

RENOVAÇÃO DE PROCESSOS DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO EM UNIDADES DE SAÚDE EXTRA-HOSPITALARES

ANDREA CASTELLI

FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FEA

ANTONIO GERALDO DA ROCHA VIDAL

FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FEA

RENOVAÇÃO DE PROCESSOS DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO EM UNIDADES DE SAÚDE EXTRA-HOSPITALARES

Introdução

O sistema de saúde é composto por um conjunto de instituições que trabalham de forma complementar umas às outras no atendimento ao usuário final, que é, muitas vezes, denominado paciente. Do ponto de vista da oferta de valor, pode-se dividir o sistema em empresas de prestação de serviços, empresas fabricantes de insumos e compradores de serviços e insumos (Burns et al, 2002).

Segundo Christensen et al (2009), entende-se como rede de valor a forma como uma empresa estabelece seu modelo de gestão, que inclui a sua relação com a cadeia de fornecedores, parceiros e distribuidores, de forma que o trabalho integrado traga lucro e atenda a um determinado segmento de consumidores ou usuários.

As empresas prestadoras de serviço em saúde, dentro da cadeia de valor proposta por Pedroso e Malik (2012), sofrem influência do elo da intermediação financeira e devem se adequar às suas regras de atuação. Além disso, consomem insumos das distribuidoras de produtos e tecnologia para executar suas atividades junto ao usuário final. Sua principal finalidade consiste em organizar e orquestrar recursos humanos, materiais e conhecimento, visando à oferta de um atendimento de qualidade e seguro para o paciente ou usuário.

Estão enquadradas na categoria de prestadores de serviços, instituições como hospitais, empresas de assistência domiciliar, clínicas multiprofissionais, laboratórios, empresas de promoção à saúde e gerenciamento de doentes crônicos, além de transporte de usuários. Essas empresas interagem com o usuário do serviço de diferentes formas e em diferentes contextos, dependendo da demanda de saúde apresentada por ele. As interações podem ser pontuais e únicas, como, por exemplo, na administração de uma vacina; ou contínuas e longas, como no caso de internações ou tratamento de doenças crônicas.

Pode-se considerar a experiência do usuário como a resultante do seu relacionamento com o sistema de saúde. Segundo Rodrigues (2019), experiência e a satisfação do usuário são conceitos distintos. Enquanto a satisfação está relacionada à expectativa atendida, a experiência inclui aspectos como acesso à informação, forma como as suas solicitações são tratadas, respeito em todas as etapas do atendimento, sentir-se ouvido e, portanto, participante das decisões, e ter seus valores individuais respeitados.

Sob esse aspecto, as instituições de saúde que pretendam interferir na experiência dos seus usuários de forma positiva precisam se preocupar não só com a adequada capacitação técnica da equipe e da disponibilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, mas também com aspectos como capacidade de comunicação e empatia.

A figura 1 resume o formato de atuação de uma empresa de saúde extra hospitalar, objeto deste estudo. A partir de uma questão de saúde demandada, o serviço é ativado. Cabe ressaltar que o intermediador financeiro é o elo entre o usuário e a empresa que presta serviços. Consideramos atendimento extra hospitalar toda a assistência à saúde prestada no ambiente externo ao hospital, para usuários de diversas complexidades clínicas.

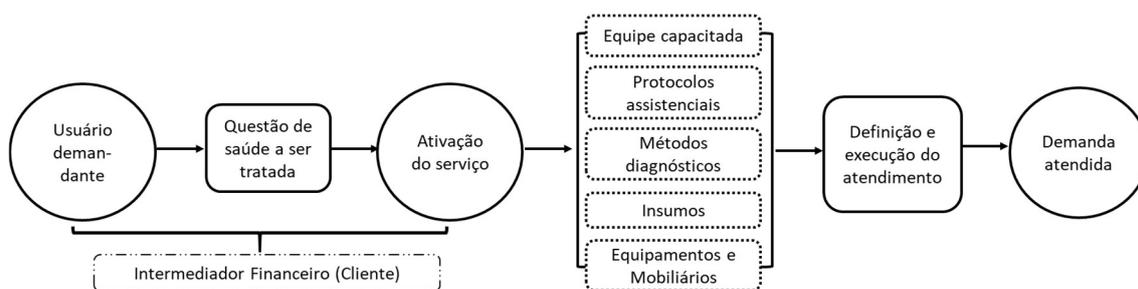


Figura 1. Acolhimento em saúde extra hospitalar. Fonte: elaborada pelo autor.

Para que haja uma definição adequada do tratamento e o atendimento possa ser executado, faz-se necessário dispor de uma equipe treinada, que seja direcionada por meio de protocolos assistenciais e que tenha à sua disposição os métodos diagnósticos necessários para definir a conduta clínica a ser tomada com o usuário. Insumos materiais, medicamentos, equipamentos e mobiliário também são elementos que devem ser considerados, para que uma adequada assistência seja prestada. A união desses elementos prevê o atendimento da demanda de saúde apresentada.

