em que estas se inserem; sistemas de governança e responsabilidade, relações externas estabelecidas, o papel da liderança e da gestão, os recursos, métodos, desempenho e estabilidade organizacionais, a clareza em seus propósitos e a reputação organizacional transmitida.

As agências reguladoras devem tentar se apresentar como atores seguros e confiáveis no campo da saúde, garantindo que sua abordagem diretiva seja acessível e compreensível, seu monitoramento seja lógico, transparente e justo, e seu papel de reforço seja facilmente compreendido e baseado em evidência” (KOORNNEEF; ROBBEN; OUDE WESSELINK, 2018, p. 9).

Ao mesmo tempo, Prakash (2015) analisa a regulamentação no setor de saúde da Índia, delimitando desafios enfrentados no processo regulatório e admitindo que esses parecem ser semelhantes em todo o mundo. Esses desafios, segundo o autor, corresponderiam a regulamentos ineficazes (escassos, poucos recursos ou falta de monitoramento cuidadoso; falta de sanção); capacidade insuficiente do paciente (falta de conscientização, más condições sociais e econômicas, falta de interesse); provedores inadequados de cuidados (falta de responsabilização, de coordenação e de compreensão, fragmentação do cuidado); ausência de referências (falta de padrões, de medidas de performance, de protocolos de entrega do serviço de prescrição clínica); configuração institucional fraca (capacidade ineficiente, falta de

uma agência de acreditação, documentos ruins e configuração hierárquica); rede profissional insatisfatória (falta de confiança, de capital social e de compartilhamento de informações). Para superar esses desafios, é preciso “planejar, monitorar e controlar os serviços” (PRAKASH, 2015, p. 187).

Mesmo que inicialmente também pensada a partir de uma lógica economicista (ALTMAN, 1978; BADUY et al., 2011), no Brasil, a regulação em saúde, especialmente em relação aos serviços públicos, ganhou outros contornos. Aqui, a prática governamental é tomada como uma importante estratégia de melhoria no acesso e resolubilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema universal solidificou a saúde como um direito do cidadão brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988. Trata-se de um complexo de organizações, diretrizes e recursos que buscam ofertar serviços de saúde, de maneira a atender a requisitos regionais, sociais, econômicos e demográficos, de forma a obedecer três princípios doutrinários centrais: a universalidade e equidade do acesso e a integralidade da assistência (BRASIL, 1990a). É preciso que esses princípios sejam os norteadores do processo regulatório no país, não atendo-se somente à racionalização dos recursos no setor (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Segundo Castro (2002), as principais falhas de mercado no setor de saúde que justificam a intervenção governamental estão relacionadas à complexidade e incerteza desse ambiente. A doença, na maioria das vezes, não é um processo previsível, passível de planejamento, e o tratamento, ou seja, o serviço prestado no setor, não é isento de risco. Além disso, existe a possibilidade de risco moral, ou seja, o paciente, na possibilidade de contar com um sistema que cobre todos os procedimentos, deixa de cuidar de sua saúde de forma a subvalorizar o estado de saúde. Há também a produção de externalidades (efeitos colaterais enfrentados por terceiros); a distribuição desigual de informação entre produtores e usuários e as barreiras existentes à oferta de serviços (número de vagas, licenciamento profissional, restrições no número de consultas, exames, cirurgias) acabam tornando-se elementos que compelem o Estado a interferir no mercado na tentativa de estabelecer algum tipo de equilíbrio.

Contudo, essa ação do Estado não tem um marco recente. A criação das CAP's (Caixas de Aposentadorias e Pensões), dos IAP's (Institutos de Aposentadoria e Pensões) – ambos entre a década de 1920 e 1930– e, posteriormente, do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), nos anos 1960, representa os passos iniciais do governo em sua jornada de articulações para regular o sistema de saúde brasileiro. Santos e Merhy (2006) argumentam que um dos aspectos fundamentais nesse processo é a interrelação entre o modelo assistencial e a regulação implementada, uma vez que a última tem uma tendência a ser controladora do processo.

[...] é essencial aproximar os sistemas regulatórios das realidades e necessidades dos sistemas nacionais de saúde, somando esforços na busca do acesso universal aos bens de saúde com qualidade, segurança e eficácia, e construindo um caminho sólido e sustentável para a concretização da cobertura universal (SILVA; TAGLIARI, 2016, p. 286).

É imprescindível, portanto, capturar essa realidade como sendo dinâmica e influenciada por outros fatores como os demográficos, sociais, políticos, institucionais e tecnológicos. Nessa linha, o uso de ferramentas ligadas à gestão da informação no setor de saúde pode contribuir com o papel do governo, especialmente através do complexo regulador, que, segundo a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, instituída em 2008, é organizado em: Central de Regulação de Consultas e Exames, Central de Regulação de Internações Hospitalares e a Central de Regulação de Urgências.

Portanto, apesar da efetividade da regulação ser um tema amplamente contestado (ALTMAN, 1978; DITTMAN; PETERS, 1978; TSEVELVAANCHIG et al., 2017; SHEIKH; SALIGRAM; HORT, 2015), ela pode representar um papel de extrema importância, especialmente na área de saúde.

2.

Uso da tecnologia nos serviços de saúde: como o processo de regulação pode se beneficiar?



2 Uso da tecnologia nos serviços de saúde: como o processo de regulação pode se beneficiar?

O uso da tecnologia no setor de saúde tornou-se uma prerrogativa incontestável para o alcance da efetividade nos cuidados, influenciando prestadores, Estado e usuários. A tecnologia supera o contato físico com o paciente, tornando-se uma ferramenta gerencial importante que auxilia especialmente a logística de entrega dos serviços de saúde, o que automaticamente chama a atenção para a gestão das informações disponíveis sobre os usuários. Dessa forma, o avanço da tecnologia e o uso de telemedicina representam exemplos de uma nova demanda regulatória (ROCKWELL; GILROY, 2018).

2.1 M-Health: desafios, facilitadores e barreiras

A partir do uso intensivo de tecnologia para a prestação de serviços de saúde, o tema m-Health (saúde móvel ou ainda intervenções eletrônicas em saúde) tem ganhado espaço na literatura. Muitos autores dedicaram-se à definição de barreiras e vantagens obtidas com a inserção da tecnologia no ambiente de serviços de saúde, com o objetivo de reconduzir esta prática em direção ao sucesso. García-Holgado e outros (2019) mapearam os projetos de pesquisa europeus que desenvolviam ecossistemas tecnológicos (ambientes de

parceria e colaboração) em saúde entre 2003 e 2018. Os autores concluem, entre outros desfechos, que há uma tendência no uso da web como a principal tecnologia para a troca de informações e interações entre atores no sistema de saúde.

Algumas características são consideradas extremamente relevantes quando da aplicação e execução de uma ferramenta m-Health. Entre essas estão: a visão do usuário sobre a tecnologia em questão e o relacionamento dos profissionais com o mesmo (FARR et al., 2019); bem como sua abertura a novas experiências e riscos percebidos (GU et al., 2019).

A importância dos agentes envolvidos no uso de ferramentas tecnológicas em saúde é um tema que perpassa toda a movimentação desde o processo de decisão sobre a adoção até sua implementação de fato. Wandera e outros (2019) afirmam que alguns fatores que limitam essa adesão estão relacionados à disponibilidade de recursos humanos limitados, máquinas insuficientes, formulários complexos, entrada dupla de dados, atritos entre funcionários, treinamento inadequado, mau uso das informações e não uso dos dados para o planejamento dos serviços. Problemas com o financiamento desses tipos de iniciativa, falta de mão de obra, falta de compromisso com o treinamento, problemas com a entrada de dados, codificação incorreta de procedimentos médicos e falta de padronização no uso acabam contribuindo também com a baixa qualidade dos dados (DUNGLEY et al., 2016). De forma geral, percebe-se que há uma falta de habilidade técnica das equipes envolvidas (CANÊO; RONDINA, 2014).

Peng e outros (2016) demonstram que os obstáculos à adoção de ferramentas m-Health estão relacionados à falta de conhecimento, à falta de conscientização da necessidade desses instrumentos e que também existem barreiras à continuidade de seu uso (a falta de tempo e esforço; falta de motivação e disciplina). Problemas com financiamento, ferramentas fragmentadas – o que ocasiona perda ou ocultamento dos dados –, falta de políticas governamentais claras, falta de comunicação com a sociedade e incerteza quanto ao status dos documentos eletrônicos – o que implica retrabalho (AVDOSHIN; PESOTSKAYA, 2016) –, também representam barreiras importantes.

Dennehy e outros (2011) demonstram em seu trabalho como uma abordagem orientada à comunidade e baseada em parcerias com empresas de tecnologia de informação pode auxiliar na implementação de registros eletrônicos de saúde. As barreiras enfrentadas estavam relacionadas ao conhecimento limitado da equipe de saúde sobre computação, aliado ao atendimento das necessidades de uma população predominantemente saudável e livre de doenças crônicas. Para alcançar

os objetivos desejados com o uso da ferramenta tecnológica, ajustados pelo grau necessário de usabilidade e qualidade dos dados, o desenvolvimento do sistema deve ater-se às necessidades dos usuários (ROLIM et al., 2020).

2.1.1 O modelo octogonal de Sittig e Singh (2010): uma abordagem sociotécnica

Todas essas constatações corroboram com a necessidade de atenção à dinâmica que envolve o ambiente em que os serviços de saúde são executados, o que automaticamente se contrasta com a natureza padronizada e racional dos sistemas tecnológicos (BERG, 1999). A busca pelo equilíbrio e aproximação entre tais extremos é realizada com a adoção da chamada abordagem sociotécnica, uma vez que “a interação entre fatores técnicos e sociais são capazes de criar as condições de sucesso (ou fracasso) para o desempenho de um sistema” (WALKER et al., 2008, p.480).

Partindo desse pressuposto, Sittig e Singh (2010) defendem uma abordagem que se atenha aos aspectos importantes relacionados aos desafios sociotécnicos envolvidos no design, no desenvolvimento, na implementação, uso e avaliação de tecnologias de informação em saúde. Portanto, para que uma ferramenta tecnológica apresente um desempenho de sucesso, é preciso que oito elementos dependentes e não sequenciais sejam compreendidos tanto em seu contexto quanto nas possibilidades de influência que têm uns sobre os outros.

O primeiro elemento adotado no modelo de Sittig e Singh (2010) é a infraestrutura de hardware e software, que, segundo os autores, representa o que é necessário para executar os objetivos da tecnologia usada. Trata-se da parte física, como computador e periféricos; dispositivos de armazenamento de dados; além do software em si (design, layout) e os sistemas que permitem seu funcionamento: acesso à rede, mecanismos de segurança contra quedas de energia, sistemas de backup, ou seja, elementos técnicos. Segundo Camara e Pinheiro (2001), uma proposta de sistemas de informação em saúde precisa, contudo, posicionar-se além das dimensões relacionadas à software e hardware.

O segundo elemento do modelo é o contexto clínico, ou seja, tudo o que está envolvido no processo de armazenamento e inserção de dados, envolvendo especificamente elementos relacionados à prática clínica (dados de laboratório, medicamentos, alertas de vagas, dados demográficos, histórico do paciente, possíveis sistemas de auxílio à decisão, entre outros). É importante ressaltar a importância gerencial desses elementos, uma vez que eles precisam ser clinicamente úteis tanto para médicos quanto para pacientes (DIXON-WOODS et al., 2020). Além disso, sua disponibilidade

pode afetar todo o processo de prestação de serviços em saúde, ou seja, é preciso que esses dados possam ser recuperados caso ocorra algum imprevisto (COIERA; WESTBROOK; WYATT, 2006).

A interface homem-máquina representa o terceiro elemento do modelo de Sittig e Singh (2010). Aspectos relacionados à interação, detalhes que permitem que os usuários possam ver, ouvir ou tocar devem representar o fluxo de trabalho no qual a ferramenta está inserida. É preciso atenção à postura, movimentos durante o manuseio da tecnologia, bem como a falta de algum recurso ou função considerada importante. A atenção ao design homem-máquina pode auxiliar especialmente na redução de erros; necessidade de treinamento e atualização, o que gera uma redução nos custos e aumento na satisfação dos pacientes, ou seja, melhora a imagem organizacional (JUNIOR; MORIGUCHI; SOUZA, 2013).

As pessoas e o fluxo de trabalho que as cerca também são dimensões importantes para o funcionamento efetivo de uma ferramenta tecnológica em saúde. Trata-se das pessoas que projetam, desenvolvem, implementam e avaliam a ferramenta, além daquelas que dela se beneficiam desta depois. O conhecimento, muitas vezes repassado, via treinamentos, representa um elemento importante no processo de inclusão da tecnologia no ambiente organizacional (CHIASSON; LOVATO, 2000). Além desses atores, é preciso haver coesão entre os envolvidos no processo de prestação de serviços em saúde, o que exige comunicação, além de uma adaptação da ferramenta ao fluxo de trabalho clínico e administrativo. A perspectiva do fluxo de trabalho e da modelagem da ferramenta em relação a esse é bastante abordada na literatura (HOBBS et al., 1996; TANG et al., 2006; COIERA, WESTBROOK; WYATT, 2006; LEE et al., 2008; NEUPERT; MUNDIE, 2009). A ferramenta tecnológica precisa respeitar e potencializar a continuidade do cuidado com o paciente (WENTZER; BÖTTGER; BOYE, 2007), buscando a integração dos diferentes serviços e fluxos de trabalho que envolvem o atendimento (RETCHEIN; WENZEL, 1999; FRIEDMAN et al., 2001; TANG et al., 2006; TOMASI et al., 2003; HÄKKINEN; KORPELA, 2007; SCHNIPPER et al., 2008; PEIRIS et al., 2009; NEUPERT; MUNDIE, 2009; HSIAO et al., 2009).

Mantendo a perspectiva interna, ou seja, nos elementos organizacionais que influenciam a adoção, implementação e uso de ferramentas tecnológicas em serviços de saúde, Sittig e Singh (2010) apontam a cultura, os procedimentos e políticas internas como o sexto componente de seu modelo, sendo esses capazes de afetar todas as outras dimensões. Essa afirmação é baseada no reconhecimento de que a política organizacional representa um aspecto importante para o sucesso da implementação e uso de ferramentas tecnológicas em saúde (LEE et al., 2008), especialmente porque influencia rotinas, processos e fluxos de trabalho. Além

disso, a adoção de uma tecnologia muitas vezes exige mudanças organizacionais e culturais (KOLITSI; IAKOVIDIS, 2000), o que pode acelerar ou prejudicar o processo (TANG et al., 2006).

Por fim, as duas últimas dimensões do modelo octogonal são formadas pelas regras externas, regulamentos e pressões e por formas de medição e monitoramento do sistema. O primeiro representa as forças externas que podem facilitar ou impor condições ao funcionamento do fluxo de trabalho e conseqüentemente ao funcionamento da ferramenta. Tratam-se de leis, regras ou normas que geralmente são dispensadas hierarquicamente e que afetam o processo de prestação de serviços. Já a medição e monitoramento estão relacionados aos efeitos do uso de determinada ferramenta, de modo a gerar contribuições que auxiliem em melhorias. A disponibilidade (até que ponto os recursos estão disponíveis e prontos para o uso), como esses recursos e funções estão sendo usados (se precisam ser revistos ou adaptados), os resultados que são esperados (o que é alcançado de fato e o que era esperado) e as conseqüências não intencionais relacionadas ao uso do sistema são alguns indicadores importantes para essa dimensão.

Para que a inovação adentre o ambiente de saúde é preciso compreender a tecnologia não apenas como uma mera ferramenta, mas como parte de um sistema repleto de normas e regras, ação que deve ser suportada pelo trabalho conjunto incorporando clínica e gestão, de forma a respeitar aspectos culturais e tecnológicos (GREENHALGH et al., 2019). Além disso, para uma implantação eficiente de uma ferramenta tecnológica à saúde, deve haver abordagem inclusiva, ou seja, a equipe que lidera o processo deve contar com representantes de vários níveis operacionais (NATH; HU; BUDGE, 2016; CANÊO; RONDINA, 2014). Envolvimento contínuo, planejamento cuidadoso, habilidades de gerenciamento de mudança e adaptabilidade, monitoramento contínuo e atualizações regulares, uma vez que “a tecnologia por si só não leva necessariamente a melhorias na prestação de serviços de saúde...” (MADORE et al., 2015, p. 264)

(...) o sucesso ou fracasso está intimamente ligado ao envolvimento dos usuários no planejamento e nas diversas fases de implantação do sistema. Chama atenção também a preocupação que o uso da informática não deve eliminar o contato com o paciente” (JENAL; ÉVORA, 2012, p.180).

Dessa forma, uma adoção eficaz de ferramentas m-Health está relacionada à potencialização dos elementos facilitadores e transposição de barreiras e limites, o que envolve especialmente a participação, o treinamento e adaptação contínua direcionada às necessidades dos usuários.

2.2 M-Health: como a tecnologia pode auxiliar o processo de prestação de serviços de saúde?

Apesar de haver resistência ao uso de ferramentas m-Health, é importante delimitar que existem benefícios que precisam superar as barreiras. A possibilidade de redução do isolamento geográfico e o desenvolvimento profissional (WHITE; CROWTHER; LEE, 2019); a melhoria na eficiência (redução de custos); melhora na qualidade dos serviços, melhora no acesso, na comunicação, facilidade para a prática educacional, empoderamento do próprio sistema de saúde, equidade e satisfação (BASTANI; ABOLHASANI; SHAARBAFCHIZADEH, 2014); o acesso rápido ao histórico do paciente (PATRÍCIO et al., 2011); redução no tempo de atendimento ao paciente; melhora no controle e planejamento e melhora na qualidade (CANÊO; RONDINA, 2014), representam algumas das vantagens no uso de ferramentas eletrônicas em saúde. Além disso, a tecnologia também pode ser usada para alterar o comportamento do usuário, que se torna o elemento central da dinâmica saúde-doença (WRAY et al., 2019). Dessa forma, observa-se a transferência da responsabilização para o usuário, ou seja, o mesmo faz parte do processo de cuidado e nele tem um papel de importância indiscutível.

