

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Melhoria da Qualidade do Processo de Faturamento:  
O Caso do Hospital Federal dos Servidores do  
Estado do Rio de Janeiro**

**Ana Maria de Freitas Moura Souza**

**2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ESTRATÉGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ESTRATÉGIA**

**MELHORIA DA QUALIDADE DO PROCESSO DE FATURAMENTO: O  
CASO DO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO  
RIO DE JANEIRO**

**ANA MARIA DE FREITAS MOURA SOUZA**

*Sob a Orientação do Professor*

**Dr. Saulo Barbará de Oliveira**

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre** em Gestão e Estratégia, no Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia da UFRRJ.

Seropédica, RJ  
Janeiro de 2016

658.15

S731m

Souza, Ana Maria de Freitas Moura, 1979-

T

Melhoria da qualidade do processo de faturamento : o caso do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro./Ana Maria de Freitas Moura Souza.-2016.

127 f.

Orientador: Saulo Barbará de Oliveira, 1948-

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia.

Bibliografia: f. 111-115.

1. Administração financeira - Hospitais - Teses.
2. Hospitais - Contabilidade - Teses. I. Oliveira, Saulo Barbará de Oliveira, 1948-. II. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia. III. Título.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO - UFRRJ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPPG  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – ICSA  
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM GESTAO E ESTRATEGIA - PPGE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTAO E ESTRATEGIA - MPGE

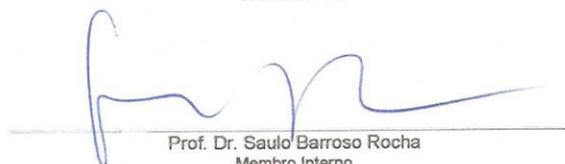
**ANA MARIA DE FREITAS MOURA SOUZA**

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre**, no Programa de Pós-Graduação em Gestão e Estratégia, na área de concentração em Gestão e Estratégia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 22/01/2016



Prof. Dr. Saulo Barará de Oliveira  
Orientador e Presidente da Banca  
UFRRJ/MPGE



Prof. Dr. Saulo Barroso Rocha  
Membro Interno  
UFRRJ/MPGE



Prof. Dr. Carlos Francisco Simões Gomes  
Membro Externo  
UFF/LATEC

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por tudo, principalmente por ter me iluminado nos momentos mais difíceis da minha vida.

Aos meus pais Eivanyr e Maria José que sempre incentivaram os meus estudos e nunca mediram esforços para me fornecer uma educação de qualidade.

A Dra Maria Inês Viegas, chefe do Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), pela liberação para que eu cursasse o mestrado, por permitir que eu desenvolvesse a pesquisa no SERDEM e confiar no meu trabalho. Muito Obrigada!

Ao Professor Dr. Saulo Barbará, meu orientador, pela confiança, compreensão e respeito. Sua forma de educar é um exemplo e verdadeiro estímulo a caminhada acadêmica.

Ao professor Dr. Saulo Barroso pelo apoio e auxílio nas análises dos resultados quantitativos.

Aos amigos da turma MPGE 2014 pelos momentos inesquecíveis que me proporcionaram ao longo desses dois últimos anos.

Aos amigos Antônio, Gilberto e Priscila que tornam os meus dias no HFSE mais alegres e divertidos.

Por fim, a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

“Este hospital nasceu da bondade dos que sentem e  
viverá da confiança dos que sofrem”.

*Alcides Carneiro*

## RESUMO

SOUZA, Ana Maria de Freitas Moura. **Melhoria da Qualidade do Processo de Faturamento: O caso do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.** Seropédica: UFRRJ, 2016. 127p., Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Estratégia). Instituto de Ciências Sociais Aplicadas.

O objetivo desta dissertação é implementar melhorias na qualidade do processo de faturamento do Hospital Federal dos Servidores do Estado, em virtude do subfaturamento e não faturamento de procedimentos realizados a nível ambulatorial, tornar o hospital vulnerável para comprovar sua produção, justificar os gastos com materiais e equipamentos e a necessidade de aumento no orçamento. É um estudo classificado como aplicado e descritivo que utilizou como metodologia de pesquisa o estudo de caso do tipo único, com instrumentos complementares de coleta de dados como pesquisas bibliográficas e documentais, mapeamento de processos, questionário semi-estruturado e observação participante. Os resultados qualitativos demonstraram a necessidade de implementação de melhorias em diferentes atividades dos processos de registro da produção assistencial e faturamento ambulatorial. A pesquisa quantitativa foi realizada com uma amostra estratificada das categorias profissionais de nível superior que atuam no ambulatório do hospital. Os resultados quantitativos evidenciaram que a maioria dos profissionais não utiliza o instrumento para a codificação dos serviços prestados âmbito do Sistema Único de Saúde e que não percebem iniciativas institucionais para a melhoria do registro da produção assistencial e do faturamento ambulatorial. As melhorias implementadas estão sendo monitoradas e vem contribuindo para a maior profissionalização das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Documentação e Estatística Médica do Hospital Federal dos Servidores do Estado.

**Palavras-chave:** Gestão de Processos, Faturamento Hospitalar, Registro de Informação em Saúde.

## ABSTRACT

SOUZA, Ana Maria de Freitas Moura. **Quality Improvement Billing Process: The case of the Federal Hospital of State Servants of Rio de Janeiro**. Seropédica: UFRRJ, 2016. 127p., Dissertation (Professional Master in Management and Strategy). Institute for Applied Social Sciences.

The aim of this work is to implement improvements in the quality of the billing process of the Federal Hospital of the State Servers, under invoicing and not billing procedures performed on an outpatient basis, making it vulnerable hospital to prove its production, justify spending on materials and equipment and the need to increase the budget. It is classified as a study applied descriptive and that used as research methodology the case study of one type with complementary instruments to collect data as bibliographic and documentary research, process mapping, semi-structured questionnaire and participant observation. Qualitative results demonstrated the need to implement improvements in different activities of the registration processes of care productivity and outpatient billing. The quantitative research was conducted with a stratified sample of top-level professional categories working in the hospital's outpatient clinic. Quantitative results showed that most professionals do not use the instrument for the codification of the services provided under the National Health System and who do not realize institutional initiatives to improve the record of care productivity and outpatient billing. The implemented improvements are being monitored and has contributed to the greater professionalization of the activities developed by the Medical Documentation and Statistical Office of the Federal Hospital of the State Servers

**Keywords:** Process Management, Hospital Billing, Healthcare Information Registration.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Módulos do Sistema e-SUS Hospitalar .....	20
Figura 2: Mapa Conceitual da Dissertação.....	24
Figura 3: Visão Sistêmica dos Processos .....	33
Figura 4: Modelo de Estrutura de Trabalho para Classificação de Processos.....	38
Figura 5: Ciclo PDCA .....	41
Figura 6: Diagrama de Ishikawa (Causa e Efeito) .....	42
Figura 7: Organograma do HFSE.....	54
Figura 8: Organograma do SERDEM .....	56
Figura 9: Informações Produzidas pelo SERDEM do HFSE.....	57
Figura 10: Dados Utilizados para Elaboração da Cesta de Indicadores Assistenciais .....	58
Figura 11: Tipos de Faturamento .....	67