Contexto Investigado

O grupo de empresas estudado neste trabalho, que será chamado apenas de empresa, foi fundado em 1979 e iniciou suas atividades de prestação de serviços em saúde atuando no transporte terrestre de usuários. Ao longo de 40 anos de existência, a empresa se desenvolveu, ampliando o leque de oferta de serviços, passando a atuar na modalidade de internação domiciliar e gerenciamento de doentes crônicos. Suas atividades podem ser enquadradas, com relação à prestação de serviços em saúde, nas atenções primária (com gerenciamento de doentes crônicos), secundária (com transporte terrestre de usuários e atendimento de urgência) e terciária (com a assistência domiciliar).

Em paralelo ao crescimento da empresa, o mercado de saúde também se transformou. Os custos crescem e os agentes intermediadores financeiros buscam alternativas para melhorar a eficiência de sua operação, de forma a que as margens de lucro sejam preservadas ou ampliadas. Nesse contexto, o aspecto qualidade, característica marcante na prestação de serviços da empresa estudada, deixou de ser o valor prioritário e passou a competir com o aspecto resultado, envolvendo especialmente o custo dos serviços. A alternativa para continuar prestando um serviço com qualidade com um custo menor seria atuar na redução do desperdício por meio da melhoria contínua. Isso requer mudanças no modelo de cultura e gestão da empresa, com a instituição de indicadores de desempenho, além de investimento em tecnologia para suportar as melhorias de processos definidas a partir da análise dos resultados entregues.

O mercado também passou a valorizar iniciativas que propõem a integralidade do cuidado com o usuário, minimizando a atuação fragmentada do sistema e oferecendo um atendimento mais coordenado. O desperdício de recursos passou a ser fonte de preocupação, e a gestão de acesso ao sistema de saúde surgiu como alternativa para reduzir esse desperdício. Segundo Christensen et al., (2009), em um sistema integrado, há maior interesse em manter os usuários do sistema saudáveis e, na eventual necessidade de um tratamento, encaminhá-los a uma estrutura cujo modelo de gestão se proponha a realizar a tarefa da maneira mais eficaz e econômica possível.

A empresa estudada é formada por três unidades de negócio, que prestam serviços de transporte terrestre de ambulâncias, assistência domiciliar ou home care e gerenciamento de doentes crônicos.

O transporte terrestre, também conhecido como Atendimento Pré-Hospitalar (APH), está enquadrado na categoria de atendimento de urgência na atenção secundária. Esse serviço engloba todo atendimento que ocorre antes da chegada do usuário ao hospital, objetivando evitar danos, diminuindo taxas de morbidade e mortalidade. Esse atendimento prevê uma assistência de qualidade, com a maior brevidade possível, com equipe qualificada, de forma que o usuário chegue ao hospital com vida e com o mínimo possível de complicações. O APH pode ser de suporte básico à vida, composto por equipe técnica de baixa especialização e, por essa razão, sem autonomia para atuação através de manobras invasivas, bem como de suporte avançado à vida, com equipe composta por enfermeiros e médicos, permitindo a atuação através de procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (Malvestio & Souza, 2003).

Os serviços de internação domiciliar, comumente conhecidos como *Home Care* (termo da língua inglesa que significa cuidado em casa), são constituídos por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestados em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (Ministério da Saúde, 2016). No Brasil, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949, foi a primeira iniciativa de assistência domiciliar. Na década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (*home care*), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros, cujo principal foco estava na prestação de serviço a um melhor custo (Feuerwerker, & Merhy 2006).

As chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas pela ausência de tratamentos considerados curativos e, portanto, implicam em cuidados contínuos com a saúde. Elas são, atualmente, as principais responsáveis pela morbimortalidade das populações, trazendo impactos na qualidade de vida, produtividade e funcionalidade. São consideradas doenças multifatoriais, tendo os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, etilismo, sedentarismo e alimentação não saudável, forte relação com o aparecimento e a evolução da doença (OPAS, 2011).

O gerenciamento de doenças crônicas se caracteriza pelo acompanhamento dos portadores de doenças, geralmente através de visitas domiciliares, ligações telefônicas, troca de mensagens eletrônicas ou envio de materiais informativos. O objetivo é orientar sobre as questões que afetam diretamente a manutenção da estabilidade clínica e do ganho de qualidade de vida, apoiando as mudanças de hábito necessárias para frear ou desacelerar o processo de evolução da doença.

Esse modelo de atuação pouco integrado do ponto de vista do atendimento ao usuário, somado a não adaptação da estrutura da empresa à exigência de custo imposta pelo mercado, levou a companhia a perder contratos e receitas. Esta situação se tornou insustentável e obrigou a organização a rever seu modelo de atuação e de governança. Os indicadores que mais evidenciaram essa crise foram os de faturamento. Em quatro anos (2015 – 2018), houve perda de receita e diminuição de 12,1 pontos percentuais no lucro bruto da empresa estudada.