Aliados a esses aspectos, Laurenza e outros (2018) ainda demonstram que a adoção de tecnologias no sistema de prestação de serviços de saúde pode levar a melhorias nos processos relacionados à assistência médica, por meio da simplificação desses processos, tornando-os mais eficientes e com um maior nível de qualidade.

É possível listar algumas destas ferramentas de m-Health e suas principais funções, como o SIB (uma abreviação persa equivalente a um sistema de saúde integrado), ou seja, direcionado a processos integrados em saúde, no Irã (RANGRAZ JEDDI et al., 2020); o Nu. Sa na Itália, usado para facilitar o compartilhamento e fluxo de informações (FRONTONI et al., 2019a); o eIMCI, uma versão eletrônica extremamente eficiente da gestão integrada de doenças infantis, em Burkina Fano, África (BESSAT; ZONON; D'ACREMONT, 2019); BESTboard (um tipo de painel hospitalar) usado nos Estados Unidos para permitir acesso rápido, organizado e eficiente a todas as informações clínicas necessárias para a tomada de decisão médica, e que também apresentou boa aceitação e satisfação no uso (LEE et al., 2017). O Sinema, que atua na prevenção em cuidados primários, tendo como objetivo evitar o acidente vascular cerebral (AVC) (Wu et al., 2019). O SEKMED (software para a evolução do conhecimento em medicina) usado no Canadá, e que permite o acesso a evidências em um sistema just in time, unindo informações de órgãos importantes e auxiliando na tomada de decisão clínica (NABELSI; CROTEAU, 2019). O medExtractR, ferramenta usada para extrair informações importantes sobre medicamentos advindas de

anotações clínicas (WEEKS et al., 2019). O Panda, um sistema m-Health de gravidez e avaliação e diagnóstico de recém-nascidos, usado em Madagascar (BENSKI et al., 2017).

A adoção do prontuário eletrônico é outro exemplo. Alguns estudos apontam que essa ferramenta representa um papel significativo no contexto de serviços de saúde (RAYMOND; PARÉ; MARCHAND, 2019; SECGINLI; ERDOGAN; MONSEN, 2013; PEREZ; ZWICKER, 2010; PATRÍCIO et al., 2011), mesmo não havendo sua utilização de fato (GONÇALVES et al., 2013).

Dentro da concepção do uso da tecnologia no auxílio ao papel do Estado na regulação da integração entre os níveis de cuidado de saúde, alguns problemas precisam de atenção, como o excesso de pacientes que são repassados de um nível a outro (especialmente do primário com o clínico geral, para o secundário – especializado); a falta de especificação sobre as necessidades do paciente após passar pelo nível primário; a falta de critérios para classificar e priorizar os pedidos (SILVA; SANTOS; BORENSTEIN, 2010).

Além disso, é preciso que governos adotem posturas regulatórias também em relação ao compartilhamento de informações sobre cuidados, não permitindo que isso afete o estado de saúde da população (SASIDHARAN; JANODIA, 2018). Iwaya e outros (2019) chamam a atenção para a privacidade e segurança na coleta de dados eletrônicos, especialmente na atenção primária, ponto de partida do processo de cuidado.

Percebe-se, portanto, que a adoção de ferramentas m-Health (tanto via mercado quanto regulação) pode ocasionar inúmeros benefícios, contudo, é preciso parcimônia frente a um setor complexo, mutável e extremamente dinâmico. Barreiras e desafios precisam ser previamente reconhecidos, tornando-se uma ferramenta gerencial de regulação que alinhe as demandas dos usuários à implementação e funcionamento efetivo da tecnologia.



3.

Metodologia



3. Metodologia

A presente pesquisa tem por objetivo avaliar os fatores considerados críticos para o funcionamento do SusFácil, uma ferramenta tecnológica usada para a gestão de leitos e vagas no SUS – Sistema Único de Saúde. Dessa forma, é preciso delimitar o processo escolhido para coleta de dados, bem como o objeto de pesquisa e seu contexto, com o objetivo de compreender a dinâmica em que esse se situa.

3.1 Método de pesquisa

Esta pesquisa pode ser classificada segundo a tipologia defendida por Gil (2002) como exploratório-descritiva em seus objetivos. A pesquisa exploratória é aquela que permite uma maior aproximação do objeto de pesquisa, especialmente usada quando o problema ainda é pouco conhecido (GODOY, 1995; GIL, 1989), de forma a identificar conceitos promissores e apontar para a necessidade de novos estudos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Pode ser considerada também descritiva, uma vez que descreve características de um determinado fenômeno (GIL, 2002), neste caso, a utilização do SusFácil e seus entraves. Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013, p. 102), “os estudos descritivos buscam especificar as propriedades, as

características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos ou qualquer outro fenômeno que se submeta à análise”.

Trata-se, dessa forma, de uma pesquisa com abordagem qualitativa, uma vez que nessa “o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes” (GODOY, 1995b, p. 21).

O primeiro mecanismo de coleta de dados foi a observação não participante, também chamada de observação passiva, aquela em que o pesquisador: “Presencia o fato, mas não participa dele; não se deixa envolver pelas situações; faz mais o papel de espectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 88). Portanto, esse processo foi acompanhado de um breve roteiro que delimitava questionamentos sobre o funcionamento do software e os processos relacionados.

A escolha desse método como primeira etapa pode ser justificada pela necessidade de compreender melhor a ferramenta SusFácil, uma vez que não há na literatura, ou mesmo em documentos oficiais, pormenores sobre seu funcionamento. Após esse momento, foram realizadas entrevistas¹ com atores-chave no processo (gestores e secretários municipais de saúde, bem como aqueles que trabalham diretamente com o software).

Para esse processo, um roteiro de pesquisa foi confeccionado a partir de uma revisão sistemática sobre o tema. As entrevistas foram gravadas (via áudio ou mensagens de texto e respostas no Google Forms), sendo posteriormente analisadas por meio da análise de conteúdo com o auxílio do software MaxQda Analytics Pro 2020. Esse procedimento representa “um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados” (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p. 734). O objetivo é criar categorias que demonstrem quais são os fatores relevantes para o funcionamento do sistema, ou seja, suas limitações e percalços. Dessa forma, considera-se que, uma vez que o SusFácil ainda não foi analisado na perspectiva desta pesquisa, a metodologia adotada permitirá levantar os fatores que podem ser considerados críticos para o efetivo funcionamento do software.

Na medida em que o Estado de Minas Gerais é subdividido em várias regiões de saúde (853 municípios distribuídos em 14 macrorregiões e 89 microrregiões de saúde), dispendo essas de centrais de regulação que envolvem inúmeros processos e

.....
¹ Em função da pandemia da Covid-19, essas entrevistas foram realizadas remotamente por mecanismos como chat, Skype, Google Meet, Whatsapp e Google Forms.

atores, a estratégia escolhida para o procedimento técnico é o estudo de multicasos. “Esse processo “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados” (GIL, 2002, p. 54).

A região escolhida para análise é a macrorregião oeste de Minas Gerais, que tem como polo central a cidade de Divinópolis. Essa macrorregião abarca as microrregiões de Bom Despacho, Santo Antônio do Monte, Formiga, Itaúna, Pará de Minas e Santo Antônio do Amparo/Campo Belo. Ao total, a macro oeste integra 55 municípios dispersos em 29257,9 km² e atende a um total de 1.198.304 de habitantes (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010). Dessa forma, todos os 55 municípios da macrorregião oeste de Minas Gerais foram convidados a participar da pesquisa.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas (IFSULDEMINAS), Campus Passos, Parecer: 4.257.265.

3.2 Confeção dos roteiros de pesquisa e unidades de análise

Ganguly e Ray (2000) argumentam sobre a importância com o cuidado na implementação e funcionamento de ferramentas tecnológicas em saúde, uma vez que essas precisam estar alinhadas ao alcance da qualidade em serviços. Baseados em uma abordagem sociotécnica, Berg e Toussaint (2003) deixam clara a importância da modelagem do trabalho e dos objetivos organizacionais na aplicação de tecnologias de saúde. O processo de implementação e uso de uma ferramenta tecnológica em saúde pode ser considerado árduo, uma vez que muitas características precisam ser levadas em conta para seu sucesso, contudo seus benefícios são inquestionáveis (SCHNIPPER et al., 2008; VALENTE et al., 2009; SAVEL et al., 2010; FRONTONI et al., 2019).

Para a compreensão dos fatores críticos relacionados ao efetivo funcionamento da ferramenta SusFácil, o roteiro deste trabalho parte do modelo octogonal de Sittig e Singh (2010). É importante ressaltar que Sittig e Singh (2010) deixam clara a importância de analisar os oito elementos como um sistema complexo que não pode ser dissociado de outros elementos importantes. Dessa forma, adota-se a infraestrutura de hardware e software (aparato técnico necessário para que o sistema funcione); o conteúdo clínico (as informações em suas diversas extensões que precisam ser resguardadas); a interface do usuário (a interação com a máquina); as pessoas (desenvolvedores, médicos, pacientes e todos os envolvidos no processo); o fluxo de trabalho e comunicação (delimitando a necessidade de colaboração entre as partes envolvidas); a cultura, políticas e procedimentos organizacionais internos;

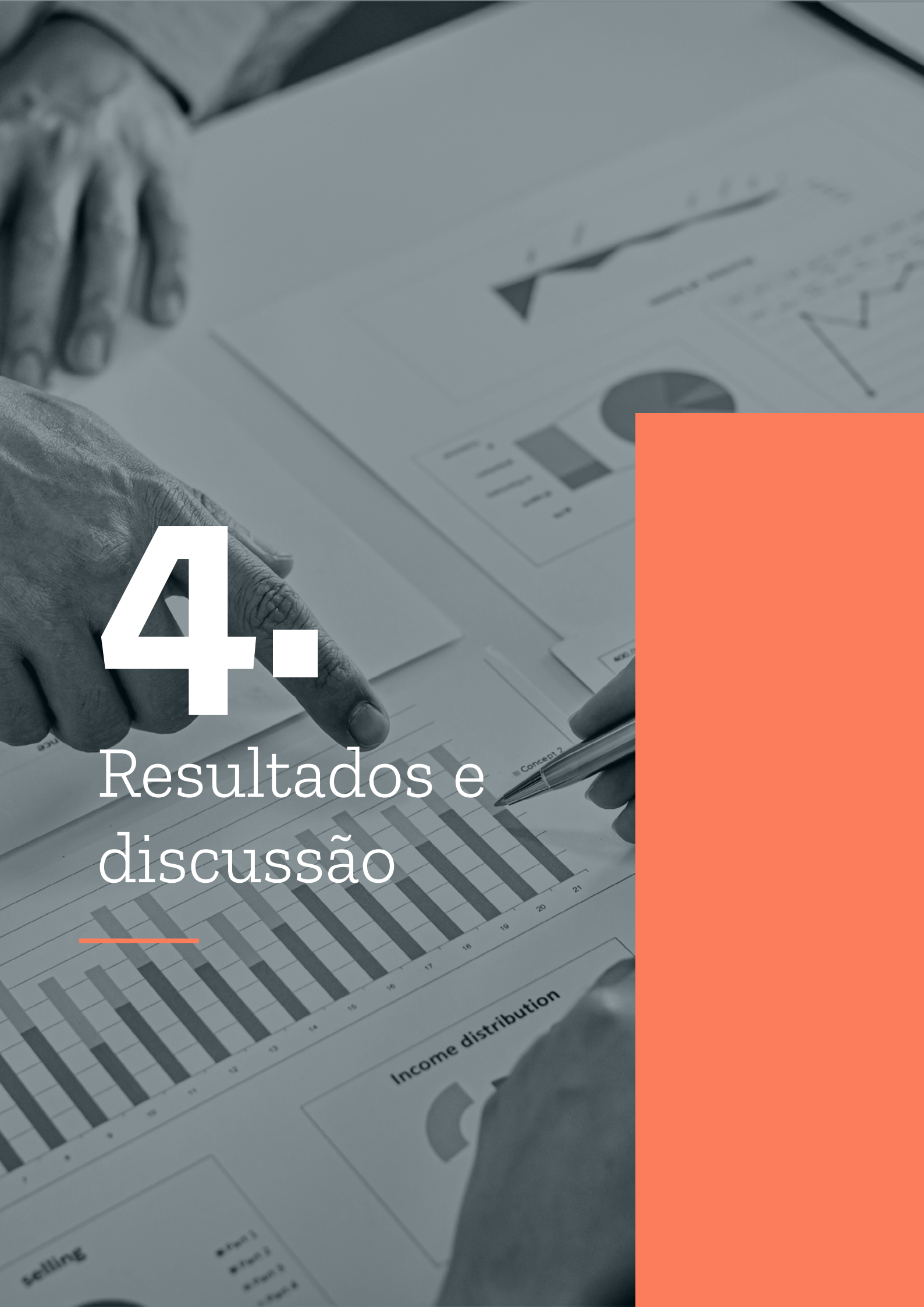
as regras externas, leis, regulamentos e pressões e o sistema de medição e avaliação – como dimensões que influenciam o efetivo funcionamento do SusFácil.

Vis e outros (2020) dedicam-se a identificar estruturas e métodos para avaliar os impactos das ferramentas de e-Saúde no processo de cuidado. Por meio de uma revisão sistemática de literatura, os autores dividem esses modelos em estruturas por etapas (que se utilizam de fases sequenciais para avaliar os resultados do uso de ferramentas de e-Saúde); modelos dimensionais (que apresentam dimensões que são categorizadas segundo seus impactos nos serviços); estruturas híbridas (combinam uma avaliação em fases à observação do resultado final); e estruturas de modelagem de negócios (que enfocam a viabilidade econômica e os modelos de negócios para serviços de e-Saúde). Os autores classificam o modelo de Sittig e Singh (2010) como dimensional, alertando que nem todos os domínios podem ser relevantes para um determinado serviço de e-Saúde: tudo depende dos objetivos, das propriedades específicas e do contexto no qual o serviço é prestado.

Acredita-se que o modelo octogonal de Sittig e Singh (2010) traz perspectivas importantes que devem ser usadas como pontos de partida para compreender os fatores que influenciam o efetivo funcionamento da ferramenta SusFácil. O roteiro de pesquisa é apresentado nos apêndices A e B.

4.

Resultados e discussão





4 Resultados e discussão

Nessa parte do trabalho, apresenta-se um primeiro tópico de contextualização do SUS e uma breve descrição da ferramenta SusFácil. Após essa etapa e a partir dos dados, inicialmente coletados por meio de observação participante e de uma entrevista realizada com os idealizadores da ferramenta, foi possível apresentar tal iniciativa dentro do arcabouço de funcionamento geral do SUS. Tal ação permitiu também a compreensão de aspectos importantes relacionados à implementação e uso da ferramenta, em um contexto estadual mais amplo, não representando, portanto, o recorte macrorregional.

Após a inserção desse tópico de clarificação do objeto de pesquisa, são apresentados os resultados referentes às análises realizadas a partir do constructo defendido por Sittig e Singh (2010), buscando delimitar os fatores considerados críticos para o efetivo funcionamento do SusFácil

4.1 O SUS e a ferramenta regulatória SusFácil

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da confluência de fatores relacionados a mudanças demográficas e da extrema insatisfação social observada a partir da década de 1970. Em meio aos resultados de uma

intervenção militar e diante de vários setores em crise, o SUS representa a força do movimento popular sanitaria e os apelos à democracia, o que culminou na Constituição de 1988.

A política de saúde brasileira foi gerada a partir da segregação, uma vez que a assistência à saúde é calcada na Previdência Social, antes segmentada em clientela, como os chamados CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões; e os IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões. Isso porque, antes do SUS, o Ministério da Saúde realizava apenas algumas ações pontuais de caráter universal (vacinação, prevenção de doenças), havendo poucos hospitais especializados que tinham seus serviços médico-hospitalares direcionados àqueles tidos como indigentes (SOUZA, 2002). Portanto, até aquele momento, somente tinha direito à saúde quem tinha trabalho formal e contribuía para o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), sendo “o benefício vinculado ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito de cidadania” (MENICUCCI, 2014, p. 79).

Somando-se a esse histórico, o governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente o sistema de saúde brasileiro, especialmente com a unificação das CAP's e dos IAP's em 1966, concentrando todas as contribuições previdenciárias. A saúde pública foi deixada de lado, a população enfrentava péssimas condições de vida, o que culminava com altas taxas de mortalidade e o dinheiro público era usado para alavancar a iniciativa privada (BRASIL, 2007). Nessa época, o sistema era caracterizado pela hegemonia de uma burocracia técnica que levava a saúde à pura mercantilização, havendo nenhum espaço para o debate sobre políticas no setor (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005), o que tornou a situação insustentável.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (BRASIL, 2007, p. 24).