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultados por Base Pesquisada .....	26
Quadro 2: Artigos Selecionados.....	27
Quadro 3: Eras da Qualidade .....	30
Quadro 4: Principais Integrantes da Escola da Qualidade .....	31
Quadro 5: Principais Modelos de Aperfeiçoamento de Processos da Literatura .....	34
Quadro 6: 5W-2H.....	43
Quadro 7: Diferenças de Qualidade nos Modelos Industrial e de Assistência Médica.....	45
Quadro 8: Níveis de Acreditação .....	48
Quadro 9: Principais Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.....	51
Quadro 10: Infraestrutura do HFSE .....	55
Quadro 11: Produção Hospitalar do HFSE .....	55
Quadro 12: Quadro Funcional do SERDEM – Janeiro/2015 .....	57
Quadro 13: Principais Fornecedores do SERDEM .....	59
Quadro 14: Principais Clientes do SERDEM.....	60
Quadro 15: Amostra de Pesquisa .....	66
Quadro 16: Resumo da Metodologia da Pesquisa.....	69
Quadro 17: Análise do Processo de Registro da Produção Assistencial ( <i>as is</i> ) .....	72
Quadro 18: Informações Recebidas pelo SERDEM .....	75
Quadro 19: Análise do Resultado do Faturamento do tipo BPA-C.....	77
Quadro 20: Análise do Resultado do Faturamento do tipo BPA-I.....	79
Quadro 21: Matriz GUT .....	80
Quadro 22: Participantes da Pesquisa .....	81
Quadro 23: Recusa em Participar da Pesquisa por Categoria Profissional .....	82
Quadro 24: Histogramas e Curvas de Distribuição Normal .....	84
Quadro 25: Gráficos de Probabilidade Normal .....	85
Quadro 26: Resultados Descritivos por Questão.....	86
Quadro 27: Testes de Normalidade .....	87
Quadro 28: Análise de Cenário SERDEM (Matriz SWOT) .....	95
Quadro 29: Recomendações Propostas (5W1H).....	97

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Formação Profissional.....	88
Tabela 2: Tempo de Serviço no HFSE.....	88
Tabela 3: Resultados Questão 01 .....	89
Tabela 4: Resultados Questão 02 .....	89
Tabela 5: Resultados Questão 03 .....	90
Tabela 6: Resultados Questão 04 .....	91
Tabela 7: Resultados Questão 05 .....	91
Tabela 8: Resultados Questão 06 .....	92
Tabela 9: Resultados Questão 07 .....	92
Tabela 10: Resultados Questão 08 .....	93
Tabela 11: Resultados Questão 09 .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5W2H	<i>Who? What? Where? When? Why? How? How much?</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade/Custo
APE	Aperfeiçoamento dos Processos Empresariais
APQC	<i>American Productivity and Quality Control</i>
BMH	Boletim Médico Hospitalar
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPMI	<i>Business Process Management Initiative</i>
BPMN	<i>Business Processes Modeling Notation</i>
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP-HFSE	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Federal dos Servidores do Estado
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFM	Conselho Federal de Medicina
GQT	Gestão da Qualidade Total
GUT	Gravidade, Urgência e Tendência
DATASUS	Departamento de Informática do SUS

DGH	Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro
FEPSC	F- Fornecedores E- Entradas P- Processo S- Saídas e C- Clientes
HFSE	Hospital Federal dos Servidores do Estado
HOSPUB	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
ISO	<i>Internacional Organization for Standardization</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBQP	Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade
PCF	<i>Process Classification Framework</i>
PDCA	<i>Plan, Do, Control e Action</i>
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
POP	Procedimento Operacional Padrão
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SERDEM	Serviço de Documentação e Estatística Médica
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SWOT *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPE Unidade de Pacientes Externos

# SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	18
1.1	Pergunta de Pesquisa.....	22
1.2	Objetivos .....	22
1.2.1	Objetivo final.....	22
1.2.2	Objetivos intermediários .....	22
1.3	Justificativa e Importância .....	23
1.4	Estrutura da Pesquisa .....	23
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	25
2.1	Levantamento Bibliométrico.....	25
2.2	Histórico da Qualidade e seus Principais Percussores .....	28
2.3	Gestão de Processos .....	32
2.3.1	Identificação e mapeamento de processos.....	37
2.3.2	Análise e modelagem de processos .....	39
2.3.3	Ferramentas da qualidade utilizadas na gestão de processos .....	40
2.4	Qualidade na Administração Hospitalar.....	43
2.5	Acreditação Hospitalar.....	46
2.6	Sistemas de Informação em Saúde.....	49
3	CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PESQUISADA .....	53
3.1	O Serviço de Documentação e Estatística Médica do HFSE .....	56
4	METODOLOGIA .....	61
4.1	Classificação da Pesquisa.....	61
4.2	Unidade de Análise e Período do Estudo .....	62
4.3	Instrumentos de Coleta e Análise de Dados.....	62
4.3.1	Amostra de pesquisa.....	64
4.3.2	Definição dos participantes: Critérios de inclusão e exclusão .....	66

4.4	Delimitação do Estudo .....	67
4.5	Considerações Éticas.....	67
4.6	Resumo da Metodologia de Pesquisa.....	68
5	COLETA E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	70
5.1	Coleta e Análise dos Dados Qualitativos .....	70
5.1.1	Análise dos formulários de registro da produção assistencial.....	74
5.1.2	Análise das informações recebidas.....	74
5.1.3	Análise das informações faturadas .....	75
5.2	Coleta e Análise dos Dados Quantitativos .....	80
5.2.1	Análise de confiabilidade .....	83
5.2.2	Análise da normalidade dos dados .....	83
5.2.3	Análise descritiva .....	87
5.2.4	Tabulações cruzadas.....	94
5.3	Implantação das Recomendações de Melhorias .....	95
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	99
6.1	Lições Aprendidas.....	100
6.2	Recomendações para Pesquisas Futuras.....	101
	APÊNDICES .....	103
	APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	103
	APÊNDICE II - Questionário de Pesquisa .....	105
	APÊNDICE III - Registro da Produção Assistencial ( <i>as is</i> ).....	108
	APÊNDICE IV - Faturamento Ambulatorial do Tipo BPA-C ( <i>as is</i> ) .....	109
	APÊNDICE V - Faturamento Ambulatorial do Tipo BPA-I ( <i>as is</i> ).....	110
	REFERÊNCIAS .....	111
	ANEXOS .....	116
	ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética do HFSE.....	116
	ANEXO B - Formulário para o Mapeamento do Processo .....	121

ANEXO C -	Formulário de Registro da Produção Ambulatorial .....	122
ANEXO D -	Formulário de Registro da Produção Ambulatorial – Serviço de Oftalmologia. .....	124
ANEXO E -	Formulário de Registro da Produção Ambulatorial – Serviço de Enfermagem . .....	126
ANEXO F -	Planilha SERDEM .....	127

# 1 INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares possuem uma estrutura formada por profissionais de diversas categorias atuando em conjunto na prestação de serviços e que requer atualização constante dos materiais e equipamentos empregados em suas atividades. Aliado a isso há uma crescente demanda da população por qualidade no atendimento e a maior atuação dos órgãos de controle na regulamentação e fiscalização dos hospitais.