Diagnóstico da Situação Problema

Como parte do plano de recuperação financeira, uma empresa de consultoria externa foi contratada para realizar um diagnóstico e um plano de recuperação. A conclusão do trabalho da consultoria indicou que a empresa apresentava um faturamento interessante, mas sua geração de caixa não estava sendo suficiente, tendo alguma disponibilidade para investimento somente após dois anos, desde que fossem implementadas todas as

mudanças sugeridas. Um dos maiores desafios seria sanear o saldo de caixa nos dois primeiros anos, devido ao acúmulo de financiamentos de curto prazo. Foi proposta uma série de ações que permitiria que o nível de endividamento (EBITDA) e a geração caixa atingissem os patamares desejados em 24 meses. Segundo o relatório da consultoria, essas ações deveriam ser suportadas por uma extensa melhoria de processos e melhoria dos sistemas de informação em vigor na ocasião.

Após o diagnóstico da consultoria foi aplicada uma pesquisa junto aos clientes, com objetivo de avaliar a repercussão da crise financeira na imagem da empresa. Os principais problemas apontados e o resultado dessa pesquisa integrariam o plano de recuperação da empresa.

Em uma análise geral dos resultados da pesquisa, a principal constatação foi a de que os serviços prestados eram considerados bons e que haveria recomendação dos serviços para outros potenciais clientes. Contudo, o preço praticado estava tornando a operação inviável, pois os clientes estavam enfrentando dificuldades para encaixar as tarifas cobradas dentro das tabelas de preço praticadas pelo mercado.

De acordo com o modelo de acolhimento de saúde extra hospitalar apresentado na figura 1, os clientes dessa empresa são intermediadores financeiros do sistema, responsáveis pelo acesso dos usuários às instituições de saúde. Sua principal medida de sustentabilidade financeira é a taxa de sinistralidade, que basicamente consiste na relação entre a receita e as despesas. Segundo informações divulgadas pela sala de situação da ANS, no 3º trimestre de 2018, o índice de sinistralidade apurado era de 84%. Essa medida tem um grande impacto nas relações existentes entre os intermediadores financeiros e os prestadores de serviço em saúde. Considerando que o preço do serviço prestado reflete diretamente nas taxas de sinistralidade, aqueles que praticam valores acima da média do mercado podem ter dificuldades em firmarem contratos com as operadoras de planos de saúde (ANS, 2018).

Tanto o diagnóstico da consultoria (visão interna), quando as opiniões dos clientes (visão externa), corroboraram com a conclusão de que os processos operacionais essenciais da empresa precisavam sofrer mudanças, de forma os recursos humanos e materiais fossem utilizados com maior eficiência, diminuindo os custos, aumentando o valor para o cliente e, conseqüentemente, para usuário.

Analisando o modelo de acolhimento em saúde extra hospitalar, apresentado na figura 1, percebe-se que a etapa de definição e execução do atendimento deve ser alvo de intervenção imediata, a fim de garantir o atendimento da demanda com menor esforço e maior eficiência. As deficiências observadas nesse processo eram muitas, tendo grande impacto na qualidade assistencial. Entre todas as operações da empresa, essa era, provavelmente, a que requeria maior investimento em revisão de processos, infraestrutura e treinamento de pessoas.

Ao reorganizar a empresa a partir da perspectiva de processos de negócio, a principal alteração passa a ser o foco no cliente. Deve-se considerar que os processos começam e terminam no cliente, ou seja, partem do desejo ou requisitos dele, e terminam com o resultado que ele precisa. O cliente assume o centro, e o objetivo final passa a ser a oferta de mais valor, de forma mais rápida e a um custo mais baixo. Os executores dessa cadeia também assumem nova posição em uma gestão por processos, uma vez que devem assumir mais responsabilidade e desenvolver a capacidade de trabalho em equipe em ambientes de colaboração (Hammer, 1998).

A fundamentação teórica da gestão por processos aponta para a premissa de que, para criação e manutenção de bons produtos e serviços, é fundamental que a visão de processos de ponta a ponta, a partir da perspectiva do cliente, seja um objetivo da organização e de sua estrutura de gestão (Jesus & Macieira, 2015). É notório que as instituições que prestam serviços de saúde enfrentam grandes desafios para aumento da produtividade. Alguns trabalhos apontam a necessidade de uma redefinição da rede de operações do setor e da adoção de novas práticas para a gestão de processos, privilegiando atividades que notadamente agreguem valor para os usuários finais (Christensen, Grossman, & Hwang, 2009).