É preciso salientar que o modelo econômico implantado pela Ditadura Militar acaba favorecendo o processo de redemocratização do país e a luta travada em prol do SUS na Reforma Sanitária. Um documento elaborado pelo Conass– Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007, p.25) delimita seis importantes malefícios causados pelo modelo previdenciário: 1 – Incapacidade de lidar com a saúde pública coletiva (endemia, epidemia e altos índices de mortalidade), uma vez que esse modelo era baseado na medicina curativa, o chamado modelo médico assistencial privatista (PAIM, 2001); 2 – Como o sistema era centrado na atenção

médico-hospitalar de complexidade crescente, os custos da medicina curativa sempre estavam em alta; 3 – Redução das receitas da Previdência Social, uma vez que o país enfrentava uma diminuição do crescimento econômico; 4 – Incapacidade do sistema de atender a uma população cada vez maior de marginalizados, uma vez que a crise econômica aumentava o número de pessoas desempregadas e trabalhadores informais sem carteira assinada; 5 – Desvios de verbas do setor de saúde para cobrir despesas em outros setores; 6 – Falta de repasse dos recursos da União para o sistema previdenciário, tendo em vista que o sistema sustentava-se financeiramente de forma tripartite (contribuições do empregador, do empregado e da União).

Dessa forma, a Reforma Sanitária representou um movimento social, “um conjunto de pessoas e instituições que, em um momento singular de refundação democrática, partilharam um conjunto de valores éticos e de propostas políticas e técnicas com o objetivo de democratização do sistema de saúde” (MENICUCCI, 2006, p. 84).

Instituído pela Lei nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), o SUS retrata, portanto, a conquista do direito à saúde, de forma que esse fosse colocado em prática de maneira mais justa e igualitária. É importante ressaltar que tanto a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080), quanto a Constituição de 1988, delimitam características importantes para o novo sistema, que foi caracterizado a partir de então como uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, baseada na descentralização, no atendimento integral focado em ações preventivas e na participação da comunidade (BRASIL, 2007).

A concepção de um sistema de serviços ofertado de forma hierarquizada e regionalizada representa a tentativa de efetivação de um sistema de saúde universal em um país de extensas dimensões territoriais e profundas mazelas sociais como o Brasil (SOUZA; COSTA, 2010). Segundo Mendes (2011), o país tem uma situação epidemiológica relacionada a vários agravos, como a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco, a carga de doenças (especialmente as infecciosas, parasitárias e relacionadas à desnutrição); portanto, os sistemas de saúde precisam se adaptar a esse contexto. Contudo, o conjunto de serviços de saúde precisava ser integrado e não fragmentado. A Lei nº 8.080 de 1990 já definia as regiões de saúde, a integração de territórios e os sistemas de referência e contra referência; contudo, somente com as NOB's – Normas Operacionais Básicas – publicadas nos anos 1990 e as NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde – publicadas nos anos 2000, o processo ficou mais claro. É preciso afirmar que cada unidade da Federação brasileira encontrava-se em um momento diferente a respeito da regionalização e descentralização; portanto, as NOB's e as NOAS tinham o objetivo de consolidar a construção do SUS (BRASIL, 2001).

No Estado de Minas Gerais, especialmente, a regionalização da assistência à saúde foi firmemente adotada através da concepção gerencialista adotada pelo estado, representada pela visão estratégica de futuro direcionada pela Carteira de Projetos Estruturadores – o Geraes – em 2003 (ALMEIDA; GUIMARÃES, 2006). Baseando-se na orientação de “tornar o Estado de Minas Gerais o melhor estado para se viver”, as ações foram orientadas pelo PDMI (Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado), direcionado à construção de redes de atenção à saúde, a partir de quatro redes prioritárias: Rede Hiperdia (para doenças do aparelho circulatório e diabetes), Rede Viva Vida (atenção integral à mulheres e crianças), a Rede Mais Vida (rede de atenção a idosos) e a Rede de Urgências e Emergências. É preciso ressaltar, no entanto, que todo o processo somente ocorreu com a implantação de um PDR – Plano Diretor de Regionalização (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Com o objetivo de separar as áreas do Estado de Minas Gerais em regiões de saúde, o PDR, reajustado em 2001, dividiu os 853 municípios mineiros em 14 macrorregiões de saúde e 89 microrregiões de saúde.

A construção das redes de atenção tem como premissa a oferta de atenção primária à saúde de forma descentralizada, em todos os municípios, e, por outro lado, a concentração dos serviços de atenção secundária em polos microrregionais e os serviços de atenção terciária em polos macrorregionais (JÚNIOR; MENDES, 2009, p. 40).

Dessa forma, a regionalização e a hierarquização da saúde em Minas Gerais foram estruturadas em redes compostas de pontos de atenção que transitam entre a baixa, média e alta complexidade (relacionada à disposição de recursos tecnológicos), atendendo, portanto, as necessidades de atenção primária, secundária e terciária respectivamente. Essa rede de atenção apresenta características importantes que estão correlacionadas à busca de três elementos importantes: economias de escala, qualidade da atenção e melhoria no acesso (MENDES, 2011).

Contudo, para que essas redes funcionassem como um sistema integrado de saúde, era preciso que houvesse um centro de comunicação entre os pontos de atenção, ou seja, um nó da rede que coordenasse a atenção entre as diferentes complexidades: o que é feito pela atenção primária. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se de três elementos centrais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção, inseridos em um modelo assistencial com um sistema estratégico e de governança que orientam sua gestão e organização mediante a alocação de recursos financeiros e incentivos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Portanto, as RAS são formadas por pontos de acesso aos serviços de saúde, em nível primário, secundário e terciário de atenção, inseridos e pensados para uma população adstrita, inserida em uma microrregião de saúde coberta por uma macrorregião. Para que o paciente possa transitar entre os pontos de atenção na rede, segundo sua necessidade e buscando alcançar economias de escopo, escala, qualidade no atendimento e a garantia ao acesso, as RAS são permeadas também por sistemas logísticos e de apoio. Para Mendes (2011), a atenção primária, os pontos de atenção (secundários e terciários) e os sistemas de apoio (diagnose e terapia; assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde) representam os nós da rede. Já o sistema logístico é aquele que comunica os diferentes nós, representando:

(...) soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS's, permitindo um sistema eficaz de referência e contra-referência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos (...) (MENDES, 2011, p. 137).

Por estar intimamente relacionado à organização da atenção, o conceito de redes remete à regulação médica do fluxo e dos mecanismos de transferência de pacientes por centrais de regulação que, inseridas nos complexos reguladores, permitam o consumo racional dos recursos destinados às urgências, de modo a garantir o acesso aos recursos assistenciais de saúde, necessários para as pessoas e para a população usuária (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p. 52).

Dessa forma, o Estado de Minas Gerais criou o SusFácil, um software de regulação assistencial que conecta os pontos de atenção na rede entre as diferentes especialidades. Para Mendes (2011), o sistema de acesso regulado pode ser operado em módulos (regulação de internações hospitalares eletivas, de urgência e emergência, regulação de consultas especializadas, entre outras). Dessa forma, o SusFácil regula, em cogestão com os municípios, o acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, de urgência e emergência e eletivos na rede.

4.2 O processo de criação do SusFácil: motivadores, percalços e insuficiências

Conforme já relatado, no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, foi possível identificar um dos membros da equipe que arquitetou e participou de todo o desenvolvimento e implantação do SusFácil no Estado de Minas Gerais. Dessa forma, conduziu-se uma entrevista com o objetivo de compreender quais foram as motivações para a implantação do sistema, os percalços no processo e a percepção desse ator sobre a evolução da ferramenta.

4.2.1 O processo de idealização: motivadores

Um dos objetivos iniciais desta primeira entrevista foi esclarecer as razões que motivaram a construção e implementação da ferramenta SusFácil em todo o Estado de Minas Gerais. O objetivo é compreender quais foram as inquietações iniciais de seus idealizadores, bem como o contexto no qual a proposta foi gerada.

Dessa forma, destaca-se como um dos motivos centrais para a criação do sistema a necessidade de regulação dos serviços de saúde em Minas Gerais. Portanto, a partir da ideia de equilíbrio econômico, ou seja, a estabilidade entre oferta e demanda, buscava-se a eficiência do sistema de saúde (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

[...] Havia dois sistemas que trabalhavam com o SUS naquela época, que é o SIA1 de ambulatório e o SIAH2, o hospitalar [...] O SIA a gente não conseguia montar um serviço no estado [...] então a ideia era: o que nós podemos regular? O ambulatório ou as internações? (E 1, Pos. 4).

Entretanto, é preciso salientar que a necessidade de regulação, apontada como uma das razões iniciais para a consecução do SusFácil, na verdade representava o resultado de inúmeros desequilíbrios gerenciais na prestação de serviços de saúde.

[...] nós começamos a perceber, enquanto gestores, que havia um descontrole total das internações ...só as urgências entravam pelo SU [...] o paciente só conseguia internar pelo SUS quando urgencializava [...]” (E 1, Pos. 4)

Esse descontrole sobre as internações realizadas pelo SUS representava o reflexo de condutas médicas que visavam a benefício próprio, em detrimento do sistema.

[...] nós começamos a entender que as AIH’s³ ficavam nos consultórios dos médicos ... então havia uma distorção da entrada daquele paciente para internar no SUS [...] chegou a ponto da gente perceber que nos consultórios saía a AIH, o papel para a internação daquele paciente, o que pagava uma consulta particular, porque ele não ia ali atender o SUS no consultório né [...] (E 1, Pos. 4)

Portanto, antes da implementação do SusFácil, os médicos ficavam com as guias de internação hospitalar pelo SUS (AIH’s) em seus consultórios. Dessa forma, esses profissionais cobravam uma consulta particular; contudo, caso o paciente precisasse de internação, eles preenchiam a AIH para que o paciente pudesse ser internado pelo sistema público. A idealização do SusFácil, portanto, representou a busca por regulação, na tentativa de dar transparência aos recursos federais que eram usados

.....
¹ Sistema de Informações Ambulatoriais

² Sistema de Informações Hospitalares

³ Autorização de Internação Hospitalar

tanto nas AIH's quanto no PPI¹ (Programação Pactuada Integrada). Dessa forma, a regulação, inicialmente, tinha o objetivo de exercer o controle (OLIVEIRA; MANGEON ELIAS, 2012) obtido através da clareza nos processos.

[...] a proposta do governo, [...], naquele momento, era dar uma transparência para o recurso federal, porque todo este recurso que paga a AIH e ambulatorio, a PPI, era recurso federal ...então a gente não sabia o quanto custava [...] o estado não sabia o quanto custava esses procedimentos [...] como a internação era o procedimento mais caro nós queríamos ter o controle [...] foi aí quando ele definiu que nós teríamos que ter um processo regulatório, que é o papel do Estado, regular, né? (E 1, Pos. 4)

É importante salientar também que essa noção de controle, transparência e lisura também estava relacionada à preocupação econômica e financeira, especialmente porque a oferta de serviços em saúde clama por racionalidade no uso dos recursos escassos (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

No entanto, para que os mecanismos de regulação fossem implementados, era preciso atenção ao processo de regionalização, já iniciado no Estado de Minas Gerais. Uma vez que as regiões de saúde e seus pontos de atenção já estivessem delimitados, o processo regulatório deveria seguir o fluxo das redes de atenção, em conformidade com a oferta e demanda por serviços segundo o nível de complexidade. Destaca-se a capacidade de mecanismos regulatórios em potencializarem a produção do cuidado em redes de atenção em serviços de saúde (FREIRE et al., 2020).

[...] para eu ter esse processo regulatório a gente tinha que ter primeiro, além da PPI, [o financiamento], a gente tinha que ter a regionalização ... aí fizemos o plano diretor [...] polo macro, polo micro... os hospitais de alta complexidade [...] os hospitais de média complexidade [...] então nós fomos fazendo esse desenho, minha sala tinha uma mesa redonda que tinha o mapa de Minas e ele fiava ali e a gente trabalhando toda a capacidade instalada que cada região tinha ...e a ausência de cada serviço [...] (E 1, Pos. 4)

A partir da regionalização, houve consenso sobre a necessidade de criação de uma ferramenta tecnológica, que, uma vez implementada, permitisse o acompanhamento do processo de regulação. É importante ressaltar que o uso de ferramentas eletrônicas e de informação para executar a função regulatória permite a transparência no processo e o acesso direto às informações (ADOLFI JÚNIOR et al., 2010). Destaca-se, no caso do SusFácil, o uso da experiência de outro estado (benchmarking) nessa etapa de definição:

.....
¹A PPI é uma forma de pacto que ocorre entre os municípios de determinada macrorregião, onde há a definição de ofertas e demandas por serviços de saúde, bem como o repasse de recursos necessários. Na PPI um município com maior poder de oferta de serviços, atende a outros menores, o que demonstra o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

[...]dentro da regulação a gente precisava de um sistema que a gente pudesse enxergar a AIH...o caminho dessa AIH ...até então não se pensava em SusFácil... a gente queria saber uma ferramenta aí descobrimos que no Ceará, em Fortaleza, tinha uma equipe que trabalhava esse processo regulatório em um sistema, aí nós fomos conhecer [...] conheci a microrregião deles, vi que não era muito diferente de Minas Gerais... pensei: vamos trabalhar isso de uma forma mais efetiva [...] a gente não pensava no ótimo, a gente pensava no bom, né ... no que poderia melhorar naquele processo [...]. (E 1, Pos. 4)

A partir da coleta de experiências em Fortaleza, a equipe decidiu rever o contexto dos serviços de saúde, mediante as redes de atenção e a reorganização da oferta de serviços em cada micro/macrorregião. Era preciso readaptar as regiões de saúde para que a regulação ocorresse:

[...] começamos a fazer desenhos definindo quais os hospitais que nós queríamos atendendo média e alta complexidade, refizemos a PPI, uma nova pactuação, porque tinha dinheiro alocado em lugares que não atendiam aquele município pequeno, então aquele município pequeno ficava sobrecarregado, sem acesso [...] (E 1, Pos. 4)

A preocupação com a regulação e a transparência permearam todo o processo de idealização da ferramenta. Contudo, a escolha do nome SusFácil se deve à sensibilização da equipe diante da oferta de um serviço público, universal e gratuito.

[...] a gente queria que esse acesso dentro do hospital fosse fácil, por isso começou a se pensar em SusFácil...o governo até me questionou muitas vezes porque esse nome e nós falávamos que era porque queríamos que o acesso fosse fácil porque o Sus é constitucional [...] (E 1, Pos. 4)

Dessa forma, os principais motivadores para a implementação do SusFácil foram, antes da formalização da ferramenta como objeto tecnológico em si, a necessidade de controle e regulação dos serviços de saúde ofertados pelo SUS em Minas Gerais. Diante da falta de acompanhamento do caminho gerador do serviço e buscando dar transparência aos recursos federais alocados, o SusFácil foi concebido como ferramenta reguladora. A regulação dos serviços de saúde pode ser considerada um importante instrumento de gestão para o SUS, garantindo o acesso, fixando padrões de qualidade e fortalecendo o sistema (LIMA et al., 2013).

4.2.2 O processo de implementação: percalços

Com o objetivo de organizar e compreender melhor os desafios enfrentados na implementação da ferramenta SusFácil, este recorte dos dados foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo, o que permitiu o surgimento de duas categorias centrais: Resistência e Entraves Políticos.

A primeira categoria está relacionada à resistência em relação à implementação do SusFácil, praticada especialmente pela categoria médica, o que exigiu um esforço de persuasão por parte da equipe:

[...] eu visitei todas as 13 [macrorregiões há época, hoje são 14], para você ter uma ideia, dos 853 municípios eu fui em 520, para conhecer a capacidade instalada, para negociar com os médicos que a AIH não ia ser mais dele e nem do plantão dele, que ia ser por critério de necessidade... ah o Dr. fulano fazia dessa forma então eu passei para o outro, entendeu? Então a gente falou, agora mudou, agora vai ser assim ... e foi assim um, trabalho árduo [...] (E 1, Pos. 52, Pos. 6).

À medida que o sistema começava a funcionar, demandas adicionais eram captadas e, juntamente com essas, novos percalços, especialmente políticos e institucionais surgiam. Essa segunda categoria delimitada demonstra como a equipe envolvida na implementação do SusFácil precisou usar algumas estratégias para organizar um contexto gerencial favorável ao funcionamento da ferramenta:

[...] criamos o chat ... aí percebemos também que a gente precisava ter, além do sistema, uma equipe de reguladores em cada macro, então em cada uma destas 13 macros nós selecionamos médicos e uma equipe operacional para serem treinadas para poder usar o sistema [...]” (E 1, Pos. 6)

[...] só que [contratar] médicos reguladores era difícil porque o Estado não me permitia e eu precisava de médicos experientes que conhecessem o SUS... Aí nós conseguimos fazer um processo de seleção interna para aumentar o salário deles [dos já contratados] para que eles pudessem ser médicos reguladores do Estado ... então para cada macro eu tinha x médicos e uma equipe mínima e assim a gente foi começando a trabalhar [...] (E 1, Pos. 6)

A partir da supressão dos desafios políticos e institucionais encontrados na fase de implementação do SusFácil, é importante manifestar-se especificamente em relação ao processo de efetivação da ferramenta em si. Destaca-se a forma como o treinamento foi realizado, bem como o controle de todo esse processo:

[...] à medida que a gente ia implantando na macrorregião, a gente implantava na microrregião e nos municípios, então a gente fez um treinamento presencial, local, por isso que eu conheci tantas entidades ... nós íamos, ficávamos ali dois, três dias, a minha equipe ficava ali treinando e eu tinha uma senha-mãe que ficava comigo para controle [...] (E 1, Pos. 6)

É importante ressaltar o esforço da equipe no sentido de explicar, didaticamente, como os serviços deveriam funcionar, o movimento dentro do contexto das Redes de Atenção e da oferta em níveis micro e macrorregional:

[...] foi todo um processo quase que pedagógico... nós fizemos gibi, com uma grávida, tem a historinha ... a ambulância levando para lá e para cá [...] (E 1, Pos. 20)

Pode-se perceber, portanto, que mesmo diante das dificuldades, a equipe implementadora do SusFácil seguiu seus objetivos, alterando a forma como os serviços eram ofertados, implementando o processo regulatório e gerando informações para controle gerencial.