De acordo com Malik e Pedroso (2011) o setor de saúde é considerado por muitos especialistas como o de maior complexidade de gestão na atualidade devido às questões que o caracterizam como o escopo da saúde que é amplo, o impacto na vida, que está associado ao uso de produtos e à prestação de serviços, a cadeia de valor fragmentada que envolve diferentes agentes, a relevância social e econômica, dentre outras. Além disso, a gestão dessas organizações apresenta um desafio ainda maior que é alinhar as restrições orçamentárias aos custos de prestação de serviços, o que exige o uso eficiente dos recursos.

A importância econômica e social torna o setor de saúde uma área estratégica para o governo e para toda a sociedade. Este cenário vem estimulando o desenvolvimento de ações voltadas para o aperfeiçoamento das práticas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivando a criação de programas, como o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) que visa promover a gestão de custos no âmbito do SUS. Estas iniciativas vêm contribuindo para a qualificação da gestão do SUS nas diferentes esferas administrativas e para a maior eficiência no uso dos recursos públicos.

Esses esforços encorajam o debate sobre a qualidade da informação assistencial, por ser um dos pilares para a melhoria do gerenciamento dos hospitais e da prestação de serviços de saúde, apesar de ser normalmente considerada atividade secundária. Schout e Novaes (2007) afirmam que:

*[...] a sustentabilidade dessas iniciativas depende de questões ainda freqüentemente ignoradas, ou seja, aquelas relativas à produção dos registros e dados e a gestão da informação nos serviços de saúde, essenciais para garantir a existência e qualidade dos dados empíricos que irão se constituir na base material para o cálculo dos indicadores e validade das análises a serem desenvolvidas nas etapas posteriores. (SCHOUT; NOVAES, 2007 p. 937).*

O paciente que chega a um hospital, de um modo geral, é atendido por diferentes

serviços médicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, variando de acordo com o cuidado requerido. O tratamento concedido ao paciente na unidade de saúde precisa ser registrado no prontuário, conforme prevê o artigo 69 do Código de Ética Médica, e nos instrumentos que a organização dispõe para a cobrança dos serviços prestados. Esse registro é importante tanto para a formação do histórico clínico do paciente e para a geração de conhecimento técnico, quanto para a gestão administrativa e financeira dos hospitais.

Além disso, essas informações são importantes, pois permitem conhecer o perfil epidemiológico da população brasileira, o que auxilia o Ministério da Saúde a desenvolver políticas de saúde, subsidiar os repasses de recursos, organizar territorialmente os serviços de saúde e na pactuação entre os gestores estaduais e municipais a oferta de serviços. Através da Portaria N° 3.462 de 11/10/2010, o Ministério da Saúde torna obrigatória a alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), de Informação Hospitalar (SIH/SUS), dentre outros. O SIA/SUS e o SIH/SUS são sistemas de abrangência nacional, utilizados para o faturamento dos serviços prestados no âmbito do SUS e como fontes de informações para o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

Apesar do esforço do Ministério da Saúde em uniformizar as informações recebidas, é preciso avaliar como ocorre a coleta dos dados que alimentam estes sistemas nos hospitais que fazem atendimento no âmbito do SUS.

O Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) possui um sistema informatizado denominado e-SUS Hospitalar, composto de diversos módulos, que está sendo implantado na unidade e faz parte do Projeto de Reestruturação e Qualificação da Gestão dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro. Este projeto visa, dentre outros, a informatização dos hospitais federais por meio do fortalecimento do parque computacional e da implantação de prontuário eletrônico e cartão nacional do SUS e a adoção de medidas e ações estratégicas que fortaleçam a capacidade administrativa dos hospitais.

Os módulos disponíveis do sistema e-SUS Hospitalar são apresentados na figura 1. No entanto, estão implantados no HFSE apenas os módulos: admissão e alta, que registra a movimentação dos pacientes na unidade e está operando desde 2013, e-SUS Report, que fornece alguns relatórios gerenciais, e prontuário eletrônico (PEP) que está em fase de implantação. Até o início desta pesquisa, esse módulo estava sendo implantado no serviço de pediatria e há perspectiva que o próximo serviço a ser contemplado seja o de oftalmologia.

Não há perspectivas, no curto prazo, de implementação do módulo faturamento hospitalar.

Figura 1: Módulos do Sistema e-SUS Hospitalar



Fonte: DATASUS (2015).

Os módulos implantados atendem parcialmente as necessidades do hospital e requerem o desenvolvimento de melhorias. Com isso, o hospital permanece operando com os sistemas “antigos”, o Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSBUB), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para o registro da programação cirúrgica e das cirurgias realizadas e canceladas, e o sistema Sigma, desenvolvido por técnicos da equipe de informática do HFSE, para o gerenciamento da fila de espera por cirurgia de acordo com a especialidade médica.

Logo, parte-se da perspectiva de que o HFSE não dispõe de um sistema que permita o registro, armazenamento e exportação da produção ambulatorial e cirúrgica para o faturamento hospitalar, pois todo o processo de registro e consolidação da produção de consultas e exames são feitos a partir dos formulários utilizados na unidade e registrado em planilhas eletrônicas. Esta forma de gestão do processo de registro da produção assistencial possibilita inconsistências e perda de informações.

Outro fator importante a ser considerado é que o HFSE é um hospital orçamentado, ou seja, ele recebe recursos financeiros para custeio de suas atividades independentemente do seu

faturamento, o que também pode estar contribuindo para o baixo comprometimento com a qualidade do registro da produção e do faturamento hospitalar. Além disso, ao comparar as informações do faturamento no SIA-SUS e SIH-SUS com as planilhas do Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM), que é responsável pelas estatísticas e pelo faturamento da unidade, é possível observar que o faturamento é menor do que os valores registrados nas planilhas de produção, o que significa que parte da informação recebida não é faturada.

Estas divergências de informações vêm sendo questionadas pelo Departamento de Gestão Hospitalar (DGH)<sup>1</sup>, tornando o hospital vulnerável para comprovar sua produção, justificar a necessidade de aumento no orçamento e os gastos com materiais e equipamentos.

A configuração do processo de coleta de informações assistenciais do HFSE, com a falta de uniformidade, parece contribuir para a perda de dados, baixa de qualidade das informações produzidas, o que vem ocasionando subfaturamento ou não faturamento de procedimentos. Diante desse cenário, entender como funciona e padronizar o processo de coleta de dados para melhorar o faturamento se tornam essenciais para a obtenção de maior qualidade das informações produzidas o que, também, contribui para a acreditação hospitalar.

Segundo Alonso *et al.* (2014) um dos instrumentos do processo de acreditação é o redesenho e padronização dos processos. Os autores acrescentam que a descrição dos processos e os manuais a serem seguidos, dentre outros, contribuem para existência de um programa de acreditação hospitalar focado na qualidade dos processos assistenciais.