O assunto eficiência em serviços de saúde, inevitavelmente, passa pela discussão de aspectos de qualidade, uma vez que erros podem gerar dano à vida. O planejamento das entradas dos processos e o acompanhamento do atendimento é fator crítico de sucesso, sendo a contingência um aspecto obrigatório. O maior desafio está em ter um processo flexível o suficiente para atendimento das demandas adicionais de serviços não previstas e, muitas vezes, urgentes. De modo geral, pode-se relacionar eficiência à forma como os recursos são consumidos, mais especificamente, na quantidade de recurso empregada no processo produtivo até a entrega final do produto ou serviço ao cliente. É possível considerar eficiente uma empresa que utiliza bem os recursos na cadeia produtiva, produzindo em quantidade e qualidade produtos e serviços que atendam a necessidade do cliente (Torres Júnior, & Miyake, 2011).

Porter (1996) ensina que eficiente é a empresa que exerce suas atividades de maneira igual ou superior aos seus rivais. Essas atividades incluem qualquer prática que as leve a utilizar seus recursos de maneira mais eficiente, reduzindo o volume de produtos defeituosos ou construindo um processo de produção que entregue produtos com melhor qualidade em menor tempo. Esse autor, cujo tema posicionamento estratégico é foco de seus estudos, estabelece um paralelo entre eficiência e diferenciação de mercado, quando afirma que posicionamento estratégico é o exercício das atividades de modo diferente da concorrência, ou mesmo o exercício das mesmas atividades de forma diferenciada, tornando evidentes as diferenças de eficiência operacional entre os diversos *players* do mesmo segmento ou não de atuação.

Intervenção Proposta

O objetivo deste trabalho, elaborado através de uma pesquisa descritiva feita através de estudo de caso único, foi a renovação dos processos operacionais de atendimento ao usuário, estruturando o canal de recebimento das demandas da assistência domiciliar e melhorando o direcionamento para as áreas prestadoras de serviços, minimizando desperdícios e criando valor para o negócio, para os clientes e para os usuários.

Pretendeu-se responder a seguinte questão de pesquisa: como melhorar os processos operacionais de atendimento ao usuário de forma a se obter os seguintes resultados:

- Aumento da eficiência: reduzindo o tempo de resposta para atendimento das solicitações dos usuários;
- Diminuição de custo: reduzindo o custo com pessoal envolvido diretamente no atendimento ao usuário;
- Aumento da satisfação do usuário: medida por diminuição dos apontamentos para a ouvidoria.

A primeira fase da pesquisa constituiu no mapeamento dos processos operacionais da empresa, de forma que fosse possível identificar oportunidades de atuação, com o

redesenho da operação, objetivando ganho em eficiência. Considerando as características individuais de cada negócio, as oportunidades estavam presentes nas seguintes áreas:

1. Canais de atendimento ao usuário: compreende serviços das três operações;
2. Almoxarifado e logística: compreende serviços de assistência domiciliar e transporte de usuários;
3. Atendimento presencial de profissionais de saúde: compreende serviços de assistência domiciliar e gestão de crônicos;
4. Oferta de soluções integradas aos clientes: compreende a criação de novos serviços, que seriam oferecidos para todos os clientes.

A decisão em iniciar a reestruturação da operação pelo canal de atendimento ao usuário se deu pelos seguintes motivos:

- a. Uma vez que toda a organização tinha a necessidade de mudar seu *modus operandi* e repensar seus processos, atuar nessa área permitiria atingir 100% dos serviços;
- b. Optou-se pela aquisição de um sistema de informação de mercado em substituição ao sistema de informação próprio utilizado; uma das grandes inovações trazidas pelo novo sistema é a possibilidade de estruturar workflows de atendimento, característica que acentuou a oportunidade de revisão dos processos originais;
- c. Considerando que essa área de atendimento centralizaria toda a demanda dos usuários, e as direcionaria através do workflow do novo sistema, entendeu-se que os demais processos de suporte também seriam impactados positivamente com a organização da demanda e;
- d. O maior impacto se daria provavelmente no atendimento da assistência domiciliar, cujos custos correspondem a cerca de 65% de toda a despesa da empresa, portanto, área de maior oportunidade para identificação e diminuição de desperdícios.

Para atingir gradativamente o objetivo principal, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

1. Analisar os processos operacionais de atendimento aos usuários dos serviços da empresa;
2. Identificar as desconexões e oportunidades de mudança, definição de indicadores de desempenho e redução de desperdícios nos processos de atendimento aos usuários;
3. Remodelagem dos processos operacionais de atendimento aos usuários;
4. Análise da implementação dos processos remodelados;
5. Avaliação e Monitoramento dos resultados alcançados.

Como resultado deste trabalho espera-se, ao longo do tempo:

- Diferenciar a empresa estudada da concorrência, a partir da incorporação gradativa de uma estratégia de gestão por processos que se propõe a reduzir ineficiências, melhorar a qualidade e reduzir o custo do serviço prestado;
- Possibilitar a produção de indicadores que permitam uma análise do ponto de vista de custo, efetividade e qualidade, buscando apoiar a empresa a se tornar sustentável;
- Aumentar a eficiência operacional, medida por meio de relatórios e indicadores produzidos pelo sistema de informação, comparando o volume e as características do atendimento antes e depois da implementação das mudanças;

- Especificar requisitos para os sistemas de informação para melhorar o apoio aos novos processos.