4.2.3 Idealização e implementação do SusFácil: insuficiências e constatações importantes

Devido à riqueza de informações obtidas com o entrevistado 1, outro recorte foi realizado e submetido à Análise de Conteúdo, o que permitiu a identificação de quatro categorias que expressam insuficiências e constatações importantes sobre a ferramenta SusFácil: constatações sobre o processo de implementação do SusFácil; constatações sobre os colaboradores envolvidos no processo de implementação da ferramenta; funcionalidades extras do software e evolução do SusFácil.

A primeira categoria apontada indica como o processo de regionalização, o desenho das redes e a disponibilidade de recursos acabaram influenciando a implementação da ferramenta:

[...] os lugares que mais, na minha época, agilizaram este processo [de implementação do SusFácil]; foram os lugares mais pobres [...] e as regiões mais difíceis de implantar foram as regiões mais ricas [...] (E 1, Pos. 6).

Essa constatação pode ser explicada pelo próprio desenho das redes de atenção, uma vez que os municípios maiores concentram um maior número de serviços, ficando os menores dependentes desses. Dessa forma, o maior interesse na implementação da ferramenta se justifica pelos benefícios que os menores terão, uma vez que elas se utilizam mais dos mecanismos de regulação, conforme pode ser observado abaixo:

[...] o avanço das menores foi nessa questão mesmo da PPI, você vê que quem cobra da grande é o menor...então quando o gestor da menor entende que não adianta ele querer montar um CTI¹ para ele porque ele não tem condições de sustentar esse CTI e que ele vai usar Divinópolis, Lavras, Patos de Minas, Passos [...] (E 1, Pos. 54).

Portanto, o gestor do município reconhece que o processo de regulação fará com que o sistema de cotas e de pactos efetivados via PPI funcione de forma mais fidedigna, ou seja, ele compreende que tal ferramenta o fará ter acesso mais facilitado aos serviços que demanda.

.....
¹Centro de Terapia Intensiva, hoje UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

A segunda categoria representa percepções do entrevistado sobre os colaboradores, uma vez que esses se viam envolvidos por mudanças ocasionadas pela implementação do SusFácil. A ferramenta é simplificada; contudo, é preciso que o prontuário esteja preenchido, ou seja, sem as informações necessárias, o sistema não pode ser alimentado e assim o serviço não é ofertado:

[...] o prontuário tem que estar completo, chat [você usa se for necessário se comunicar com outras entidades] e pronto ... seria mais fácil se o médico usasse mais o sistema [...] (E 1, Pos. 12).

Dessa forma, a ferramenta é prejudicada devido ao desconhecimento dos colaboradores sobre seu funcionamento e importância.

A terceira categoria (funcionalidades extras do software) aponta outras utilidades importantes da ferramenta, que vão além do processo de regulação das vagas para os serviços de saúde, como o controle estratégico de pessoas, a possibilidade de habilitações em outros serviços e aumento da capacidade instalada. Todas essas constatações são relacionadas ao poder da ferramenta em gerar informações importantes que possam ser usadas gerencialmente.

A primeira subcategoria dessa dimensão está relacionada à capacidade da ferramenta de gerar informações importantes sobre as pessoas que trabalham no contexto de saúde. Além de apresentar a função reguladora dos serviços, o SusFácil permite acompanhar a produtividade do colaborador, especialmente da equipe médica, o que, além de permitir a transparência do processo de gestão, contribui para decisões estratégicas em relação à equipe:

[...] eu tenho uma ferramenta que eu conheço e que eu uso a meu favor [...] se fulano de tal atende 6 vezes mais que você, [pode ser] porque todos os pacientes que chegaram no dia anterior com entrada no SusFácil você não fez no seu dia de plantão e deixou para o outro fazer [...] (E 1, Pos. 64).

(...) [o SusFácil] é a ferramenta transparente... quando você questiona: cadê o fulano [paciente], como é que ele entrou aqui e tal? [...] a gente vai ali e tira no SusFácil: aqui como é que ele entrou [...] oh, o médico que falou a negativa [negou a vaga em outra entidade]... mas quem foi o médico? Então o problema é do hospital que não deixou a funcionária responder ...[o atraso no preenchimento do prontuário ou falhas nesse processo prejudica a inserção de dados no SusFácil, o que é responsabilidade do hospital que busca atendimento] (E 1, Pos. 50).

[...] eu trabalho demais [médico reclamando], eu falei: tira do SusFácil... quantas negativas, quem atendeu, quem não atendeu [...] fulano, mas você tá falando que você atendeu, olha aqui ...X por mês, olha quanto que eu te paguei [...] (E 1, Pos. 62).

Percebe-se que o SusFácil não permite apenas o controle em relação aos leitos e vagas disponibilizadas na rede, mas também à verificação da produtividade, especialmente da equipe médica.

A segunda subcategoria da dimensão funcionalidades extras está relacionada à geração de informações que subsidiam decisões sobre a produção, visando ao aumento da capacidade instalada ou habilitações em novos serviços:

Se ele [o secretário de saúde] me pede uma cirurgia de cabeça e pescoço, igual aconteceu outro dia, eu não tenho [não tenho essa oferta habilitada em nenhum ponto de atenção, não oferto este tipo de serviço para a rede]; mas eu tenho profissional que faz... se ele [secretário] quiser me pagar na tabela do SUS eu aceito ... daqui a pouco eu começo a criar uma série histórica e levo para o Estado: Oh, meu hospital tem condição de fazer isso...[e então eu posso solicitar a habilitação, ofertando esse serviço na rede para os outros municípios]. (E 1, Pos. 46).

(...) [com as informações que obtenho via SusFácil] posso instalar aqui, posso aumentar, posso habilitar, simples assim (...) (E 1, Pos. 48).

Partindo-se da discussão da capacidade do SusFácil de gerar informações que subsidiem a gestão dos serviços, é preciso salientar a ideia original de que a ferramenta também auxiliasse o controle dos custos dos serviços prestados. Essa funcionalidade permitiria, além do controle financeiro, a geração de informações que pudessem subsidiar ajustes nos valores pagos pelos procedimentos via SUS:

[...] ela é uma ferramenta de auditoria, foi criada para isso ... para auditar, regular e falar [o procedimento] custa tanto... essa era nossa ideia... só que a gente saiu né [...] (E 1, Pos. 50).

[...] ela [a ferramenta SusFácil] foi criada para cada região ter o seu mecanismo de controle... para isso tem que ter descentralização financeira...quem dá poder é o dinheiro...essa conversa ela não acontece...[a discussão sobre a necessidade de rever valores e custos não ocorre] (E 1, Pos. 76).

A última categoria representa a percepção do entrevistado sobre a Evolução do SusFácil. Percebe-se que há uma preocupação com a falta de adaptação da ferramenta às mudanças ocorridas desde sua implementação:

[...] o que me causou estranheza é que eu saí em 2010, aí o que aconteceu com o sistema?(E 1, Pos. 12).

[...] me preocupa muito, que, como eu deixei o SusFácil ele está até hoje...então se ele está até hoje é porque ele serve para alguma coisa...é uma boa ferramenta, mas se ela não for adaptada ... à realidade e às mudanças que aconteceram ... ou não aconteceu nada de mudança no SUS? (E 1, Pos. 14.)

A segunda categoria representa percepções do entrevistado sobre os colaboradores, uma vez que esses se viam envolvidos por mudanças ocasionadas pela implementação do SusFácil. A ferramenta é simplificada; contudo, é preciso que o prontuário esteja preenchido, ou seja, sem as informações necessárias, o sistema não pode ser alimentado e assim o serviço não é ofertado:

[...] o prontuário tem que estar completo, chat [você usa se for necessário se comunicar com outras entidades] e pronto ... seria mais fácil se o médico usasse mais o sistema [...] (E 1, Pos. 12).

Dessa forma, a ferramenta é prejudicada devido ao desconhecimento dos colaboradores sobre seu funcionamento e importância.

A terceira categoria (funcionalidades extras do software) aponta outras utilidades importantes da ferramenta, que vão além do processo de regulação das vagas para os serviços de saúde, como o controle estratégico de pessoas, a possibilidade de habilitações em outros serviços e aumento da capacidade instalada. Todas essas constatações são relacionadas ao poder da ferramenta em gerar informações importantes que possam ser usadas gerencialmente.

A primeira subcategoria dessa dimensão está relacionada à capacidade da ferramenta de gerar informações importantes sobre as pessoas que trabalham no contexto de saúde. Além de apresentar a função reguladora dos serviços, o SusFácil permite acompanhar a produtividade do colaborador, especialmente da equipe médica, o que, além de permitir a transparência do processo de gestão, contribui para decisões estratégicas em relação à equipe:

[...] eu tenho uma ferramenta que eu conheço e que eu uso a meu favor [...] se fulano de tal atende 6 vezes mais que você, [pode ser] porque todos os pacientes que chegaram no dia anterior com entrada no SusFácil você não fez no seu dia de plantão e deixou para o outro fazer [...] (E 1, Pos. 64).

(...) [o SusFácil] é a ferramenta transparente... quando você questiona: cadê o fulano [paciente], como é que ele entrou aqui e tal? [...] a gente vai ali e tira no SusFácil: aqui como é que ele entrou [...] oh, o médico que falou a negativa [negou a vaga em outra entidade]... mas quem foi o médico? Então o problema é do hospital que não deixou a funcionária responder ...[o atraso no preenchimento do prontuário ou falhas nesse processo prejudica a inserção de dados no SusFácil, o que é responsabilidade do hospital que busca atendimento] (E 1, Pos. 50).

[...] eu trabalho demais [médico reclamando], eu falei: tira do SusFácil... quantas negativas, quem atendeu, quem não atendeu [...] fulano, mas você tá falando que você atendeu, olha aqui ...X por mês, olha quanto que eu te paguei [...] (E 1, Pos. 62).

Percebe-se que o SusFácil não permite apenas o controle em relação aos leitos e vagas disponibilizadas na rede, mas também à verificação da produtividade, especialmente da equipe médica.

A segunda subcategoria da dimensão funcionalidades extras está relacionada à geração de informações que subsidiam decisões sobre a produção, visando ao aumento da capacidade instalada ou habilitações em novos serviços:

Se ele [o secretário de saúde] me pede uma cirurgia de cabeça e pescoço, igual aconteceu outro dia, eu não tenho [não tenho essa oferta habilitada em nenhum ponto de atenção, não oferto este tipo de serviço para a rede]; mas eu tenho profissional que faz... se ele [secretário] quiser me pagar na tabela do SUS eu aceito ... daqui a pouco eu começo a criar uma série histórica e levo para o Estado: Oh, meu hospital tem condição de fazer isso...[e então eu posso solicitar a habilitação, ofertando esse serviço na rede para os outros municípios]. (E 1, Pos. 46).

(...) [com as informações que obtenho via SusFácil] posso instalar aqui, posso aumentar, posso habilitar, simples assim (...) (E 1, Pos. 48).

Partindo-se da discussão da capacidade do SusFácil de gerar informações que subsidiem a gestão dos serviços, é preciso salientar a ideia original de que a ferramenta também auxiliasse o controle dos custos dos serviços prestados. Essa funcionalidade permitiria, além do controle financeiro, a geração de informações que pudessem subsidiar ajustes nos valores pagos pelos procedimentos via SUS:

[...] ela é uma ferramenta de auditoria, foi criada para isso ... para auditar, regular e falar [o procedimento] custa tanto... essa era nossa ideia... só que a gente saiu né [...] (E 1, Pos. 50).

[...] ela [a ferramenta SusFácil] foi criada para cada região ter o seu mecanismo de controle... para isso tem que ter descentralização financeira...quem dá poder é o dinheiro...essa conversa ela não acontece...[a discussão sobre a necessidade de rever valores e custos não ocorre] (E 1, Pos. 76).

A última categoria representa a percepção do entrevistado sobre a Evolução do SusFácil. Percebe-se que há uma preocupação com a falta de adaptação da ferramenta às mudanças ocorridas desde sua implementação:

[...] o que me causou estranheza é que eu saí em 2010, aí o que aconteceu com o sistema?(E 1, Pos. 12).

[...] me preocupa muito, que, como eu deixei o SusFácil ele está até hoje...então se ele está até hoje é porque ele serve para alguma coisa...é uma boa ferramenta, mas se ela não for adaptada ... à realidade e às mudanças que aconteceram ... ou não aconteceu nada de mudança no SUS? (E 1, Pos. 14.)

Contudo, ao mesmo tempo, a última categoria demonstra que, pela perspectiva do entrevistado, ainda falta nos profissionais envolvidos, além do interesse pelo SUS, capacidade gerencial, profissionalização e autoridade:

Eu acho assim, acho não tenho certeza, primeiro a gestão ... por exemplo um hospital deste tamanho na mão de um provedor olha quantos passaram por aqui ... tem que ser um profissional... a gestão tem que ser profissional [...] (E 1, Pos. 70).

[...] essa autoridade do gestor público, que falta hoje ...porque as alianças políticas consumiram isso, entendeu?. (E 1, Pos. 36).

Percebe-se, portanto, que, apesar da ideia de aplicar uma ferramenta tecnológica de regulação aos serviços de saúde ofertados em Minas Gerais ter funcionado, ainda há muito a ser feito. O SusFácil deve ser compreendido como um mecanismo gerador de informações importantes, que podem ser usadas como instrumento gerencial e estratégico, especialmente devido ao seu poder de trazer transparência aos serviços de saúde, eletivos ou urgentes. Ressalta-se a necessidade de trazer à tona a discussão não somente das funcionalidades não apropriadas ao sistema, mas também a necessidade de atenção à qualificação dos envolvidos no processo, especialmente em termos políticos e gerenciais.

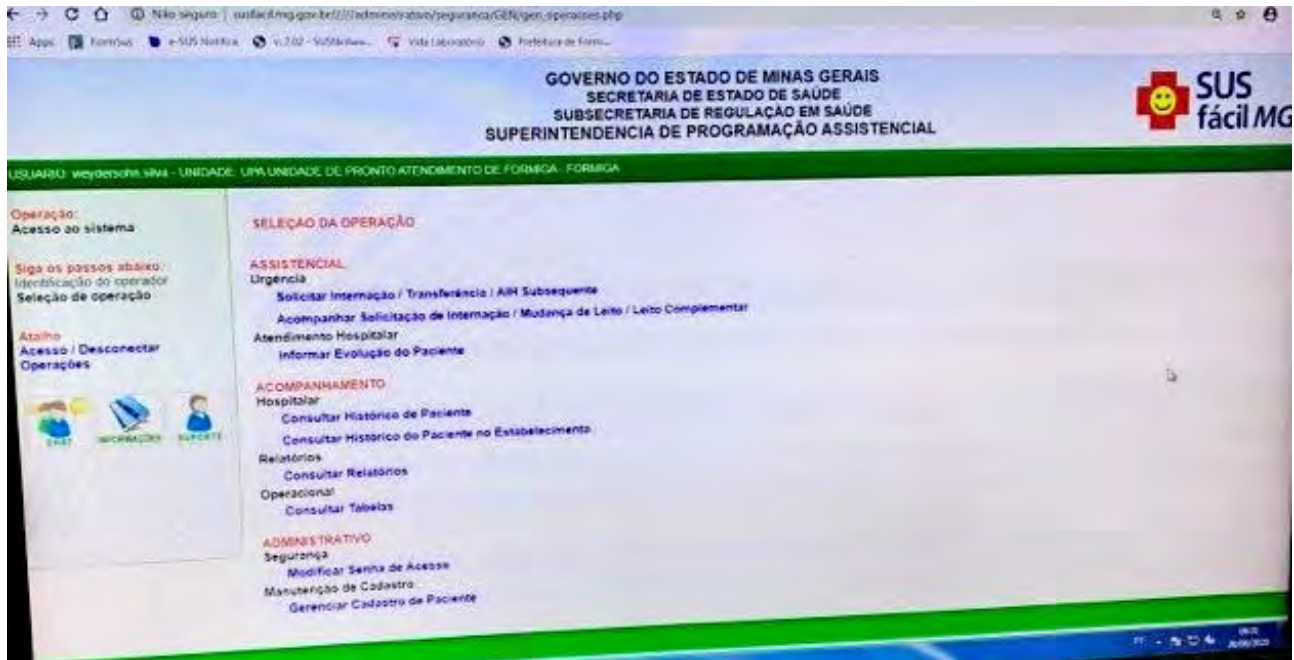
4.3 O funcionamento do SusFácil: resultados da observação não participante

Após compreender um pouco dos percalços e do processo de idealização e implementação da ferramenta SusFácil, foi realizada uma visita a uma unidade de pronto atendimento de uma das cidades da macrorregião oeste de Minas Gerais. O objetivo foi coletar informações sobre o funcionamento do sistema, sua interface e o contexto no qual a regulação de fato ocorria.

É importante ressaltar que todas as 14 macrorregiões de Minas Gerais possuem uma ou mais centrais de regulação assistencial instaladas e funcionando com médicos reguladores 24 horas por dia e sete dias por semana. Esse processo envolve todas as gerências regionais de saúde, todas as centrais macro de regulação assistencial, centrais micro de supervisão e apoio operacional, as secretarias municipais de cada um dos 853 municípios, os estabelecimentos hospitalares e os de saúde ambulatorial (MINAS GERAIS, 2006).