Diante do exposto é possível estabelecer uma relação direta de causa e efeito dos problemas relacionados com a gestão do hospital em estudo e com a prestação de serviços de saúde pública à população. Portanto, para compreender melhor o funcionamento e os problemas organizacionais da unidade a ser estudada e implementar melhorias, é preciso investigar mais profundamente a realidade da unidade.

---

<sup>1</sup> Órgão responsável pela gestão dos seis hospitais federais no Rio de Janeiro e é subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

## **1.1 Pergunta de Pesquisa**

Como a gestão de processos pode contribuir para a melhoria da qualidade da informação produzida pelo Serviço de Documentação e Estatística Médica e preparar o Hospital Federal dos Servidores do Estado para a acreditação hospitalar?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo final**

Implementar melhorias na qualidade do processo de faturamento do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE).

### **1.2.2 Objetivos intermediários**

- a) Identificar os processos de trabalho relacionados ao faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);
- b) Selecionar os processos que poderão contribuir para a melhoria da qualidade do faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);
- c) Desenhar os processos de trabalho relacionados ao faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) no formato *as is*;
- d) Analisar os processos de trabalho visando identificar os entraves que prejudicam a qualidade do faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);
- e) Propor recomendações visando à melhoria dos processos de trabalho do Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM);
- f) Implementar as recomendações possíveis.

### **1.3 Justificativa e Importância**

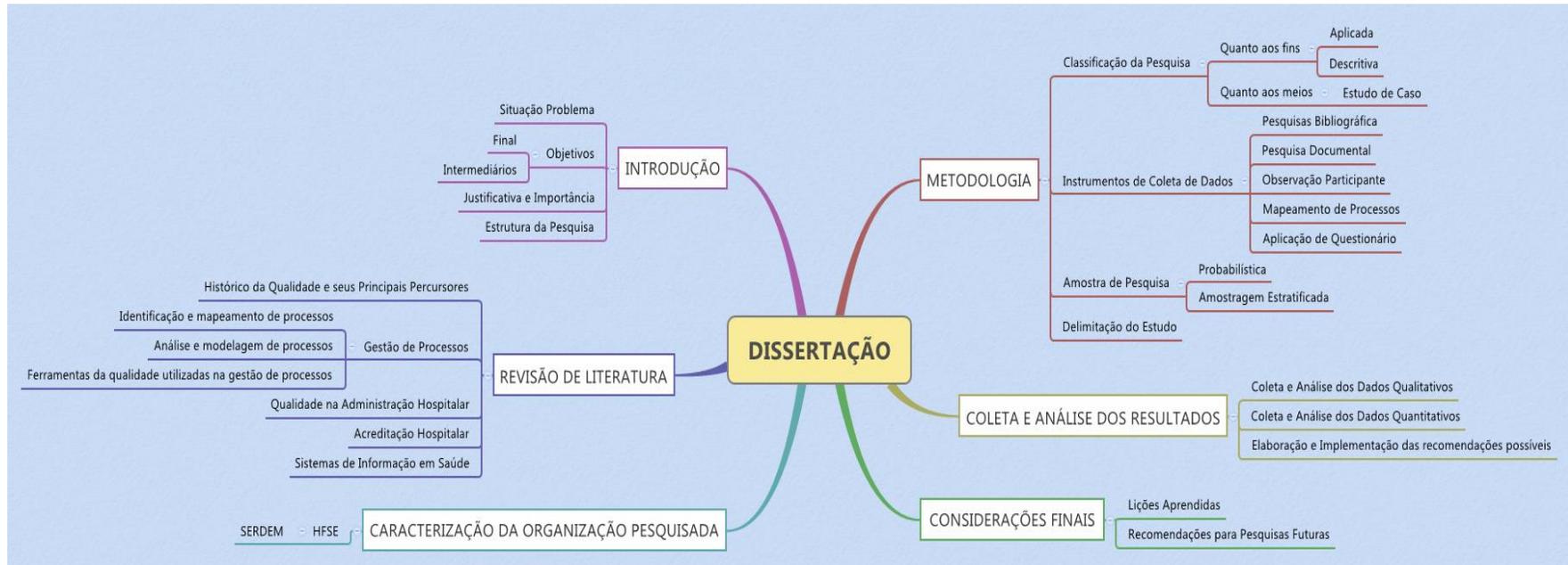
- a) Demonstrar a importância dos processos de registro da produção assistencial e do faturamento hospitalar para a gestão dos hospitais públicos e do Ministério da Saúde;
- b) Ampliar o acervo sobre o processo e as práticas de faturamento hospitalar;
- c) Contribuir para o aumento da eficiência e eficácia dos processos do Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE);
- d) Contribuir para um futuro processo de acreditação do HFSE.

### **1.4 Estrutura da Pesquisa**

Com o intuito de organizar e orientar o desenvolvimento deste estudo foi elaborado o mapa conceitual apresentado na figura 2.

A dissertação está estruturada em seis seções: introdução, revisão de literatura, caracterização da organização pesquisada, metodologia da pesquisa, coleta e análise dos resultados e, por fim, considerações finais.

Figura 2: Mapa Conceitual da Dissertação



Fonte: autoria própria (2015).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Levantamento Bibliométrico

Com o propósito de analisar a produção de conhecimento sobre os temas propostos nessa dissertação e identificar artigos que contribuiriam para a construção do referencial teórico, foi realizado um levantamento bibliométrico, que consiste na busca de literatura em bases de dados que contém informações sobre o fator de impacto e índice de citações.

O levantamento bibliométrico foi realizado em setembro de 2015 e teve como estratégia de desenvolvimento as seguintes etapas:

1º.: Escolher as bases de dados - Utilizou-se como critério para a escolha das bases de dados a serem consultadas, aquelas com relevância na comunidade científica e abrangência a nível global.

2º.: Definir os temas de pesquisa - Determinou-se os temas que seriam abordados na pesquisa e que abrangessem assuntos relacionados à melhoria da qualidade do processo de faturamento: qualidade, processos e administração hospitalar.

3º.: Escolher as palavras-chave - Tendo como base os temas de pesquisa definidos anteriormente, utilizou-se como critério para definir as palavras-chave de pesquisa aquelas de expressiva relevância para a construção do referencial teórico estudado. Assim, foram definidos os termos evolução da gestão da qualidade, melhoria de processos, qualidade na administração hospitalar, faturamento hospitalar e sistemas de informação em saúde, todos pesquisados em inglês.

4º.: Definir os critérios de busca - Utilizou-se como critério inicial de busca a pesquisa das palavras-chaves em títulos, resumos (*abstract*) e palavra-chave (*keywords*) de artigos da área de ciências sociais e humanas e/ou ciências sociais aplicadas, publicados entre os anos de 2005 a 2015. O objetivo era selecionar as publicações mais recentes sobre os temas de pesquisa. Os resultados são apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Resultados por Base Pesquisada

Bases de Dados	Palavras Chaves ( <i>Keyword</i> )				
	<i>Evolution of Quality Management</i>	<i>Improvement Process</i>	<i>Quality in Hospital Administration</i>	<i>Hospital Billing</i>	<i>Health Information Systems</i>
Scopus	447	14.618	389	95	7.583
Web of Science	287	10.788	329	201	5.634
SciELO	21	234	4	1	52

Fonte: autoria própria (2015).