Levantamento de Dados

A primeira fase do levantamento de dados, através de formulário elaborado para esta finalidade, consistiu no registro do volume de ligações recebidas e dos principais motivos das chamadas no período de um mês (01 a 31/01/2019).

O quadro 1, apresentado a seguir, resume o resultado obtido quanto à origem das chamadas, sendo possível observar que mais da metade das demandas partia das residências, por solicitações dos usuários.

ORIGEM DAS LIGAÇÕES	VOLUME	%
Cuidador ou Paciente	251	61,2%
Funcionário	90	22,0%
Fornecedor ou Prestador de Serviços	41	10,0%
Clientes	28	6,8%
TOTAL	410	100%

Quadro 1. Origem das chamadas da atenção domiciliar. Fonte: elaborado pelo autor.

Uma vez que é dentro da residência que a prestação do serviço domiciliar acontece, é lá que está o usuário alvo do atendimento; é para lá que os profissionais se deslocam para prestar a assistência e é lá que os fornecedores entregam os insumos necessários para que o atendimento ocorra. Portanto, era esperado que a maioria das chamadas partisse dessa origem.

O quadro 2, apresentado a seguir, resume o resultado obtido quanto ao motivo das chamadas, sendo possível observar que, desconsiderando a opção “outros motivos”, o processo de Captação e Implantação concentra o maior volume de chamadas, o que pode ser explicado pelo fato de ser uma etapa que agrega múltiplos agentes (cliente, hospital, família, fornecedores de equipamentos, fornecedores de materiais e medicamentos, equipe de transporte, médico responsável, etc.).

TEMAS	VOLUME	%
Outros	84	20,5%
Captação/Implantação	80	19,5%
Materiais e Medicamentos	66	16,1%
Escala de profissionais ou visita domiciliar	62	15,1%
Oxigênio	38	9,3%
Intercorrência Clínica	30	7,3%
Equipamento/Mobiliário	24	5,9%
Exames/Remoções	17	4,1%
Dúvidas Técnicas	9	2,2%
Ouvidoria	0	0,0%
Lixo Hospitalar	0	0,0%
TOTAL	410	100%

Quadro 2. Motivo das chamadas. Fonte: elaborado pela autora.

Na sequência, foram identificadas demandas relacionadas a materiais e medicamentos e à escala de profissionais. Levando-se em conta que a assistência domiciliar pode ser considerada uma ação logística de entrega de insumos materiais e recursos humanos para executar um plano de cuidados, também faz sentido que esses sejam temas frequentes de chamadas.

O quadro 3, apresentado a seguir, resume o resultado obtido quanto à capacidade de resolutividade da equipe de atendimento. Analisando os resultados, chama a atenção o baixo índice de resolutividade. Das 410 chamadas avaliadas, apenas 213 foram solucionadas imediatamente. As outras 197 necessitaram de alguma ação ou busca de informação para sua resolução. A baixa resolutividade em primeiro nível aumenta a demanda da equipe e torna o processo menos eficiente. Além disso, considerando que o sistema de informação utilizado pela equipe não permitia a inserção do prazo para o retorno ao usuário, o grande volume de pendências exigia um controle paralelo por parte da equipe, que procurava reduzir manifestações de insatisfação por parte dos usuários pelo elevado tempo de resposta.

A DEMANDA FOI RESOLVIDA?	VOLUME	%
Sim	213	52,0%
Não	197	48,0%
TOTAL	410	100%

Quadro 3. Índice de resolubilidade das chamadas. Fonte: elaborado pelo autor.

Os baixos índices de resolutividade estavam relacionados a diversos fatores, entre eles, falta de treinamento da equipe, ausência do registro das instruções de trabalho e da complexidade das demandas, que muitas vezes requeriam uma intervenção multidisciplinar não planejada.

Em relação às informações necessárias para atendimento das chamadas, apresentadas no quadro 4 a seguir, o procedimento de coleta de dados permitiu constatar que havia grande dificuldade para obtê-la. Na maioria dos casos, o sistema de informação não oferecia subsídios para o atendimento da demanda, exigindo que o profissional responsável consultasse um colega ou o seu gestor. Como grande parte das informações necessárias para o atendimento não estava disponível no sistema de informação, cada um dos membros da equipe de atendimento era obrigado a criar e registrar sua própria base de conhecimento. Em apenas 6% das demandas, foi possível finalizar o atendimento tendo como base as informações disponíveis no sistema. O reflexo dessa deficiência é uma lentidão no retorno da demanda ao usuário, além da falta de padronização, o que pode levar a diferenças de atendimento da empresa, com variação na qualidade.