Constatou-se, inicialmente, que o SusFácil pode ser compreendido como uma ferramenta simplificada (em termos de inserção de dados), subdividido em três tópicos: Assistencial, Acompanhamento e Administrativo, conforme a Figura 1, que representa a tela inicial do sistema:

Figura 1 - Tela inicial do SusFácil



Fonte: dados da pesquisa.

O SusFácil possui dois módulos e seis funções: o módulo administrativo com a gestão interna do Cadastro Nacional de Saúde (CNS) e com os indicadores estatísticos e informações para a vigilância sanitária e epidemiológica; e o módulo funcional, com a regulação de internações eletivas e distribuição de AIH's (Autorização de Internação Hospitalar); a regulação de internações de urgência e emergência; a regulação de consultas e exames básicos especializados e a regulação de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (APAC) (MINAS GERAIS, 2006).

Observando-se a Figura 1, é possível identificar o módulo funcional do sistema, ou seja, o assistencial. Nele há dois tipos de solicitação: urgência e atendimento hospitalar. Na urgência, você solicita um leito/vaga ou procedimento e acompanha solicitações já realizadas e, no atendimento hospitalar, você diariamente preenche os dados fazendo a evolução do paciente. Destaca-se, aqui, a importância do preenchimento correto e atualizado do prontuário médico.

Na parte relacionada ao acompanhamento, é possível observar a possibilidade de várias consultas como o histórico do paciente (em quais serviços e pontos de atenção ele foi recebido), relatórios (inclusive os de atendimentos por parte da equipe médica) e consulta a tabelas (valores pagos pelo SUS). E, por fim, ao final

da tela, pode-se verificar a possibilidade de alterações de segurança (senha) e do cadastro do paciente. Do lado direito da tela, são apresentados o acesso ao chat (para contato com outros pontos de atenção e reguladores), a informações, e um canal de suporte ao sistema.

Em relação ao fluxo de trabalho que envolve o processo de atendimento ao paciente e posterior solicitação de regulação via SusFácil, existem algumas singularidades, dependendo do ponto de atenção procurado. Como resultado, algumas constatações importantes puderam ser pontuadas, sendo a primeira relacionada à origem da demanda do software SusFácil, podendo essa advir de quatro vias:

1. Do atendimento realizado em unidades de emergência (Unidades de Pronto Atendimento – UPA).
2. Do atendimento realizado dentro dos hospitais.
3. Do atendimento realizado na atenção primária - Unidades Básicas de Saúde - UBS (eletivos).
4. Do atendimento de urgência realizado via Samu (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Cada uma dessas possibilidades tem particularidades importantes, que refletem características do ponto de atenção (primário – atenção básica; atenção hospitalar - secundário, terciário ou emergência); contudo, o que pode ser percebido, de forma geral, é a necessidade de conexão entre os elementos da Rede de Atenção à Saúde. O contexto no qual o atendimento ocorre (que na verdade reflete a demanda do paciente) torna-se elemento crucial para a evolução do mesmo.

O processo na unidade visitada (Unidade de Pronto Atendimento) começa pela recepção do paciente, que passa pela triagem e posteriormente por consulta. A partir desse momento, o médico plantonista avalia a situação e, se for necessário encaminhamento a outros níveis de serviço, é emitida uma AIH (Autorização de Internação Hospitalar), documento que contém informações sobre o estabelecimento de saúde, dados do paciente, especialmente aqueles que justificam o pedido de internação. Essa AIH é inserida no SusFácil e, se a demanda do paciente for de baixa e média complexidade, a própria Santa Casa do município capta o caso, caso tenha oferta de leitos e procedimentos disponíveis, resolvendo a demanda. Caso sejam necessários serviços de alta complexidade, o pedido cai na central de regulação em Divinópolis (polo da macrorregião oeste) ou até em

Belo Horizonte, dependendo da especialidade. Em alguns casos, o paciente sai da macro/ microrregião a qual pertence, sendo atendido especialmente em cidades de outras macro/microrregiões, caso essas sejam referência naquilo que ele necessita ou ainda tenham vaga para atendê-lo.

Quando o paciente já está em um hospital e precisa de um serviço que o mesmo não oferece, ele continua internado e a equipe entra com sua demanda no SusFácil, solicitando tal atendimento. Nesse processo, é preciso que o prontuário seja atualizado diariamente e essas informações cheguem à central de regulação para que a mesma analise a evolução do paciente.

Em serviços eletivos, ou seja, aqueles solicitados via Atenção Básica, o importante é a PPI (Programação Pactuada Integrada). Isso pode ser observado, devido ao fato de que as solicitações de serviços não ofertados pelo município, via unidades básicas, não são consideradas emergenciais; portanto, eles são respondidos através dos acordos realizados entre os municípios da micro/macrorregião. Portanto, os pacientes são cadastrados e aguardam o procedimento necessário, realizado normalmente em grupos e com a utilização de transporte da secretaria de saúde.

Quando o processo se inicia por um atendimento via Samu, o paciente é atendido e, caso necessário, direcionado para um espaço na Santa Casa chamado Sala Vermelha, um local destinado a pessoas em grave situação de saúde que tenham sido “recebidas ou transferidas por meio de transporte médico hospitalar” (SOARES et al., 2016, p. 4620). A partir da avaliação do médico plantonista, a própria equipe do Samu, caso haja necessidade de referência, entra em contato por telefone com outras unidades, discutindo o caso e encaminhando o paciente.

É necessário esclarecer a importância da rede de colaboradores e o processo de comunicação, especificamente nos casos de emergência, uma vez que o objeto de discussão é o laudo do paciente. Esse processo é facilitado quando o médico da unidade que demanda conhece o plantonista da unidade que referencia. Quando não ocorre esse vínculo, o processo passa pelo médico regulador, disponível nas centrais de regulação. Nesse ponto, ressalta-se a importância das informações contidas na AIH, pois elas podem resultar em retrabalho para a equipe, que precisa entrar em contato com o médico e pedir que este insira mais informações no laudo. Essa constatação vai ao encontro da afirmação feita por Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012, p. 133), na qual os autores argumentam que “as práticas nas centrais de regulação se tornam pouco efetivas e, portanto, dependentes de mecanismos não formais de ação”.

É preciso “ conformar redes de cuidado e sua regulação com mecanismos que possibilitem encontros, conversações na perspectiva clínica e negociações, num processo extremamente singular e mutável, respeitando as possibilidades das equipes e as necessidades dos usuários (BADUY et al., 2011, p. 302).

Ao final, dois colaboradores foram questionados sobre o funcionamento do software. Desse questionamento, dois pontos importantes foram ressaltados: a falta de atualização das tabelas inseridas na ferramenta, ou seja, informações mais adequadas e atualizadas sobre os procedimentos; e a percepção sobre a lentidão do sistema aos finais de semana. Essa lentidão, segundo um deles, pode ser o reflexo de um menor número de médicos reguladores em plantão pela central de regulação.

4.4 SusFácil, desafios, facilitadores e barreiras: quais os elementos críticos para o efetivo funcionamento da ferramenta?

4.4.1 Caracterização dos respondentes

Conforme delimitado na metodologia, os 55 municípios e seus gestores foram convidados a participar desta pesquisa. As entrevistas foram realizadas mediante um formulário gerado via Google Forms e compartilhado através de e-mails e grupos de whatsapp. Nesse documento, era solicitado que o respondente indicasse, ao final, o contato de outro membro que trabalhasse diretamente com a ferramenta SusFácil, posteriormente contatado. Esse processo permitiu a inclusão de mais três membros na pesquisa, uma vez que muitos respondentes repetiram o próprio contato, ou os emails já utilizados, ou ainda números que não responderam à solicitação.

Ao final do processo, dos 55 municípios convidados, apenas nove aceitaram participar da pesquisa: Formiga, Cana Verde, Pains, Cláudio, Santo Antônio do Monte, Bambuí, Igaratinga, Pedra do Indaiá e Córrego Danta; o que fornece à pesquisa uma taxa de retorno de 16,36%. Além disso, foi realizada uma entrevista com um dos idealizadores da ferramenta, com o objetivo de entender como foi o processo de criação do SusFácil e seu ponto de vista atual sobre a ferramenta, conforme já apresentado em tópico anterior. Todo o processo permitiu, portanto, a realização de 12 entrevistas. Uma caracterização sucinta dos respondentes pode ser observada na Tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização dos respondentes

	Município	Cargo
E1	Formiga	Um dos idealizadores do SusFácil
E2	Formiga	Médico regulador
E3	Formiga	Secretário de Saúde
E4	BambuÍ	Coordenador de regulação TFD ¹⁵
E5	Cana Verde	Enfermeira
E6	Cana Verde	Chefe de regulação do TFD
E7	Cláudio	Chefe de Serviços TFD
E8	Córrego Danta	Secretário Municipal de Saúde
E9	Igaratinga	Secretário Municipal de Saúde
E10	Pains	Secretário Municipal de Saúde
E11	Santo Antônio do Monte	Secretário Municipal de Saúde
E12	Estrela do Indaiá	Secretário Municipal de Saúde

Fonte: Dados da Pesquisa

A fim de compreender um pouco do resultado das entrevistas realizadas, uma nuvem de palavras, gerada pelo software de análise MaxQda, é apresentada na Figura 2. Nela, pode-se observar os termos mais frequentes nas entrevistas.

Figura 2 - Nuvem de palavras a partir das entrevistas



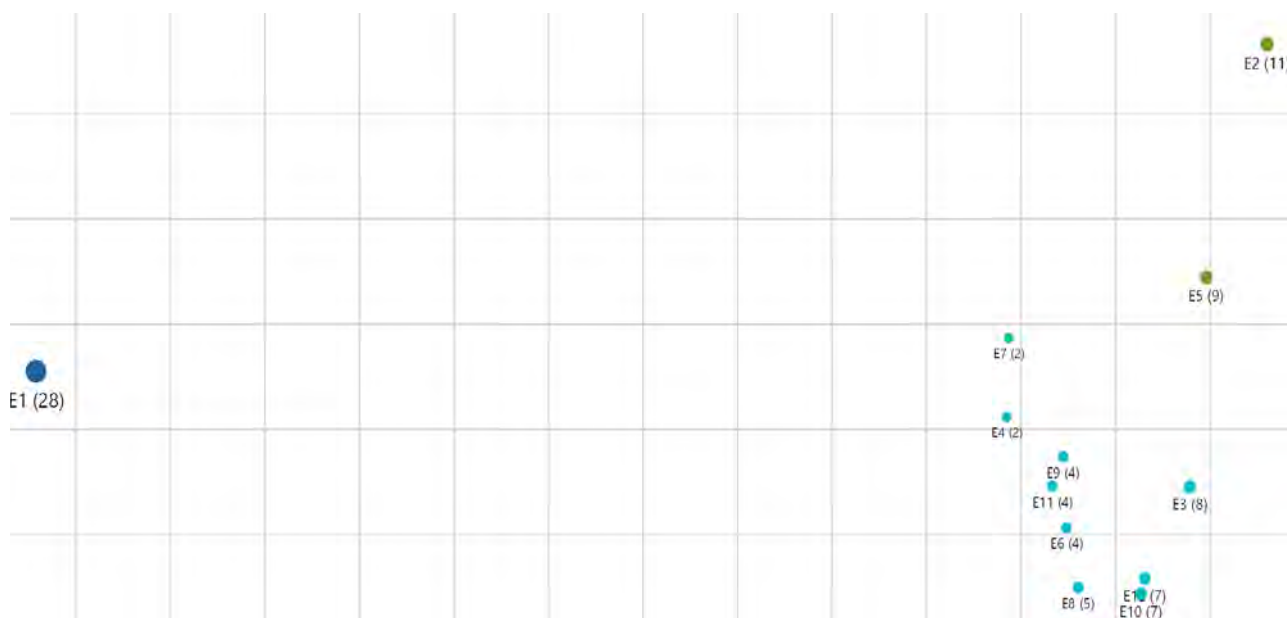
Fonte: Dados da pesquisa

¹⁵ TFD – Tratamento fora do domicílio

Por esse método, o software calcula as palavras que apresentam maior frequência nas falas, o que permite compreender alguns termos relevantes para a pesquisa. Esse processo auxilia uma percepção inicial sobre os dados daquilo que foi discutido nas falas.

Após a transcrição e codificação das 12 entrevistas, o software MaxQda também possibilita a visualização do mapa de documentos, conforme pode ser observado na Figura 3. Esse mapa exhibe as similaridades entre os documentos; portanto, quanto maior a similaridade entre dois documentos, em relação à atribuição de códigos e variáveis, maior a proximidade entre eles no mapa.

Figura 3 - Mapa de documentos



Fonte: dados da pesquisa.

Percebe-se, pela observação da Figura 3, a aproximação das codificações obtidas nas entrevistas realizadas com os gestores e o distanciamento desses em relação às entrevistas realizadas com o médico regulador (E2) e com a coordenadora do TFD (E5). Essa constatação demonstra as diferentes visões dos elementos consultados, especificando aqueles que assumem cargos de gestão municipal em relação aos que trabalham diretamente com a ferramenta. Já a primeira entrevista distancia-se das demais devido a seu objetivo que foi a compreensão da idealização e implantação da ferramenta SusFácil.

4. 4.2 O processo de regulação de serviços eletivos via SusFácil: aspectos importantes

O primeiro objetivo das entrevistas realizadas com os envolvidos na execução da ferramenta, especificamente na macrorregião oeste de Minas Gerais, foi complementar à observação não participante realizada, identificando como ocorre o processo de regulação dos serviços eletivos em cada município. Nessa etapa, e conforme já apontado na apresentação inicial dos dados, foi possível compreender a importância de dois elementos cruciais para o sistema de regulação: o mecanismo TFD (Tratamentos Fora do Domicílio) e o PPI (Programação Pactuada e Integrada). O TFD pode ser compreendido como:

(...) um instrumento legal que visa garantir, por meio da rede pública de saúde, o atendimento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios de origem por falta de condições técnicas ou profissionais, mediante o custeio das passagens e diárias necessárias para o deslocamento e estada desses pacientes, enquanto durar o tratamento (AZEVEDO, 2016, p. 403).

Trata-se, portanto, da viabilização do acesso a tratamentos que são realizados fora do domicílio do paciente, especialmente em relação à necessidade de ajuda de custo. Já o PPI é o instrumento que define e quantifica as ações de saúde em cada território, articulando as referências de acordo com as necessidades de serviços, uma forma de acesso aos procedimentos de média complexidade (MOREIRA; TAMAKI, 2017).

Os pedidos gerados pelo médico são encaminhados ao TFD do município e regulados de acordo com a disponibilidade de vagas e com a necessidade do paciente. (E 8, Pos. 6).

Os pedidos de cirurgia eletiva chegam no serviço de TFD e após [esse processo] são analisados de acordo com grau de prioridade, bem como disponibilidade da quota da PPI (...) (E 9, Pos. 6).

Os pacientes são cadastrados no TDF e o médico regulador é quem faz esse lançamento no SusFácil, de acordo com o que ele entende ser mais prioritário que o outro, com isso o governo do estado só dá o aceite ..se é eletivo a regulação é nossa e não é estado ..então como eletiva a gente regula, o estado só libera no sistema...o que é diferente de lá ..que na urgência nós dependemos da regulação do estado ...e lá o estado vai regular quem é mais urgente, se esse é mais urgente ..né esse vai para cá ou esse vai pra lá... (E 3, Pos. 22)

Através das quotas de PPI, respeitando autorização da micro quando o procedimento é de alta complexidade". (E 10, Pos. 6).

É possível afirmar, mediante as entrevistas, que o processo de regulação de serviços eletivos é diferente da regulação de serviços em urgência (conforme já havia sido delimitado nos resultados da observação participante). Dessa forma, demonstra-se que, para serviços eletivos, PPI e TFD são instrumentos que devem ser compreendidos, uma vez que esses viabilizam o acesso aos serviços que não são ofertados pelo município.

No entanto, o PPI, compreendido como um acordo entre os municípios que precisa levar em consideração as necessidades da população, parece não ser efetivo. Além disso, o instrumento parece ainda limitar a oferta de serviços, o que acaba afetando a percepção sobre o funcionamento do processo de regulação. Parece que o PPI se tornou uma forma de planejamento quase fictícia, composta por intenções e sem qualquer mecanismo de avaliação, controle e acompanhamento (MOLESINI et al., 2010).

Porque muitas vezes nós temos o procedimento no SUS, na PPI, exemplo, urologia é em Divinópolis, nós temos PPI de urologia lá ... só que a gente nunca consegue mandar o paciente...nunca tem vaga...nunca atendem...cirurgia vascular a mesma coisa então... são coisas que fogem ao nosso controle (...) (E 3, Pos. 39).

[A regulação] não funciona de acordo com a realidade da PPI não, geralmente os serviços ofertados são em número menor que os pactuados. (E 5, Pos. 10).

A PPI (Programação Pactuada Integrada) pode ser entendida como uma forma de organização do sistema de saúde, especialmente diante de princípios como a hierarquização e a descentralização, contudo, sendo “... efetiva em poucos estados, visto que não facilitava a integração intermunicipal”. (SOUZA, Danielle Cristina Campos; SERINOLLI, 2017, p 279.)