Devido ao número expressivo de artigos encontrados, foi necessário refinar os critérios de pesquisa.

5º.: Refinar os critérios de busca - Utilizou-se como critério de refinamento da busca o corte temporal, selecionando-se, assim os artigos mais citados entre os anos de 2010 a 2015.

6º.: Analisar os resultados da busca - Realizou-se leitura do título de cada uma das publicações e selecionou-se as publicações que mais se assemelhavam aos temas de pesquisa. Posteriormente foi realizada a leitura do *abstract* dos artigos anteriormente selecionados, a fim de verificar os mais relevantes para agregar conhecimento ao referencial teórico desta dissertação. Foram utilizados como critérios de análise o objetivo da pesquisa, o referencial teórico utilizado e a metodologia de pesquisa (qualitativa e/ou quantitativa).

Os artigos selecionados são apresentados no quadro 2.

Quadro 2: Artigos Selecionados

Autor(es)	Título	Ano	Citações
Morais, R.M., Costa, A.L.	Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores	2014	2
Daniel, V.M., Pereira, G.V., Macadar, M.A.	Perspectiva Institucional dos Sistemas de Informação em Saúde em Dois Estados Brasileiros	2014	0
Bernat, J.L.	Ethical and quality pitfalls in electronic health records	2013	23
Narino, A.H., Rivera, D.N., León, A.M., León, M.M.	Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias: concepción metodológica y práctica	2013	5
Gómez, L.S., Pimiento, N.R.O.	Una revisión de los modelos de mejoramiento de procesos con enfoque en el rediseño	2012	10
Radnor, Zoe J.; Holweg, Matthias; Waring, Justin	Lean in healthcare: The unfilled promise?	2012	53
Fineberg, Harvey V.	A Successful and Sustainable Health System - How to Get There from Here	2012	55
Dahlgard-Park, S.M.	The quality movement: Where are you going?	2011	45
Albuquerque, M.E.E., Bonacelli, M.B.M.	A introdução da concepção de excelência gerencial nos institutos e centros de pesquisa brasileiros: o projeto excelência na pesquisa tecnológica	2011	2
Zakuan, N.M., Yusof, S.M., Laosirihongthong, T., Shaharoun, A.M.	Proposed relationship of tqm and organisational performance using structured equation modelling	2010	31
Trkman, P.	The critical success factors of business process management	2010	169
Krein, S.L., Damschroder, L.J., Kowalski, C.P., Forman, J., Hofer, T.P., Saint, S.	The influence of organizational context on quality improvement and patient safety efforts in infection prevention: A multi-center qualitative study	2010	32
Karapetrovic, Stanislav; Casadesus Fa, Marti; Heras Saizarbitoria, Inaki	What happened to the ISO 9000 lustre? An eight-year study	2010	22
Halbesleben, J.R.B., Savage, G.T., Wakefield, D.S., Wakefield, B.J.	Rework and workarounds in nurse medication administration process: Implications for work processes and patient safety	2010	22
Sahney, S., Banwet, D.K., Karunes, S.	Organizational culture, Sri Lanka, public sector organizations, total quality management, hospitals: An administrative staff perspective in the indian context	2010	14

Fonte: autoria própria (2015).

## 2.2 Histórico da Qualidade e seus Principais Percussores

O enfoque da qualidade na administração nasceu, no início do século XX, para auxiliar a produção de massa na busca de soluções de problemas de uniformidade, pois qualidade considerada sinônimo de padronização (MAXIMIANO, 2011). Para o autor, a história da evolução da qualidade pode ser dividida em três períodos principais: a era da inspeção, a era do controle estatístico e a era da qualidade total. No entanto, Paladini *et al.* (2012) afirmam que a classificação da evolução da qualidade em quatro eras (Inspeção, Controle Estatístico da Qualidade, Garantia da Qualidade e Gestão da Qualidade), proposta por David Garvin (1988), é uma das mais adotadas.

Segundo Gurgel e Vieira (2002) a preocupação com a qualidade pode ser identificada desde os primórdios da atividade manufatureira. Maximiano (2011) denomina este período como a era da inspeção, caracterizada pela ênfase na inspeção do produto, um a um ou aleatoriamente, com o objetivo de separar o produto defeituoso por meio da observação direta. O foco era no controle da qualidade do produto e não do processo (PALADINI *et al.*, 2012). Era realizada pelos próprios artesãos, mas com a ascensão de grandes empresas industriais e a evolução para a produção em massa, tornou-se impraticável a inspeção de todos os produtos (MAXIMIANO, 2011).

Este contexto influenciou o surgimento da era do controle estatístico da qualidade que está baseada na análise de uma amostra representativa do lote de produção (MAXIMIANO, 2011). Gurgel e Vieira (2002) acrescentam que o controle estatístico por amostragem criou técnicas de limites de variação aceitável não só para a produção final, mas também para todo o processo de fabricação. Este período também foi influenciado pela Segunda Guerra Mundial, pois as forças armadas americanas adotaram procedimentos científicos de inspeção por amostragem que seus fornecedores eram obrigados a utilizar e pelo amplo programa de treinamento para a indústria bélica que atraiu muitos professores universitários (MAXIMIANO, 2011).

O autor acrescenta que com a disseminação das técnicas de controle da qualidade, evoluíram os modelos de administração da qualidade e a percepção de que a qualidade é uma responsabilidade que deve ser compartilhada entre os diversos setores da organização. Gurgel e Vieira (2002) denominam esse período como a era da garantia da qualidade, caracterizado pela busca da prevenção de problemas que utilizavam, além das técnicas estatísticas, práticas

gerenciais voltadas para a qualidade, tais como a quantificação dos custos da qualidade, proposta por Joseph M. Juran, que consistia na verificação dos custos da não-qualidade, em função de retrabalho, insatisfação dos clientes, dentre outros. Armand V. Feigenbaum propôs no livro *Quality control* (1951) que as empresas criassem um departamento para coordenar a qualidade e destacava a importância da ênfase na prevenção da correção de defeitos (MAXIMIANO, 2011).

A era da qualidade total, também caracterizada pelas proposições publicadas por Feigenbaum em 1961, é marcada pela evolução do conceito de qualidade que passa a ser percebida como a satisfação do interesse do cliente e não apenas como um atributo do produto ou serviço (MAXIMIANO, 2011). Segundo Gurgel e Vieira (2002) a qualidade passou a ser considerada um objetivo dos níveis gerenciais mais elevados e uma questão de sobrevivência para as empresas.

As eras da qualidade e suas características básicas são apresentadas no quadro 3.