FONTE DA INFORMAÇÃO	VOLUME	%
Consultar informação com a equipe técnica ou de operação	201	49,0%
Resolvi sozinho(a) (sou detentor da informação)	139	33,9%
Consultar fornecedor externo ou prestador de serviço	45	11,0%
Somente consultar o sistema	25	6,1%
TOTAL	410	100%

Quadro 4. Fonte da informação necessária para atendimento da chamada.

Revisão e Implantação do Novo

Os processos originais de atendimento aos usuários eram descentralizados, ou seja, havia um processo de atendimento distinto para cada serviço:

- Processo de atendimento para o transporte terrestre de ambulâncias;
- Processo de atendimento para assistência domiciliar ou home care e;
- Processo de atendimento de doentes crônicos.

Cada um destes processos era independente e pouco se relacionavam entre si, as atividades relacionadas ao atendimento dos usuários, mesmo que fossem os mesmos, não eram padronizadas e os pontos de controle eram frágeis.

O desafio foi conceber e desenhar um novo processo de atendimento unificado, no qual a visão por departamentos ou serviço fosse substituída pela visão por processos, visando promover maior eficiência e melhor atendimento ao usuário.

Na fase que antecedeu a implantação do novo processo de atendimento unificado, batizado de central de atendimento, a maior parte dos envolvidos estava convencida de que o formato segmentado não era o ideal. Entre outros fatores, evidenciavam esta constatação o grande número de reclamações dos usuários, o comentário de alguns de que a empresa era “uma bagunça”, e que era sempre muito difícil ser atendido e ter um retorno rápido das demandas, sendo preciso insistir muito para ter respostas concretas.

Entretanto, apesar de todas as evidências de que algo de diferente precisava ser feito, os envolvidos demonstraram considerável resistência na implementação do novo modelo de processo unificado.

Percebeu-se que uma das grandes preocupações das lideranças das equipes de atendimento em trabalhar com o novo modelo unificado era o temor ou risco de um usuário realizar alguma solicitação crítica para a empresa, como a ausência de algum medicamento, ou até mesmo o surgimento de sintomas que requeiram intervenção imediata, e a resposta não acontecer em um tempo adequado, causando algum dano à sua saúde. Entretanto, este temor revelou que a definição das prioridades e esforços para atendimento era subjetiva, pois dependia da interpretação das lideranças das equipes e não das informações e regras de um processo bem estruturado, tornando os processos segmentados eficazes, porém pouco eficientes.

Procurando mitigar esse risco, foi tomada a decisão de inserir no sistema de telefonia utilizado para o atendimento uma URA (Unidade de Resposta Audível), que permitiria ao usuário escolher entre duas opções: comunicar emergência em saúde ou aguardar para ser atendido. As chamadas que tratariam de emergência teriam prioridade e seriam imediatamente transferidas para a equipe técnica de enfermeiros e médicos, garantindo identificação rápida do problema e agilidade na execução das ações necessárias para manter o usuário em segurança.

Percebeu-se também que outra grande preocupação estava relacionada a questões administrativas consideradas urgentes como, por exemplo, a entrega de algum insumo essencial para o tratamento de um usuário. Procurando mitigar este problema foi realizado um ajuste no sistema de informação, adicionando um novo status de demanda que foi denominado “Iniciar Tratativa Urgente”. Dessa forma, a equipe responsável por atender a demanda saberia que ela ainda não havia sido avaliada. Após a avaliação necessária, esse status deveria ser modificado para “Em atendimento da demanda” ou para “Demanda atendida”.

Uma outra decisão tomada foi a definição de um líder responsável por cada subprocesso considerado crítico para o atendimento: gestão de pacientes, intercorrência clínica, gestão de recursos, contas médicas, farmácia, logística e equipe médica. Dessa forma, os responsáveis pelos subprocessos teriam a função de acompanhar indicadores de atendimento, como volume de demandas, tempo médio de resolução etc., e a partir da análise das variações, tomar medidas para garantir a eficiência do atendimento.

Ultrapassadas as dificuldades iniciais, a central de atendimento ao usuário foi implantada e o processo de atendimento foi unificado. A operação foi assistida por uma equipe dedicada nos primeiros 5 dias após a mudança. Esses profissionais se posicionaram estrategicamente próximos da equipe de atendimento da central, bem como dos demais elementos da equipe que dariam sequência à demanda recebida. O objetivo foi minimizar a possibilidade de que algum usuário ficasse desassistido ou que o tempo de resposta à demanda fosse alto, garantindo a eficácia e a eficiência pelo menos nestes aspectos. Também foram destacados 5 profissionais para situações de contingência, que atenderiam ao excedente das demandas caso o volume fosse muito maior do que a capacidade da equipe dedicada.