O processo direcionado ao TFD (Tratamento Fora do Domicílio) é usado para auxiliar o gerenciamento dos procedimentos eletivos. Isso ocorre, pois, o uso do SusFácil para regular procedimentos dessa estirpe representa, na maioria das vezes, o descolamento dos pacientes dentro da micro/macrorregião de saúde. No processo de solicitação do TFD, a secretaria se utiliza de outro software, que é usado para cadastrar os pacientes antes que eles sejam inseridos na ferramenta SusFácil.

[...] esse software vai cadastrar os pacientes ... o uso é exclusivamente para cadastro e esse paciente cadastrado, o médico vai regulando os pacientes de acordo com a prioridade [...] ... aí ele lança no SusFácil e o estado liberou, a agente encaminha ...” (E 3, Pos. 10).

Portanto, o software usado para os pedidos de TDF também é usado como forma de cadastrar os procedimentos eletivos antes de inserir no SusFácil, com o objetivo de organizá-los para controle.

4.4.3 O SusFácil e seus elementos críticos: aplicação do modelo octogonal de Sittig e Singh (2010)

Quando questionados sobre o funcionamento do SusFácil, bem como os aspectos positivos e negativos da ferramenta, especialmente aqueles relacionados aos desafios sociotécnicos apresentados no modelo octogonal de Sittig e Singh (2010), os entrevistados demonstram uma boa avaliação do software.

[O SusFácil] funciona (E 11, Pos. 10).

Sim e [funciona] muito, ... [o SusFácil] sempre atende nossas necessidades conforme precisamos (...) (E 4, Pos. 10-11).

Sobre os pontos positivos da ferramenta, duas categorias relacionadas ao modelo de Sittig e Singh (2010) emergiram nas entrevistas: fluxo de trabalho e comunicação e interface homem-máquina. Sobre a categoria fluxo de trabalho, o SusFácil parece dinamizar os processos, beneficiar os pacientes e tornar as rotinas relacionadas ao atendimento mais ágeis:

[O SusFácil permite] uma regulação seguindo os critérios médicos sem ultrapassar filas (...) (E 10, Pos. 11).

O controle com as guias cadastradas fica mais ágil. (E 7, Pos. 10).

Sim [o SusFácil] funciona quando se tem uma regulação. Conseguimos zerar as filas das cirurgias. (E 2, Pos. 54).

(...) eu acho positivo porque ele consegue entender a rede do SUS em Minas como um todo e direcionar para hospitais onde tem vaga (...) (E 3, Pos. 49).

Ao mesmo tempo, a avaliação positiva do software parece ser baseada em sua interface, uma vez que se trata de um sistema de fácil uso, o que caracteriza a dimensão interface homem-máquina adotada no modelo octogonal:

Em parte é um sistema muito bom para cadastro, acompanhamento, preenchimento (...) (E 12, Pos. 10).

[O SusFácil] é um programa intuitivo de fácil acesso. (E 6, Pos. 48).

No entanto, quando questionados sobre os pontos negativos do software, as entrevistas permitiram a identificação de cinco categorias abordadas no modelo de Sittig e Singh (2010): regras externas, regulamentos e pressões; cultura, procedimentos e políticas organizacionais internas; fluxo de trabalho e comunicação; pessoas e também interface homem-máquina.

Constata-se o grande peso do elemento regras externas, regulamentos e pressões, uma vez que esses representam forças externas que delimitam o fluxo de trabalho. Nesse ponto, os respondentes afirmam que uma das causas para o funcionamento incipiente da ferramenta SusFácil é o fato de que há uma limitação na disponibilização de leitos e procedimentos. Os entrevistados demonstram que a realidade pactuada no PPI não supre a demanda, conforme abordado anteriormente. Portanto, o software agiliza, mas não resolve o problema:

[...] e eu acho que podia melhorar a questão de [...] acho que não é do SusFácil...é a própria questão de ter mais leitos mesmo ... porque o SusFácil ele só vai regular, ele não vai fazer surgir leitos [...] então acho que a questão é essa...o SusFácil esbarra na falta de leitos [...] (E 3, Pos. 49).

[...] [um ponto negativo] é a demora de resolutividade nos encaminhamentos. Pouca quota. (E 10, Pos. 12).

Não funciona de acordo com a realidade da PPI não, geralmente os serviços que ofertamos são em menor número menor que os pactuados. (E 5, Pos. 10).

[...] não existe um critério[...] o paciente não sai de lá [do sistema], a vaga não sai e [a solicitação] fica rodando dentro do micro e da macro quando nenhuma das duas tem o serviço para oferecer [...] principalmente quando se trata de procedimentos eletivos. (E 12, Pos. 10).

É preciso uma oferta real dos serviços [...] (E 5, Pos. 12).

Aliado a esse fato, a questão da falta de atualização dos valores pagos aos procedimentos também representa um elemento importante para o efetivo funcionamento do SusFácil, uma vez que os valores não são atrativos para os prestadores:

O baixo valor pago nos procedimentos acarreta lentidão e falta de vagas. (E 8, Pos. 10).

Dessa forma, percebe-se que grande parte do processo de regulação depende da oferta adequada de serviços, pois o SusFácil apenas regula os casos, ou seja, ele viabiliza os leitos e procedimentos se eles estiverem disponíveis. Compreende-se que a falta da oferta de serviços é o resultado de políticas públicas incipientes e que não levam em consideração a realidade dos municípios. Dessa forma, pactua-se no PPI ações que são inviabilizadas na prática, não por insuficiência do software ou dos outros elementos que suportam o processo de regulação, mas, sim, por regras e ações externas que fogem ao controle do gestor. É importante que “o arcabouço jurídico que pauta a regulação esteja em contínua integração com as demais políticas de saúde” (BATISTA et al., 2019, p. 2050).

A segunda categoria delimitada, quando o assunto foi discutir os pontos negativos percebidos em relação ao funcionamento do SusFácil, foi a cultura e os procedimentos e políticas organizacionais internas. Acredita-se que esses elementos criam a base para o processo e o fluxo de trabalho na regulação e no uso do SusFácil. Nesse aspecto, há destaque para a necessidade de:

O ponto negativo é não fazer a regulamentação com prioridade, pois a fila não anda. (E 2, Pos. 54).

Quando o entrevistado acima foi questionado sobre o conceito de regulamentação com prioridade, o mesmo afirmou:

Critérios técnicos médicos para saber se uma pessoa vai fazer a cirurgia primeiro que a outra. (E 2, Pos. 58).

Concomitantemente, a categoria pessoas apresenta-se como um elemento negativo, especialmente quando o assunto é técnico:

[Quem regula]tem que ser técnico. (E 2, Pos. 54).

A última categoria identificada nas falas relacionadas a pontos negativos do sistema refere-se a aspectos de infraestrutura de hardware e software, conforme pode ser observado abaixo:

Um ponto negativo é que [o SusFácil] só funciona com internet [...] e se ela estiver instável as informações não carregam. (E 6, Pos. 49).

Percebe-se, portanto, que apesar de ser bem avaliado, o software depende totalmente de uma série de fatores, especialmente a ação do poder estatal através de ações políticas que permitam o aumento do número de procedimentos e leitos disponíveis. Aliado a essa constatação, destaca-se a necessidade de que, além dessa iniciativa pública, o software conte com pessoas que tenham capacidade técnica para avaliar a demanda.

Uma vez que os pontos positivos e negativos do SusFácil foram delimitados, os entrevistados foram questionados sobre quais aspectos eles considerariam críticos para o efetivo funcionamento do sistema. A análise desse recorte nas entrevistas permitiu apontar seis, das oito dimensões defendidas no modelo de Sittig e Singh (2010), partindo-se das categorias mais frequentes: regras externas, regulamentos e pressões; fluxo de trabalho e comunicação; cultura, procedimentos e políticas organizacionais internas; pessoas; contexto clínico e infraestrutura de hardware e software.

A primeira categoria, considerada central, está relacionada com aquela que aparenta nortear os pontos negativos sobre o software. Portanto, o papel do Estado como provedor dos mecanismos que asseguram a oferta de vagas e conseqüentemente o pleno funcionamento da ferramenta SusFácil, parece ser o fator crítico principal para seu efetivo funcionamento. De forma ampla, os respondentes alegam que a oferta de serviços, viabilizada pela capacidade de atração de prestadores (via precificação justa), e a adequação das necessidades regionais, via reajuste das cotas de PPI, representa os fatores preponderantes para o bom funcionamento do sistema de regulação.

(...) [é preciso uma] oferta real dos serviços (...) (E 5, Pos. 12).

O custeio dos serviços deveriam acompanhar os preços de mercado atual (...) (E 8, Pos. 12)

(...) [é preciso] um aumento das quotas (...) (E 10, Pos. 14).

No caso das urgências, muitas das vezes as regiões de saúde não têm a vaga e Belo Horizonte não recebe também (...) (E 12, Pos. 12).

(...) [é preciso] um aumento das quotas de PPI (...) (E 6, Pos. 57).

O Estado por ser o responsável pela oferta de ações de saúde, e, conseqüentemente, promover ações regulatórias, torna-se, portanto, o grande cumpridor da base na qual o SusFácil opera: a disponibilidade de serviços de saúde à população. Dessa forma, sem a mobilização de ações públicas que atendam às demandas por saúde, o SusFácil perde sua função: não há como regular serviços sem a disponibilidade desses. Cabe ao ente regulador (poder público) o ajuste entre oferta e demanda.

[...] o processo regulatório deverá estabelecer um redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualificando a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coibindo fluxos paralelos, baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados. (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, p. 645).

Um dos instrumentos utilizados para o ajuste dessa demanda, a PPI (Programação Pactuada Integrada), compreendida como pactos realizados entre os gestores municipais, tendo em vista os princípios da hierarquização dos serviços de saúde (baixa, média e alta complexidade), parece incipiente e inadequado às necessidades da população. Portanto, parece não ter havido muitas mudanças desde que Souza e Serinolli (2017, p. 279) admitiram não haver “o habitual acompanhamento de desempenho dos órgãos, tão pouco o monitoramento das atividades sugeridas pelo PPI”.

[...] constatou-se que o planejamento (do PPI) não é feito com base em diagnósticos atualizados da situação de saúde, mas na reprodução do passado, tendo como consequência o afastamento da realidade e a reprodução dos problemas/deficiências anteriores (MOREIRA; TAMAKI, 2017, p. 106).

Percebe-se, portanto, a urgência de aproximação entre a função reguladora e as necessidades nacionais (SILVA; TAGLIARI, 2016), especificamente aquelas inerentes às regiões de saúde. Para isso, as informações geradas pelas unidades de saúde precisam ser admitidas como fontes gerenciais que auxiliam a compreender as mudanças na dinâmica de saúde. O próprio SusFácil contribui com a geração de dados que precisam ser investigados e levados em consideração para os ajustes do PPI.

É preciso que “os formuladores de políticas e reguladores monitorem ativamente e reflitam criticamente sobre suas próprias práticas de trabalho e o uso de padrões para educar-se sobre as limitações e implicações desses mecanismos de avaliação” (KOK; LEISTIKOW; BAL, 2019, p. 485).

A segunda categoria mais representativa reflete os fluxos que percorrem os processos de trabalho envolvidos na regulação dos serviços de saúde. Nessa, os entrevistados apresentam uma preocupação com a existência de critérios técnicos para a regulação. Portanto, diante de vagas disponíveis é preciso racionalidade nas decisões, a fim de viabilizar a redução das filas de espera. É importante ressaltar que tal categoria foi apontada como um dos pontos positivos e também negativos para a ferramenta.

(...) [um dos fatores críticos para o funcionamento do SusFácil é] a falta de um processo de regulação efetivo (...) (E 9, Pos. 12).

(...) [para o efetivo funcionamento do SusFácil] o ideal seria regulação seguir os critérios para as transferências (...) (E 10, Pos. 14).

Se os procedimentos eletivos fossem prestados com eficiência, rapidez poderia melhorar e diminuir a fila de espera que é tão grande (...) (E 12, Pos. 12).

A terceira dimensão identificada aponta que o processo de regulação (ou seja, sua execução a partir de critérios técnicos) precisa tornar-se um elemento cultural, sendo adicionado às rotinas organizacionais de cada unidade de saúde:

(...) [para o efetivo funcionamento do SusFácil é preciso] uma boa regulação (...) (E 3, Pos. 53).

Concomitantemente, tal iniciativa envolveria a dimensão pessoas:

(...) [para o efetivo funcionamento do SusFácil é preciso a] capacitação dos reguladores (...)” (E 11, Pos. 12).

Além disso, as últimas duas categorias encontradas são relacionadas ao funcionamento do software SusFácil, especialmente em relação a informações do contexto clínico e à estrutura de software e hardware:

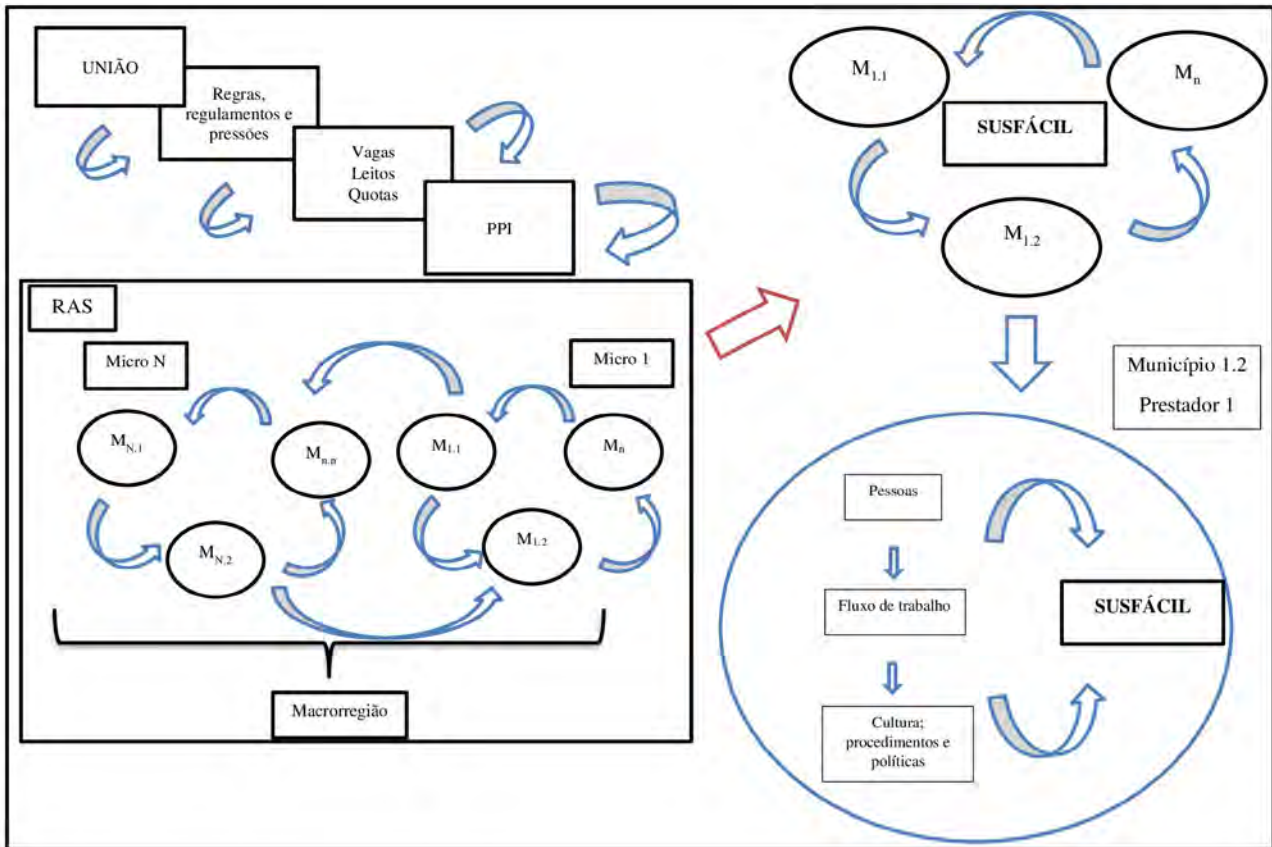
Poderiam ficar salvas as informações dos procedimentos [...] (E 6, Pos. 52).

O sistema não pode ficar fora do ar [...] (E 7, Pos. 13).

A partir de uma perspectiva interna, há destaque para a adequação pessoal e dos fluxos de trabalho à dinâmica reguladora, uma vez que “garantir que os profissionais de saúde cumpram os requisitos regulamentares é um pré-requisito para alcançar uma regulamentação eficaz” (KOORNNEEF; ROBBEN; OUDE WESSELINK, 2018, p. 01). Requisitos técnicos são essenciais nesse processo, uma vez que o regulador tem o poder de decidir a prioridade nos serviços de saúde, com o objetivo de cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a qualificação é aspecto importante para o bom funcionamento da ferramenta regulatória.

Para facilitar a compreensão da dinâmica que envolve tais constatações, um quadro analítico é apresentado na Figura 4.

Figura 4 - Fatores críticos para o efetivo funcionamento do SusFácil em serviços eletivos a partir do modelo sócio-técnico de Sittig e Singh, 2010



Dessa forma, demonstra-se que o elemento crítico para o efetivo funcionamento do SusFácil reside, inicialmente, em elementos externos representados pela ação do Estado na oferta de mais leitos e possibilidades de prestação de serviços. Essa ação automaticamente altera a capacidade de oferta dos prestadores, o que se reflete em alterações no PPI e, conseqüentemente, nas relações que estão estabelecidas entre microrregiões, macrorregiões e a Rede de Atenção à Saúde como um todo.