Quadro 3: Eras da Qualidade

<b>Características básicas</b>	<b>Interesse principal</b>	<b>Visão da qualidade</b>	<b>Ênfase</b>	<b>Métodos</b>	<b>Papel dos profissionais da qualidade</b>	<b>Quem é o responsável pela qualidade</b>
Inspeção	Verificação	Um problema a ser resolvido	Uniformidade do produto	Inspeção, de medição	Inspeção, classificação, contagem, avaliação e reparo	O departamento de inspeção
Controle Estatístico do Processo	Controle	Um problema a ser resolvido	Uniformidade do produto com menos inspeção	Ferramentas e técnicas estatísticas	Solução de problemas e a aplicação de métodos estatísticos	Os departamentos de fabricação e engenharia (o controle de qualidade)
Garantia da Qualidade	Coordenação	Um problema a ser resolvido, mas que é enfrentado proativamente	Toda cadeia de fabricação, desde o projeto até o mercado, e a contribuição de todos os grupos funcionais para impedir falhas de qualidade	Programas e sistemas	Planejamento, medição da qualidade e desenvolvimento de programas	Todos os departamentos com a alta administração se envolvendo superficialmente no planejamento e na execução das diretrizes da qualidade
Gestão Total da Qualidade	Impacto estratégico	Uma oportunidade de diferenciação da concorrência	As necessidades de mercado e do cliente	Planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e a mobilização da organização	Estabelecimento de metas, educação e treinamento, consultoria a outros departamentos e desenvolvimento de programas	Todos na empresa, com a alta administração exercendo forte liderança

Fonte: Paladini *et. al.* (2012).

Os principais integrantes da escola da qualidade e suas respectivas contribuições são apresentados no quadro 4.

Quadro 4: Principais Integrantes da Escola da Qualidade

AUTORES	PRINCIPAIS IDÉIAS E CONTRIBUIÇÕES
SHEWHART DODGE ROMIG	Cartas de controle Controle estatístico da qualidade e controle estatístico de processo Técnicas de amostragem Ciclo PDCA (P-Plan, D-Do, C-Control e A-Action)
FEIGENBAUM	Departamento de controle da qualidade Sistema da qualidade e garantia da qualidade Qualidade total
DEMING	14 pontos Ênfase no fazer certo da primeira vez Corrente de clientes Qualidade desde os fornecedores até o cliente final
JURAN	Trilogia da qualidade (planejamento, controle, aprimoramento)
ISHIKAWA	Qualidade total Círculos da qualidade

Fonte: Maximiano (2011).

Para Leite e Nogueira (2006), a evolução da gestão da qualidade total trouxe importantes contribuições para a ciência da administração.

*A filosofia do GQT contribuiu para a ciência da Administração em vários aspectos, incluindo as análises estatísticas para controlar variações e melhorias em vários aspectos da gestão, processos e produtos organizacionais (primeiros trabalhos de Deming), a adoção de uma visão sistêmica da organização e a distribuição da capacidade de gerência e resolução de problemas para todos os funcionários da empresa, proporcionada pelos Círculos de Controle da Qualidade (CCQs). (LEITE e NOGUEIRA, 2006, p. 55).*

A gestão da qualidade tornou-se fundamental para a liderança e para o aperfeiçoamento contínuo de todas as organizações (MELLO *et al.*, 2009). Segundo os autores, os oito princípios da gestão da qualidade, de acordo com a NBR ISO 9001:2008<sup>2</sup> são:

- a) Princípio 1: Foco no cliente;
- b) Princípio 2: Liderança;
- c) Princípio 3: Envolvimento das pessoas;
- d) Princípio 4: Abordagem de processo;
- e) Princípio 5: Abordagem sistêmica para a gestão;
- f) Princípio 6: Melhoria contínua;
- g) Princípio 7: Abordagem factual para a tomada de decisão;
- h) Princípio 8: Benefícios mútuos nas relações com os fornecedores.

Para Paladini *et al.* (2012) a moderna gestão da qualidade resgata a importância dos clientes, a percepção da qualidade como instrumento de vantagem competitiva e o impacto estratégico da qualidade na organização. Oliveira *et al.* (2012) destacam que a Gestão Estratégica da Qualidade tem sido incorporada às funções de planejamento estratégico e à gestão por processos.

### **2.3 Gestão de Processos**

As organizações estão em busca constante de melhorias para a sobrevivência dos seus negócios. Isso tem levado segundo Maranhão e Macieira (2004) as organizações a analisarem suas atividades não em termos de funções, áreas ou produtos, mas de processos de trabalho.

Segundo Davenport (1994, p. 6) “um processo é simplesmente um conjunto de atividades estruturadas e medidas, destinadas a resultar num produto especificado para um determinado cliente ou mercado”. Ele argumenta que:

*Os processos são a estrutura pela qual uma organização faz o necessário para produzir valor para os seus clientes. [...] Os processos precisam de*

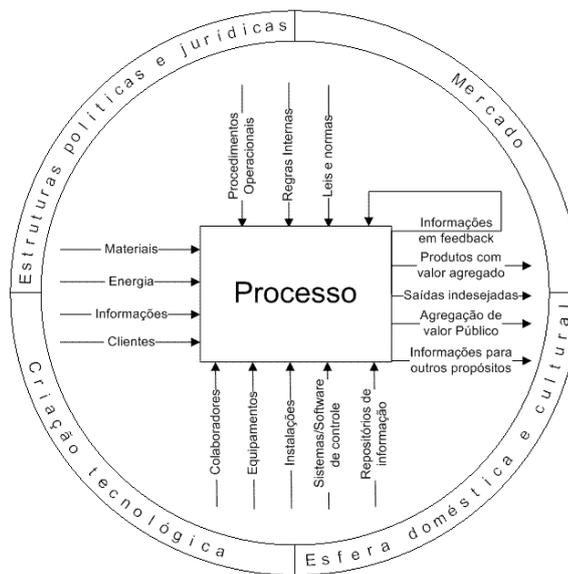
---

<sup>2</sup> Especifica os requisitos para um sistema de gestão da qualidade.

donos claramente definidos, que sejam responsáveis pelo projeto e execução e que façam com que as necessidades dos clientes sejam satisfeitas. (DAVENPORT, 1994, p. 8).

A figura 3 apresenta um esquema geral sobre o funcionamento dos processos nas organizações e os fatores externos oriundos do ambiente em que a organização está inserida e que podem influenciar no modo de funcionamento dos processos (BALDAM, 2008).

Figura 3: Visão Sistêmica dos Processos



Fonte: Valle *et al.* (2009).

Segundo Oliveira *et al.* (2012) a gestão de processos permite que a organização tenha foco no atendimento ao cliente e possa conduzir seus recursos e esforços para a melhoria contínua deste atendimento. Paim *et al.* (2009) acrescentam outros benefícios como a construção de uma visão homogênea do negócio, a padronização dos processos em função do referencial de conformidade, a melhoria do fluxo de informações, dentre outros.

Os processos correspondem a uma parcela significativa dos custos da organização (HARRINGTON, 1993). Harrington (1993) propõe o aperfeiçoamento dos processos empresariais como metodologia para auxiliar a organização a fazer importantes avanços na forma de executar seus processos empresariais, pois possibilita que as operações sejam mais simples e corretas e assegura a qualidade dos produtos e serviços. O autor destaca que a palavra aperfeiçoamento pode ter vários significados e o que mudar e como mudar vai depender do enfoque específico da equipe de aperfeiçoamento de processo e do processo.