Durante a operação assistida, foram identificadas algumas oportunidades de revisão do planejamento do novo processo, como o reforço no treinamento dos profissionais da central de atendimento e a revisão das atividades de recepção da demanda dentro das equipes de atendimento.

Para efeito de avaliação objetiva dos resultados, foram levantados dados nos 30 dias imediatamente anteriores e 30 dias imediatamente posteriores à mudança do processo segmentado para o unificado, extraídos das ocorrências registradas no sistema de informação utilizado nas operações. Cada demanda residencial deveria gerar o cadastro de uma ocorrência no sistema de informação. Importante ressaltar que a obrigatoriedade de registro de ocorrências no sistema em função das demandas já era uma regra, porém de controle e utilização bastante prejudicados em função da segmentação dos processos.

Conforme apresentado no quadro 5, a seguir, observou-se uma variação enorme no volume de ocorrências registradas no sistema, aumento de 100,1%. Esse resultado confirmou a suspeita de que muitas tratativas com os usuários, que consumiam tempo e recursos e possivelmente não seguiam padrões, não eram registradas como ocorrências no sistema. A descentralização na recepção da demanda por atendimento, a ausência de chamadas telefônicas gravadas e a faculdade de captar, armazenar e gerar informações informalmente, isto é, sem o registro no sistema de informação, não permitia a mensuração real do volume de ocorrências decorrentes das demandas por atendimento.

PRÉ IMPLANTAÇÃO	PÓS IMPLANTAÇÃO	VARIAÇÃO
3.125	6.254	+ 100,1%

Quadro 5. Comparação nos volumes de registro de ocorrências. Fonte: elaborado pelo autor.

O quadro 6, a seguir, mostra as categorias de demanda que demonstraram a maior variação positiva.

CATEGORIAS	Volume PRÉ	Volume PÓS	Variação
Escalas de técnicos de enfermagem	174	598	343,7%
Materiais e Medicamentos	580	1533	264,3%
Alterações de conduta médica	92	214	232,6%
Solicitação de contato ao enfermeiro CASE	199	443	222,6%

Solicitação ou troca de mobiliários	70	154	220,0%
-------------------------------------	----	-----	--------

Quadro 6. Categorias com maior variação positiva em volume. Fonte: elaborado pela autora.

Nos 30 dias que antecederam a implantação da nova central de atendimento, isto é, com os processos de atendimento segmentados, o tempo médio para resolução das ocorrências foi de 95 horas, ou 4 dias. Nos 30 dias após a implantação da nova central de atendimento, isto é, com os processos de atendimento unificados, caiu para 53,4 horas, conforme apresenta o quadro 7 a seguir. Foi possível constatar uma redução expressiva no tempo médio de atendimento das demandas.

PRÉ IMPLANTAÇÃO	PÓS IMPLANTAÇÃO	VARIAÇÃO
95 horas	53,4 horas	- 43,7%

Quadro 7. Variação no tempo de resolução das demandas. Fonte: elaborado pelo autor.

Entretanto, as reclamações das residências, também registradas no sistema de informação como ocorrência e classificadas como “Reclamação” cresceram. No quadro 8, a seguir, é possível comparar os volumes de reclamações na fase pré-implantação e pós-implantação da central de atendimento.

PRÉ IMPLANTAÇÃO	PÓS IMPLANTAÇÃO	VARIAÇÃO
98	152	+ 55,1%

Quadro 8. Variação no registro das Reclamações. Fonte: elaborado pelo autor.

O percentual de aumento no registro das reclamações foi de 44,9%, porém inferior ao aumento do total dos registros de ocorrências, que foi de 100,1%. O quadro 9, a seguir, demonstra a variação do volume de reclamações nas principais categorias de ocorrências:

CATEGORIAS	Volume PRÉ	Volume PÓS	Variação
Materiais e Medicamentos	18	51	183,3%
Fisioterapeuta	8	16	100,0%
Escalas de técnicos de enfermagem	26	36	38,5%
Fonoaudiólogo	7	7	0,0%
Enfermeira CASE	15	12	-20,0%
Médico	9	5	-44,4%

Quadro 9. Variação do registro das Reclamações por categoria. Fonte: elaborado pela autora.

Demandas relacionadas a materiais e medicamentos correspondem à segunda maior categoria de demanda de chamadas, porém a primeira causa de reclamações. A provável razão para este resultado é o fato de a assistência acontecer longe da estrutura de dispensação dos insumos e o tempo previsto para entrega não atende às expectativas dos usuários. Um ponto importante de revisão de processos para melhorar a qualidade e reduzir reclamações. Pode-se, por exemplo, definir tempos mínimos e máximos para atendimento desta categoria de demanda, conforme parâmetros do usuário (tipo e criticidade do medicamento, distância etc.).