Partindo-se da demonstração desse elemento externo, a preocupação com o efetivo funcionamento do SusFácil precisa adotar uma perspectiva micro. Dessa forma, mediante a oferta de mais leitos, vagas e quotas, é preciso trabalhar gerencialmente o ambiente interno dos prestadores de serviço. À medida em que o processo de regulação for realizado por colaboradores com competência técnica, os fluxos de trabalho serão automaticamente alterados (seguindo as regras estabelecidas para o que é considerado uma boa regulação). Diante dos fluxos de trabalho alterados, espera-se criar uma cultura, procedimentos e políticas organizacionais solidificadas a partir dessa base, criando um processo de regulação efetivo, eficiente e de qualidade. Dessa forma, portanto, o SusFácil funcionará efetivamente, cumprindo seu objetivo primordial: a regulação e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde.

4.2.5 O SusFácil: sugestões de mudança

Como tema final dessa análise, foi questionado aos entrevistados se eles teriam sugestões para o funcionamento do SusFácil, uma vez que, com essa questão, espera-se captar outras percepções não obtidas nas questões anteriores. A análise dessa parte dos dados permitiu a identificação de três categorias: regras externas, regulamentos e pressões; fluxo de trabalho e comunicação; e infraestrutura de hardware e software:

Percebe-se que a maioria das sugestões estão relacionadas a mudanças nas ações do Estado e nas políticas que são direcionadas à disponibilização dos serviços de saúde:

(...) [sugiro] o aumento da oferta de especialidades, cirurgias de média complexidade e exames (...) (E 10, Pos. 16).

(...) [é preciso que haja] habilitação de prestadores e reajuste na tabela de pagamento dos procedimentos. (E 8, Pos. 14).

(...) [sugiro] maior gerenciamento da oferta dos serviços (...) (E 5, Pos. 14).

Ao mesmo tempo, há uma preocupação interna em relação às rotinas e fluxos de trabalho exercidos nas unidades de saúde:

(...) [é preciso] diminuir tempo de espera no laudo nos hospitais. (E 11, Pos. 14)

Melhor acompanhamento de leitos disponível. (E 12, Pos. 14).

Em meu ponto de vista o sistema deve sempre buscar melhorias para enriquecer nosso trabalho na linha de frente ao serviço. (E 4, Pos. 14).

Por fim, a terceira categoria encontrada sugere mudanças na ferramenta, representando também o reflexo de adaptações a possíveis alterações em políticas de disponibilização de vagas para o SUS:

(...) [sugiro] atualização do software e do processo regulatório. (E 9, Pos. 14).

(...) [sugiro] a disponibilização de inserção de imagens no software (...) (E 3, Pos. 55).

Destaca-se a necessidade de mudanças políticas, institucionais e gerenciais; contudo, essas devem ser acompanhadas e discutidas entre gestores, na medida em que esses consigam se aproximar da demanda que sua região de saúde exige. Portanto, comprometimento e entendimento das complexidades do sistema de saúde são essenciais, especialmente em nível micro. É preciso compreender que, “... tentativas de fortalecer a regulamentação da assistência à saúde serão ineficazes, a menos que falhas de governança subjacentes sejam tratadas” (SHEIKH; SALIGRAM; HORT, 2015, p. 53).

5 Conclusões e recomendações

A partir dos elementos sociotécnicos defendidos no modelo octogonal de Sittig e Singh (2010), as primeiras análises apontam a importância de categorias relacionadas tanto a aspectos externos (regras externas, regulamentos e pressões), bem como à necessidade de atendimento a requisitos internos, como cultura, procedimentos e políticas organizacionais.

Os resultados iniciais desta pesquisa permitem afirmar que existem outros fatores a serem considerados quando pretende-se analisar a ferramenta SusFácil; fatores que vão muito além de problemas na execução do mesmo. O contexto no qual o software é utilizado pode ser compreendido como o primeiro elemento norteador para que seu funcionamento seja efetivo, ou seja, no caso do SUS e do SusFácil, os serviços públicos de saúde. Percebe-se que as políticas públicas e ações governamentais acabam delineando o escopo de funcionamento do software, uma vez que, sem vagas, não há a possibilidade de regulação.

Essa constatação, no entanto, foge do escopo de políticas públicas federais e ajustes decorrentes de ações que avaliem as regiões de saúde como um todo, disponibilizando mais serviços e mais leitos; ao contrário, passa por ações e conhecimento em nível micro e regional. Exemplo disso, são os desajustes na PPI (Programação Pactuada Integrada). Parece não haver total conhecimento da demanda regional, o que, de certa forma, faz com que as informações necessárias para ajustes políticos que envolvam toda a rede sejam distorcidas. Há um distanciamento da realidade, aliado a outros fatores que impossibilitam a maior oferta de serviços, como a falta de tabelas que incentivem a adesão de prestadores.

O segundo elemento crítico para o bom funcionamento do software está relacionado às ações de regulação, que, segundo os dados da pesquisa, precisam ser efetivamente baseadas em conhecimento técnico. Portanto, a partir da oferta efetiva de serviços que atendam à demanda populacional, é preciso que os critérios para a decisão regulatória sejam repensados pelos gestores e envolvidos, ou seja, é preciso garantir um processo justo e imparcial.

Sugere-se, dessa forma, que os gestores públicos, especialmente os regionais, utilizem-se mais de informações disponíveis para subsidiar seus clamores pela oferta de serviços que atendam a demanda. Dados advindos de diversos setores precisam ser usados, especialmente porque a saúde é o resultado da interação de um complexo sistema de fatores. Além disso, é possível a aproximação entre poder público e órgãos de pesquisa (universidades e institutos), com o objetivo de desenvolver projetos que auxiliem a elaboração de justificativas científicas para ajustes.

Além disso, diante da disponibilização de serviços a serem regulados, sugere-se uma discussão, em nível de RAS's, sobre os protocolos a serem seguidos no processo. Juntamente a esse, incentiva-se a renovação do conhecimento como algo a ser prioridade para uma regulação eficaz.

Destacam-se aqui dois percalços: o primeiro está relacionado à pandemia da Covid-19 e à falta de oportunidades para entrevistas físicas, e o segundo diz respeito ao processo eleitoral e intenso envolvimento dos servidores, o que deixa a eles pouco tempo para se envolverem no tema.

Referências bibliográficas

ADOLFI JÚNIOR, Mário Sérgio *et al.* Regulação médica em emergência pela plataforma web: um estudo piloto. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 44, n. 6, p. 1063–1071, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000600011>

ALMEIDA, Bernardo de; GUIMARÃES, Tadeu Barreto. O Planejamento Estratégico de Longo Prazo. In: VILHENA, Renata *et al.* (org.). *O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 367. *E-book*.

ALTMAN, Drew. The politics of health care: the case of the national health planning and resources development act. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 560–580, 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/jmm.2010.18>

AVDOSHIN, Sergey; PESOTSKAYA, Elena. Mobile healthcare: perspectives in Russia. *Business Informatics*, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 38–44, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17323/1998-0663.2016.3.38.44>

AZEVÊDO, Sandro Roberto. O Programa de tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí. *Holos*, [S. l.], v. 2, p. 402, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2016.3360>

BADUY, Rossana Staevie *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 295–304, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200011>

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 49–54, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600010106>

BARROS, Pedro Pita. Competition policy for health care provision in Portugal. *Health Policy*, [S. l.], v. 121, n. 2, p. 141–148, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.005>

BASTANI, Peivand; ABOLHASANI, Nazanin; SHAARBAFCHIZADEH, Nasrin. Electronic health in perspective of healthcare managers: a qualitative study in south of Iran. *Iranian Journal of Public Health*, [S. l.], v. 43, n. 6, p. 809–820, 2014.

BATISTA, Sandro Rodrigues *et al.* The regulatory complex for health care in the federal district, Brazil and the challenge for integrating levels of health care. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 2043–2052, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>

BENSKI, Anne Caroline *et al.* Usability and feasibility of a mobile health system to provide comprehensive antenatal care in low-income countries: PANDA mHealth pilot study in Madagascar. *Journal of Telemedicine and Telecare*, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 536–543, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X16653540>

BERG, Marc. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 87–101, 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(99\)00011-8](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(99)00011-8)

BERG, Marc; TOUSSAINT, Pieter. The mantra of modeling and the forgotten powers of paper: a sociotechnical view on the development of process-oriented ICT in health care. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 69, n. 2–3, p. 223–234, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(02\)00178-8](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(02)00178-8)

BESSAT, Cécile; ZONON, Noël Adannou; D'ACREMONT, Valérie. Large-scale implementation of electronic Integrated Management of Childhood Illness (eIMCI) at the primary care level in Burkina Faso: a qualitative study on health worker perception of its medical content, usability and impact on antibiotic prescription. *BMC Public Health*, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1–12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6692-6>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: Conass, 2007. E-book. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. v. 01 E-book.

BRASIL. *Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Diário Oficial da União, 1990 a.

BRASIL. *Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990: Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: [s. n.], 1990 b.

CAMARA, Guilherme Ribeiro; PINHEIRO, Tarcísio Márcio Magalhães. Percepção social dos problemas relacionados com o uso dos sistemas de informação em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista IP Informática Pública*, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 111–126, 2001.

CANÊO, Paula Krauter; RONDINA, João Marcelo. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. *Journal of Health Informatics*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 67–70, 2014. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/289>

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, [S. l.], v. 4, n. 7, p. 122–135, 2002.

CHIASSON, M. W.; LOVATO, C. Y. The health planning context and its effect on a user's perceptions of software usefulness. *Canadian Journal of Public Health*, [S. l.], v. 91, n. 3, p. 225–228, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/bf03404277>

CHIORO DOS REIS, Ademar Arthur *et al.* Thoughts on the development of active regional public health systems. *Ciencia e Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1045–1054, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>

COIERA, E.; WESTBROOK, J.; WYATT, J. The safety and quality of decision support systems. *Yearbook of medical informatics*, [S. l.], v. 45, n. February, p. 20–25, 2006.

DENNEHY, Patricia *et al.* A partnership model for implementing electronic health records in resource-limited primary care settings: experiences from two nurse-managed health centers. *Journal of the American Medical Informatics Association*, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 820–826, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000117>

DITTMAN, David A.; PETERS, Jeffry A. PSRO and HSA. A Federal system of local health care regulation. *Connecticut Medicine*, [S. l.], v. 42, n. 11, p. 725–732, 1978.

DIXON-WOODS, Mary *et al.* A qualitative study of design stakeholders' views of developing and implementing a registry-based learning health system. *Implementation Science*, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0976-1>

DUNGEY, Sheena *et al.* Exploring practical approaches to maximising data quality in electronic healthcare records in the primary care setting and associated benefits. Report of panel-led discussion held at SAPC in July 2014. *Primary Health Care Research and Development*, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 448–452, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423615000596>

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 572. *E-book*.

FARIAS, Sidney Feitoza *et al.* A Regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciencia e Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 16, n. SUPPL. 1, p. 1043–1053, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700037>

FARR, Michelle *et al.* Pilot implementation of co-designed software for co-production in mental health care planning: a qualitative evaluation of staff perspectives. *Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 28, n. 5, p. 495–504, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608925>

FIELDING, Jonathan E. Lessons from Health Care Regulation. *Annual Review of Public Health*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 91–130, 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.04.050183.000515>

FREIRE, Mariana P. *et al.* Regulation of care in care networks: the importance of new technological arrangements. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], v. 29, n. 3, p. 1–9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190682>

FRIEDMAN, Daniel J. *et al.* Accessing population health information through interactive systems: lessons learned and future directions. *Public Health Reports*, [S. l.], v. 116, n. 2, p. 132–147, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/phr/116.2.132>

FRONTONI, Emanuele *et al.* Sharing health data among general practitioners: the Nu.Sa.

project. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 129, n. June, p. 267–274, 2019 a. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.05.016>

FRONTONI, Emanuele *et al.* Sharing health data among general practitioners: the Nu.Sa. project. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 129, n. May, p. 267–274, 2019 b. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.05.016>

GANGULY, P.; RAY, P. A methodology for the development of software agent based interoperable telemedicine systems: a tele-electrocardiography, perspective. *Telemedicine Journal*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 283–294, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/107830200415234>

GARCÍA-HOLGADO, Alicia *et al.* Technological ecosystems in the health sector: a mapping study of European research projects. *Journal of Medical Systems*, [S. l.], v. 43, n. 100, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10916-019-1241-5>

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis*, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 119–140, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1989. *E-book*.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002. *E-book*. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-1-137-49662-1>

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 57–63, 1995 a.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 20–29, 1995 b.

GONÇALVES, João Paulo Pereira *et al.* Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 37, n. 96, p. 43–50, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000100006>

GREENHALGH, Trisha *et al.* Infrastructure revisited: an ethnographic case study of how health information infrastructure shapes and constrains technological innovation. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 21, n. 12, p. 1–19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/16093>

GU, Dongxiao *et al.* Social media-based health management systems and sustained health engagement: TPB perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [S. l.], v. 16, n. 9, p. 1–15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091495>

HÄKKINEN, Heidi; KORPELA, Mikko. A participatory assessment of IS integration needs in maternity clinics using activity theory. *International Journal of Medical Informatics*,

[S. l.], v. 76, n. 11–12, p. 843–849, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2006.11.003>

HOBBS, F. D. Richar. *et al.* A prospective controlled trial of computerized decision support for lipid management in primary care. *Family Practice*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 133–137, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/13.2.133>

HSIAO, Shih Jung *et al.* Critical factors for the adoption of mobile nursing information systems in Taiwan: the nursing department administrators' perspective. *Journal of Medical Systems*, [S. l.], v. 33, n. 5, p. 369–377, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10916-008-9199-8>

IWAYA, Leonardo Horn *et al.* Mobile health systems for community-based primary care: identifying controls and mitigating privacy threats. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 7, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/11642>

JENAL, Sabine; ÉVORA, Yolanda Dora Martinez. Revisão de literatura: implantação de prontuário eletrônico do paciente. *Journal of Health Informatics*, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 176–181, 2012. Disponível em: <https://politics.org.br/edicoes/e-saude-e-desafios-a-protECAo-da-privacidade-no-brasil>

JÚNIOR, Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva Francisco Tavares; MENDES, Eugênio Vilaça. Bases conceituais e programáticas do choque de gestão na saúde em Minas Gerais. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.* (org.). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 324. *E-book*.

JUNIOR, Sylvio Barbon; MORIGUCHI, Stella Naomi; SOUZA, Alex Correa de. Contribuições da interface usuário-computador nos serviços hospitalares. *Journal of Health Informatics*, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 110–113, 2013. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/279>

KOK, Josje; LEISTIKOW, Ian; BAL, Roland. Pedagogy of regulation: strategies and instruments to supervise learning from adverse events. *Regulation and Governance*, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 470–487, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/rego.12242>

KOLITSI, Z.; IAKOVIDIS, I. Improving user acceptance of health-care telematics. *Journal of telemedicine and telecare*, [S. l.], v. 6 Suppl 2, p. 37–39, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/1357633001935491>

KOOP, Christel; LODGE, Martin. What is regulation? An interdisciplinary concept analysis. *Regulation and Governance*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 95–108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/rego.12094>

KOORNEEF, Erik J.; ROBBEN, Paul B. M.; OUDE WESSELINK, Sandra. A cross-sectional study into medical students' perceptions of healthcare regulation and self-reported compliance: a study conducted in the City of Al Ain, United Arab Emirates, 2016. *BMC Medical Education*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1393-x>

LAURENZA, Elena *et al.* The effect of digital technologies adoption in healthcare industry: a case based analysis. *Business Process Management Journal*, [S. l.], v. 24, n. 5, p. 1124–1144, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/BPMJ-04-2017-0084>

LEE, Keehyuck *et al.* A novel concept for integrating and delivering health information using a comprehensive digital dashboard: an analysis of healthcare professionals' intention to adopt a new system and the trend of its real usage. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 97, p. 98–108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.10.001>

LEE, Ting Ting *et al.* Two-stage evaluation of the impact of a nursing information system in Taiwan. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 77, n. 10, p. 698–707, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.03.004>

LIMA, Márcio Roney Mota *et al.* Health regulation: knowledge of Family Health Strategy professionals. *Rev Rene Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 23–31, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/revrene.v14i1.1330>

LITTLEJOHNS, Peter *et al.* Setting standards and monitoring quality in the NHS 1999–2013: a classic case of goal conflict. *International Journal of Health Planning and Management*, [S. l.], v. 32, n. 2, p. e185–e205, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2365>

MADORE, Amy *et al.* Implementation of electronic medical records requires more than new software: lessons on integrating and managing health technologies from Mbarara, Uganda. *Healthcare*, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 264–269, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.08.006>

MALACHIAS, Ivêta; LELES, Fernando Antônio Gomes; PINTO, Maria Auxiliadora Silva. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. *E-book*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002. *E-book*.

MCMICHAEL, Benjamin J. The demand for healthcare regulation: the effect of political spending on occupational licensing laws. *Southern Economic Journal*, [S. l.], v. 84, n. 1, p. 297–316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/soej.12211>

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. [S. l.: s. n.]. *E-book*.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 72–87, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902006000200008>

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual *. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77–92, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUSFácil-MG - central de regulação*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

MOLESINI, Joana Angélica *et al.* Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do Sus. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 623–638, 2010.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; TAMAKI, Edson Mamoru. A programação pactuada e integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. *Interações (Campo Grande)*, [S. l.], v. 18, n. 4, p. 99–108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v18i4.1454>

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 761–765, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1415-65552011000400012>

NABELSI, Véronique; CROTEAU, Sylvain. An evidence-based health care knowledge integration system: assessment protocol. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 21, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/11754>

NATH, Nirmala; HU, Yuan Yuan; BUDGE, Chris. Information technology and diffusion in the New Zealand public health sector. *Qualitative Research in Accounting and Management*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 216–251, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/QRAM-02-2015-0026>

NEUPERT, Peter; MUNDIE, Craig. Perspective - Personal health management systems: applying the full power of software to improve the quality and efficiency of care. *Health Affairs*, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 390–392, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.2.390>

OLIVEIRA, Robson Rocha; MANGEON ELIAS, Paulo Eduardo. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 571–576, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *A atenção à saúde coordenada pela aps: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. *E-book*.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: 2001, Brasília. *Seminários Temáticos Permanentes - Anvisa/ISC - UFBA*. Brasília: [s. n.], 2001. p. 1–16.