Para Harrington (1993) o principal objetivo do aperfeiçoamento dos processos empresariais (APE) é:

- a) Eliminar erros;
- b) Minimizar os atrasos;
- c) Maximizar o uso de recursos;
- d) Promover o entendimento;
- e) Que sejam fáceis de usar;
- f) Que sejam amistosos para com os clientes;
- g) Que sejam adaptáveis às mudanças das necessidades dos clientes;
- h) Fornecer à organização uma vantagem competitiva e;
- i) Reduzir o pessoal necessário.

Biazzi *et al.* (2006) afirmam que há uma profusão de modelos de aperfeiçoamento de processos na literatura criados tanto por acadêmicos como por profissionais de consultoria. Os principais modelos de aperfeiçoamento de processos são apresentados no quadro 5.

Quadro 5: Principais Modelos de Aperfeiçoamento de Processos da Literatura

(continua)

Modelo (Autores)	Ano	Abordagem	Etapas	Observações
Harrington	1991	Melhoria contínua	1-Organizar-se para as melhorias 2-Compreender o processo 3-Sugerir e implantar melhorias ( <i>Streamlining</i> ) 4-Desenvolver sistemas de medição e controle 5-Implantar programa de melhoria contínua	
Davenport	1993	Reengenharia	1-Identificação de processos para reengenharia 2-Identificação dos instrumentos de mudança 3-Desenvolvimento de uma visão das atividades e dos objetivos do processo 4-Entendimento e medição dos processos existentes 5-Planejamento e construção de um protótipo do novo processo e organização	-Ênfase no uso da Tecnologia da Informação

(continuação)

<b>Modelo (Autores)</b>	<b>Ano</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Etapas</b>	<b>Observações</b>
Hammer e Champy	1993	Reengenharia	1-Reestruturação radical dos processos empresariais (“começar de novo”, abandonar procedimentos consagrados e reexaminar o trabalho necessário para criar produtos e serviços e proporcionar valor aos clientes)	-Visa alcançar drásticas melhorias -Modelo radical; processos devem ser totalmente redefinidos
Archer e Bowker	1995	Melhoria contínua	1-Preparo do estudo 2-Análise de processos correntes 3-Redesenho de processos 4-Implantação de processos redesenhados 5-Melhoria contínua	-Survey com 48 empresas de consultoria -Associar com aprendizagem organizacional
McAdam	1996	Melhoria contínua	1-Identificar processos críticos para melhoria 2-Analisar o processo corrente 3-Melhorar o processo 4-Implantar o processo melhorado	-Criado em programa de qualidade total -Ênfase na adequação às características de cada organização
Kettinger, Teng e Guha	1997		1-Visão 2-Iniciação 3-Diagnóstico 4-Redesenho 5-Reconstrução 6-Avaliação	-Ampla revisão da literatura; entrevistas com consultores e vendedores de TI -Levantamento de 25 metodologias, 73 técnicas e 102 ferramentas
Valiris e Glycas	1999	Melhoria contínua e Reengenharia	1-Estabelecimento de visão e objetivos, de escopo e abordagem de aperfeiçoamento 2-Modelagem do negócio 3-Análise do negócio 4-Redesenho 5-Melhoria contínua	- Abordagem holística, integrando três perspectivas: processo, sistemas de informação e teoria das organizações

(conclusão)

<b>Modelo (Autores)</b>	<b>Ano</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Etapas</b>	<b>Observações</b>
Vakola e Rezgui	2000	Melhoria contínua e Reengenharia	1-Desenvolver visão do negócio e objetivos do processo 2-Entender os processos existentes 3-Identificar processo para redesenho 4-Identificar alavancas de mudança 5-Implantar novo processo 6-Operacionalizar novo processo 7-Avaliar novo processo 8-Melhoria contínua	-Ênfase nos aspectos e necessidades únicos de cada organização -Integração da mudança a aspectos humanos e organizacionais
Lee e Chuah	2001	Melhoria contínua, Reengenharia e Benchmarking	1-Seleção do processo 2-Compreensão do processo 3-Medição do processo 4-Execução de melhorias 5-Revisão dos processos melhorados	-Combinação das três abordagens varia entre diferentes organizações e de acordo com processo
Adesola e Baines	2005	Melhoria contínua	1-Compreender necessidades do negócio 2-Compreender o processo 3-Modelar e analisar o processo 4-Redesenhar o processo 5-Implantar novo processo 6-Avaliar novo processo e metodologia 7-Revisar processo	-Etapas cíclicas -Modelo foi desenvolvido de forma iterativa, alternando estudo da teoria, prática e estudos de caso -Avaliação da metodologia é ponto crítico e pouco estudado na literatura

Fonte: Biazzi *et al.* (2006).

Para Paim *et al.* (2009) é possível associar os ciclos de melhorias de processos ao aprendizado organizacional. Os autores argumentam que o objetivo mais importante da gestão de processos é aprender como entregar cada vez mais valor para os consumidores, o que torna a gestão informações sobre os processos de suma importância.

Desta forma Paim *et al.* (2009) destacam a importância da criação de um banco de desempenho dos processos para acúmulo de dados, informações, indicadores e documentos a

fim de criar um histórico registro do desempenho e ser fonte para a tomada de decisão, além de permitir avaliar a efetividade de ações ou programas de melhoria de processos.

### **2.3.1 Identificação e mapeamento de processos**

Os processos possibilitam uma visão dinâmica de como a organização produz valor para o cliente. Segundo Mello *et al.* (2009, p. 30), "[...] eles compõem a estrutura organizacional por meio de uma hierarquia, em que é representado o nível de detalhamento com que o trabalho está sendo abordado". Essa hierarquia é, segundo os autores, formada por:

- a) Macroprocesso;
- b) Processo;
- c) Atividades;
- d) Tarefa ou Operação.

Oliveira *et al.* (2012) afirmam que a hierarquia dos processos contribui para a compreensão sobre como os processos podem ser logicamente organizados e estruturados, facilitando a gestão de processos.

O mapeamento de processos tem auxiliado as organizações a melhorar o desempenho organizacional. Segundo Maranhão e Macieira (2004, p.54) “[...] a atividade inicial de mapeamento dos processos é identificar quantos e quais são os processos a serem mapeados”.