No novo cenário, pós implantação do processo de atendimento unificado, em que o volume de ocorrências duplicou, o volume de pessoas disponíveis para tratá-las foi considerado insuficiente, gerando grande preocupação por parte das lideranças e uma

grande pressão nas equipes. Esse diagnóstico obrigou uma análise para definição da necessidade de redimensionamento da equipe e nova revisão de processos, de forma que ações fossem tomadas junto as áreas mais afetadas pelos volumes de solicitações de forma a reduzir o tempo de atendimento das demandas.

Para otimizar o subprocesso da equipe da escala de cuidadores, foram levantados os requisitos mínimos disponíveis no novo sistema de informação, em implantação. Considerando que esse subprocesso concentra 18% dos custos dessa operação, decidiu-se iniciar a implantação do novo sistema por esse modulo. A expectativa é permitir um acompanhamento mais próximo dos fornecedores de mão de obra terceirizados, de forma que as ocorrências que gerem maior tensão ou até mesmo reclamações dos usuários nas residências possam ser antecipadas e mais bem atendidas.

Quanto ao subprocesso de dispensação de materiais e medicamentos, decidiu-se pela ampliação do horário de funcionamento do almoxarifado, diminuindo o prazo de atendimento das ocorrências geradas no final de cada dia. Também foi iniciado um projeto de padronização do estoque, de forma que os médicos possam, sempre que possível, prescrever itens disponíveis na farmácia, diminuindo o esforço de compras emergenciais da equipe para atender as demandas.

Finalmente, quanto às ocorrências de alteração de conduta médica, a mudança no subprocesso de atendimento médico, envolvendo a equipe médica e da enfermeira, será mais profunda. Partindo da necessidade de organizar a operação e garantir o atendimento ao paciente, será estabelecido que cada médico terá um determinado número de pacientes sob a sua responsabilidade, sendo responsável por todas as atividades relacionadas ao seu atendimento.

Conclusões e Contribuição

O presente estudo teve a finalidade de estudar a complexidade da renovação de processos de atendimento ao usuário em uma empresa prestadora de serviços de saúde extra hospitalares. Foram constatados alguns resultados esperados pelos objetivos definidos, como o aumento de eficiência, refletido nos tempos médios de atendimento aos usuários e a diminuição de custo, com a redução do custo com pessoas. Seu principal resultado, entretanto, foi empreender mudanças e renovações em seus processos críticos, comprovando a possibilidade de aplicar na prática uma efetiva gestão por processos, que possibilitou uma melhoria da eficiência e a possibilidade de redução de custos, fundamentais para a sobrevivência da empresa.

A gestão por processos é um tema que há muito tempo tem sido discutido e aplicado em várias indústrias. Analisar serviços de saúde sob essa perspectiva contribui para que este setor encontre um melhor caminho para sua sustentabilidade e entrega de mais valor para os usuários.

As limitações desta pesquisa estão relacionadas principalmente ao fato de ter sido realizada em um ambiente organizacional único, o que restringe a possibilidade de generalizar a análise para além dos resultados da própria pesquisa. Além disso, fica evidente que a renovação dos processos, do sistema de informação e da gestão de pessoas da empresa estudada apenas foi iniciada, tendo como forte motivação a sustentabilidade do negócio a médio e longo prazo.

Referencial Bibliográfico

- ANS - Agência Nacional de Saúde. (2018). Sala de situação. *ANS*. Recuperado de <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>.
- Burns LR, Degraaf RA, Danzon PM, Kimberly JR, Kissik WL, Pauly MV. (2002) The Wharton School study of the health care value chain. In: Burns LR, editor. *The health care value chain: producers, purchasers and providers*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 3-26.
- Christensen, M. C., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *Inovação na Gestão da Saúde – A receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3):180.
- HAMMER, M. (1998) A empresa voltada para processos. *Management*, jul./ago. 1998.
- Jesus, L., & Macieira, A. (2014) *Repensando a gestão por meio de processos*. Rio de Janeiro: Algo Mais, 2014.
- Malvestio, M. A. A., & Sousa, R. M. C. (2002). Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. *Revista Saúde Pública*, 36(5),584-589.
- Ministério da Saúde. (2016). Recuperado de <<http://portalarquivos2.saude.gov.br>>.
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. (2011). *Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde*. Brasília: OPA.
- Pedroso MC, Malik AM. (2012) Healthcare value chain: a model for the Brazilian healthcare system. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2757-72.
- Porter, M. E. (1996, nov-dez.). What is Strategy? *Harvard Business Review*, 61-78. Recuperado <https://pdfs.semanticscholar.org/62a5/6cb47ec0a181da67358662446ab7d544c01f.pdf>
- Rodrigues, K.C. (2019) A era da experiência dos pacientes. *GVEXECUTIVO* • V 18 • N 1 • JAN/FEV 2019. FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS.
- Torres Júnior, N., & Miyake, D. I. (2011). Melhoria de desempenho em serviços: alternativas para lidar com o trade-off entre eficiência e eficácia. *Revista Produção Online*, 11(1), 162-193.