PATRÍCIO, Camila Mendes *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *ScientiaMedica*, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 121–131, 2011.

PEIRIS, David P. *et al.* An electronic clinical decision support tool to assist primary care

providers in cardiovascular disease risk management: development and mixed methods evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, [S. l.], v. 11, n. 4, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.1258>

PENG, Wei *et al.* A qualitative study of user perceptions of mobile health apps. *BMC Public Health*, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1–11, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3808-0>

PEREZ, Gilberto; ZWICKER, Ronaldo. Fatores determinantes da adoção de sistemas de informação na área de saúde: um estudo sobre o prontuário médico eletrônico. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 174–200, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1678-69712010000100008>

PICCIOTTI, Sol. Introduction: reconceptualizing regulation in the era of globalization. *Journal of Law and Society*, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 1–11, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-6478.00208>

PRAKASH, Gyan. Steering healthcare service delivery: a regulatory perspective. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 173–192, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/09526860710819440>

RANGRAZ JEDDI, Fateme *et al.* Usability evaluation of a comprehensive national health information system: relationship of quality components to users' characteristics. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 133, n. September 2018, p. 1–23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104026>

RAYMOND, Louis; PARÉ, Guy; MARCHAND, Marie. Extended use of electronic health records by primary care physicians: does the electronic health record artefact matter? *Health Informatics Journal*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 71–82, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1460458217704244>

RETCHEIN, Sheldon M.; WENZEL, Richard P. Etronic Medical Record Systems at Academic Health Centers: advantages and implementation issues. *AcademicMedicine*, [S. l.], v. 74, n. 5, p. 493–498, 1999.

ROCKWELL, Kimberly Lovett; GILROY, Alexis. Emergency telemedicine: achieving and maintaining compliance with the emergency medical treatment and labor act. *Telemedicine and e-Health*, [S. l.], v. 24, n. 12, p. 934–937, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0204>

ROLIM, Karla Maria Carneiro *et al.* Mobile Partogram — m-Health technology in the promotion of parturient ' s health in the delivery room. In: Innovation in Health Informatics. [S. l.]: Academic Press, 2020. p. 245–259. E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819043-2.00010-1>

SALTMAN, Richard B.; FERROUSSIER-DAVIS, Odile. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, [S. l.], v. 78, n. 6, p. 732–739, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0042-96862000000600005>

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. *Metodologia de Pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: [s. n.], 2013. E-book.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface -Comunic, Saúde, Educ*, [S. l.], v. 9, n. 18, p. 25–41, 2006.

SASIDHARAN, Asha; JANODIA, Manthan Dilipkumar. Social media: a double edged sword for accessing health care information. *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research*, [S. l.], v. 52, n. 2, p. 207–211, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5530/ijper.52.2.23>

SAVEL, T. et al. A Public Health Grid (PHGrid): architecture and value proposition for 21st century public health. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 79, n. 7, p. 523–529, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.04.002>

SCHNIPPER, Jeffrey L. et al. “Smart Forms” in an electronic medical record: documentation-based clinical decision support to improve disease management. *Journal of the American Medical Informatics Association*, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 513–523, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1197/jamia.M2501>

SEGGINLI, Selda; ERDOGAN, Semra; MONSEN, Karen A. Attitudes of health professionals towards electronic health records in primary health care settings: a questionnaire survey. *Informatics for Health and Social Care*, [S. l.], v. 1, n. 18, p. 15–32, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/17538157.2013.834342>

SHEIKH, Kabir; SALIGRAM, Prasanna S.; HORT, Krishna. What explains regulatory failure? Analysing the architecture of health care regulation in two Indian states. *Health Policy and Planning*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 39–55, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czt095>

SILVA, Ana Paula Jucá; TAGLIARI, Patrícia Oliveira Pereira. Iniciativas de convergência regulatória em saúde nas Américas: histórico, evolução e novos desafios. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 281–287, 2016.

SILVA, Márcia Elizabeth Marinho; SANTOS, Eduardo R.; BORENSTEIN, Denis. Implementing regulation policy in Brazilian health care regulation centers. *Medical Decision Making*, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 366–379, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0272989X09344748>

SITTIG, Dean F.; SINGH, Hardeep. A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems. *Quality & safety in health care*, [S. l.], v. 19 Suppl 3, n. 1, p. 68–75, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/qshc.2010.042085>

SOARES, Tânia Catarina Sobral et al. Perfil dos usuários atendidos na sala vermelha de uma unidade de pronto atendimento. *Rev. enferm. UFPE on line*, [S. l.], v. 10, n. 12, p. 4619–4627, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201625>

SOUZA, Danielle Cristina Campos; SERINOLLI, Mário Ivo. Agendamento eletrônico ambulatorial: análise de melhorias após a implantação. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 276–292, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i3.341>

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 13, p. 509–517, 2010.

SOUZA, Renilson Rehem. *O sistema público de saúde brasileiro*. In: 2002, São Paulo. Seminário Internacional - tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo: [s. n.], 2002. p. 45.

TANG, Paul C. *et al.* Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association Volume*, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 121–126, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1197/jamia.M2025.records>

TOMASI, Elaine *et al.* Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 37, n. 6, p. 800–806, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000600017>

TSEVELVAANCHIG, Uranchimeg *et al.* Regulating the for-profit private healthcare providers towards universal health coverage: a qualitative study of legal and organizational framework in Mongolia. *International Journal of Health Planning and Management*, [S. l.], v. 1, n. 17, p. 185–201, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2417>

VALENTE, Roberto *et al.* A model to prioritize access to elective surgery on the basis of clinical urgency and waiting time. *BMC Health Services Research*, [S. l.], v. 9, p. 1–15, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-1>

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 36, n. 95, p. 640–647, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042012000400016>

VIS, Christiaan *et al.* Health technology assessment frameworks for eHealth: a systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, [S. l.], n. 7, p. 1–13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S026646232000015X>

WALKER, Guy H. *et al.* A review of sociotechnical systems theory: a classic concept for new command and control paradigms. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 479–499, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14639220701635470>

WANDERA, Stephen Ojiambo *et al.* Facilitators, best practices and barriers to integrating family planning data in Uganda’s health management information system. *BMC Health Services Research*, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1–13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4151-9>

WEEKS, Hannah L. *et al.* medExtractR: a targeted, customizable approach to medication extraction from electronic health records. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, [S. l.], v. 1, n. 12, p. 407–418, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz207>

WENTZER, Helle Sofie; BÖTTGER, Ulrich; BOYE, Niels. Unintended transformations of clinical relations with a computerized physician order entry system. *International Journal of Medical Informatics*, [S. l.], v. 76, n. SUPPL. 3, p. 456–461, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.07.007>

WHITE, Alan H.; CROWTHER, Susan A.; LEE, Siew Hwa. Supporting rural midwifery practice using a mobile health (mHealth) intervention: a qualitative descriptive study. *Rural and Remote Health*, [S. l.], v. 19, n. 3, 2019.

WRAY, Tyler B. *et al.* User-centered, interaction design research approaches to inform the development of health risk behavior intervention technologies. *Internet Interventions*, [S. l.], v. 15, n. October 2018, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.10.002>

Wu, Na. *et al.* A smart and multifaceted mobile health system for delivering evidence-based secondary prevention of stroke in rural China: design, development, and feasibility study. *JMIR mHealth and uHealth*, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 1–15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/13503>

Apêndice A – Roteiro de pesquisa 1 – Secretários de saúde dos municípios

Prezado (a),

Esta pesquisa tem por objetivo delimitar os fatores críticos para o efetivo funcionamento da ferramenta SusFácil. Trata-se de uma pesquisa realizada em parceria com a Escola Nacional de Administração Pública (Enap) e que tem por propósito a geração de relatórios com informações estratégicas relevantes que auxiliem a gestão pública.

Aprovada no Comitê de Ética pelo Parecer XXXXX, destaca-se que sua participação é facultativa e que nenhum dado pessoal será solicitado. Além disso, ressalta-se que as informações colhidas aqui são sigilosas, sendo usadas somente cientificamente.

Serão apresentados tópicos sobre os quais você deve refletir. Não há respostas certas ou erradas, apenas responda com base em sua experiência no cargo e na sua percepção sobre os processos que envolvem o uso do SusFácil.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

1- Em qual município você exerce seu cargo? *

1.1- Qual o cargo que você ocupa?

2 - Explique como funciona o processo de regulação dos serviços de saúde ELETIVOS em seu município:

3 - Seu município referencia ou demanda serviços? Qual aspecto você considera mais complexo? Por quê?

4 - Para você, o SusFácil funciona? Aponte elementos positivos e negativos da ferramenta.

5 - Quais desses elementos citados você considera cruciais para o efetivo funcionamento do SusFácil? Por quê?

6 - Você sugere alguma mudança/melhoria? Qual? Aponte outras considerações que julgar necessárias.

7 - Deixe abaixo o contato (email ou telefone) do colaborador que opera diretamente o

SusFácil em serviços de saúde eletivos em seu município.

Apêndice B – Roteiro de pesquisa 1 – Envolvidos no processo

Prezado (a),

Esta pesquisa tem por objetivo delimitar os fatores críticos para o efetivo funcionamento da ferramenta SusFácil. Trata-se de uma pesquisa realizada em parceria com a Escola Nacional de Administração Pública (Enap) e que tem por propósito a geração de relatórios com informações estratégicas relevantes que auxiliem a gestão pública.

Aprovada no Comitê de Ética pelo Parecer XXXXX, destaca-se que sua participação é facultativa e que nenhum dado pessoal será solicitado. Além disso, ressalta-se que as informações colhidas aqui são sigilosas, sendo usadas somente cientificamente.

Serão apresentados tópicos sobre os quais você deve refletir. Não há respostas certas ou erradas, apenas responda com base em sua experiência no cargo e na sua percepção sobre os processos que envolvem o uso do SusFácil.

Desde já agradecemos sua colaboração.

1- Qual o cargo que você ocupa?

2 - Você trabalha há quanto tempo nesse cargo?

3 – Você esteve na implementação? Conte como foi ou conte sua experiência com o software.

4 - Vamos falar sobre os serviços eletivos: quais os serviços mais demandados nos últimos 12 meses pelo município?

5 - Você tem condições de responder qual município foi o que mais atendeu a essas especialidades?

6 – O município também é referência para algum serviço? Qual?

7 - Explique como o SusFácil funciona para referenciar procedimentos eletivos.

8 - Para você, o SusFácil funciona? Aponte os elementos positivos e negativos nesse processo.

9 - Comente em relação ao SusFácil:

9.1 – Hardware e software: há problemas relatados no uso?

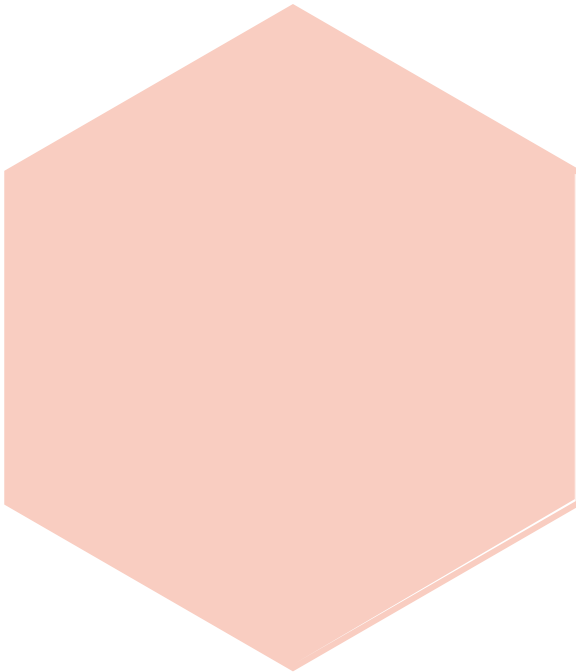
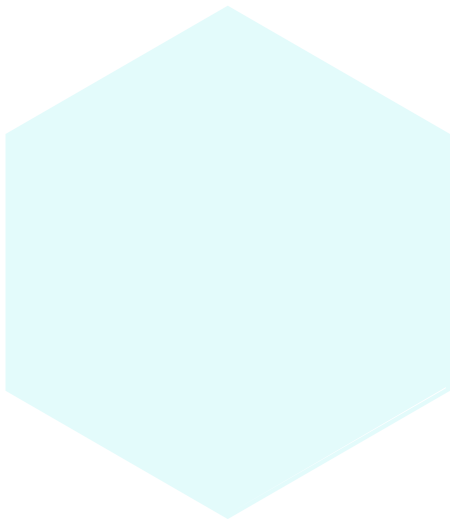
9.2 – Sobre o fluxo de trabalho

9.3– Além do que já foi comentado, o que mais influencia o funcionamento da ferramenta?

10 – Como é a comunicação e a continuidade no cuidado? 11 - Tem algum ponto ou processo que você acha que prejudica seu trabalho?

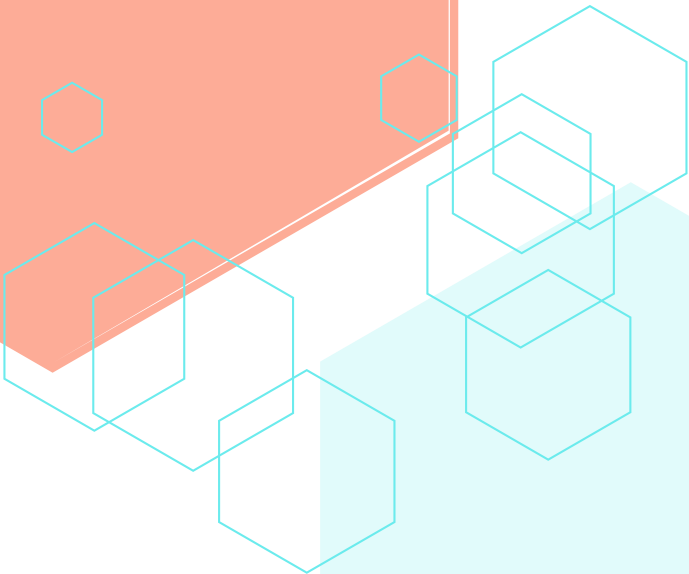
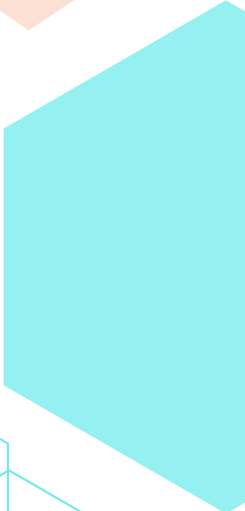
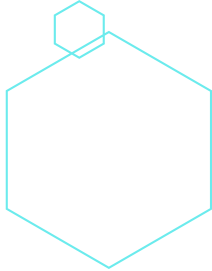
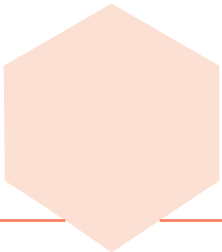
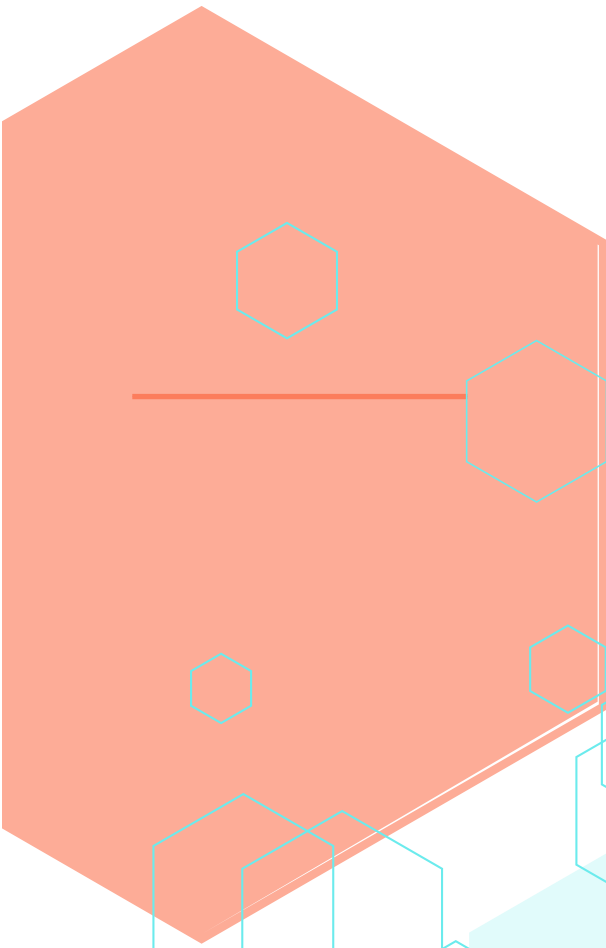
12 - Tem mais alguma coisa que queira complementar?

Obrigado (a)



ENAP
Cadernos

nº 97



Coleção: Cátedras 2019