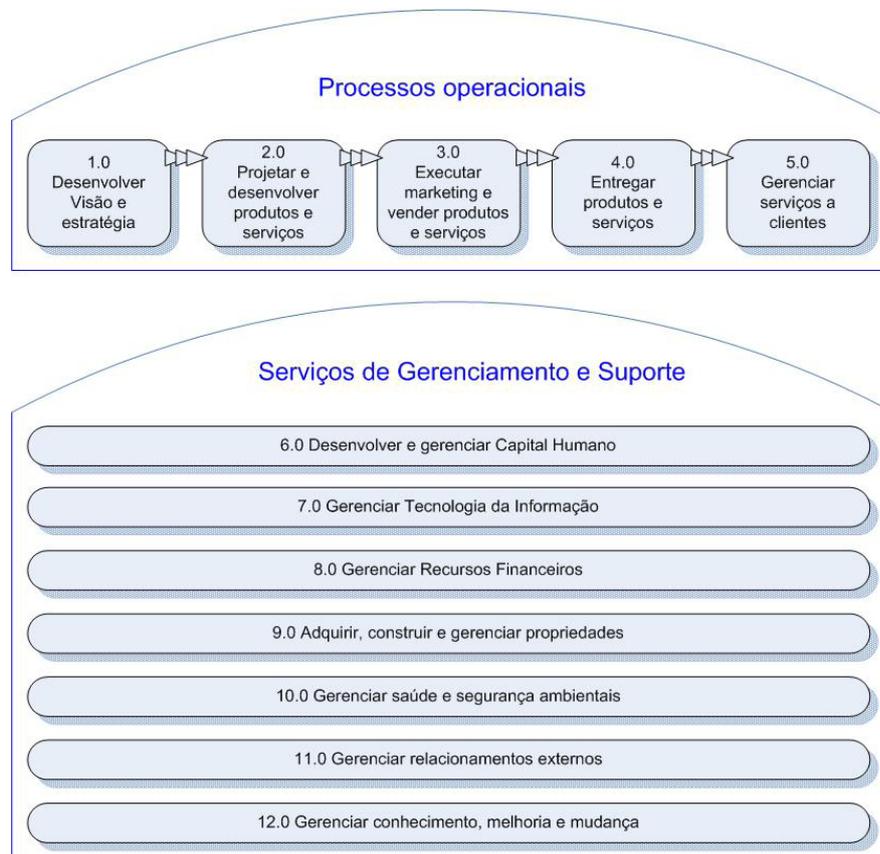
Paladini *et al.* (2012) propõe a técnica FEPSC (F- Fornecedores, E- Entradas, P- Processo, S- Saídas e C- Clientes) para o mapeamento de processos por aplicar-se a todo tipo de trabalho. Segundo os autores, esta técnica segue a sequência abaixo:

- a) Determinar o propósito;
- b) Análise das saídas;
- c) Dados dos clientes;
- d) Análise das entradas e fornecedores;
- e) Determinar os passos do processo.

Paladini *et al.* (2012) acrescentam que para um correto mapeamento é fundamental que o levantamento das atividades seja feito no local de trabalho e que sejam entrevistadas as pessoas envolvidas, se possível no centro de trabalho.

Segundo Valle *et al.* (2009) há diversas maneiras de identificar e classificar os processos organizacionais. Dentre elas, a *Process Classification Framework* (PCF) da *American Productivity and Quality Control* (APQC, 2006) é muito reconhecida e utilizada em diversas organizações por ser um modelo de classificação de processos desenvolvido com o propósito do *benchmarking* e que permite as organizações compreender suas atividades internas de forma horizontal, ou seja, entre os diversos departamentos (BALDAM, 2008; VALLE *et al.*, 2009).

Figura 4: Modelo de Estrutura de Trabalho para Classificação de Processos



Fonte: APQC (2006).

Oliveira *et al.* (2012) destacam a importância de identificar os processos críticos através do levantamento das atividades-chave necessárias para administração e operação da organização, diferenciando os processos primários, de apoio e gerenciais.

### 2.3.2 Análise e modelagem de processos

Modelagem é a atividade de construir modelos que são uma representação abstrata da realidade (BALDAM, 2008). Oliveira *et al.* (2012, p. 212) definem modelagem como "a visão da empresa por meio da construção de diagramas funcionais sobre o comportamento de seus processos – mapeamento de processos".

O objetivo da modelagem de processos é criar melhores condições para aprimorar os processos organizacionais para que atendam as necessidades dos clientes mediante a agregação de valor e tornando a organização mais competitiva (MARANHÃO e MACIEIRA, 2004). Valle *et al.* (2009) acrescentam que:

*A modelagem serve para validar o projeto, testando suas reações sob diversas condições para certificar que seu funcionamento atenderá aos requisitos globais estabelecidos – qualidade, performance, custo, durabilidade etc. (VALLE et al., 2009, p. 39).*

De acordo com Baldam (2008) existem diversas técnicas e metodologias para a modelagem de processos que, de um modo geral, compreende na modelagem do estado atual (*as is*) e do estado desejado (*to be*). Valle *et al.* (2009) acrescentam que partindo-se do *as is*, deve-se passar pelo como deveria ser (*should be*) até a proposição da implementação mais adequada, ou seja, o *to be*.

Dentre as metodologias para a modelagem de processos de negócios, a BPMN (*Business Processes Modeling Notation*) criada pela BPMI (*Business Process Management Initiative*) é uma das mais utilizadas, pois fornece uma notação intuitiva que permite a utilização por não especialistas, sem prejudicar a representação de processos complexos (BALDAM, 2008).

Oliveira *et al.* (2012) apresentam um roteiro para análise e modelagem de processos formada por oito etapas inter-relacionadas, desenvolvida a partir de várias fontes e da experiência profissional dos autores. Segundo os autores, ele permite uma visão global da organização (macroprocesso) e, posteriormente, a visão particularizada de cada setor da organização, sendo formado pelas seguintes etapas:

- a) Análise de requisitos
  - Estudo inicial e caracterização do negócio;

- Escolha da técnica e ferramenta que serão utilizadas;
  - Identificação dos macroprocessos do negócio;
  - Elaboração do plano de trabalho;
  - Palestra para nivelamento e exposição da técnica a ser adotada.
- b) Construção do modelo
- Mapeamento dos processos;
  - Documentação do processo;
  - Refinamento do modelo (Decomposição funcional – subprocessos);
  - Revisão do modelo global.
- c) Análise de processos
- Análise funcional;
  - Análise qualitativa;
  - Avaliação dos requisitos dos usuários do processo;
  - Análise dos processos selecionados;
  - Formulação da proposta de melhoria.
- d) Simulação (Criação de cenários para testes dos impactos)
- e) Reengenharia (Criação de novos processos, fusão, eliminação ou mudanças)
- f) Documentação dos resultados/produtos parciais e finais
- g) Divulgação
- h) Gestão dos processos (Monitoramento)

### 2.3.3 Ferramentas da qualidade utilizadas na gestão de processos

São apresentadas abaixo algumas ferramentas da qualidade sugeridas por alguns autores para auxiliar na gestão de processos.

#### a) *Benchmarking*

Está baseado na comparação do desempenho ou método da organização com o de outras operações comparáveis, com o intuito de buscar idéias que podem contribuir para a melhoria do desempenho organizacional (SLACK *et al.*, 2009).

Segundo Paim *et al.* (2009) há três tipos diferentes de *benchmarking* utilizados para a melhoria do desempenho:

1.º Tipo: "Mede o desempenho dos processos da organização em comparação com as métricas de desempenho das melhores práticas da indústria". (PAIM *et al.*, 2009, p. 219).

2.º Tipo: "Compara os processos da organização às melhores práticas da indústria para identificar práticas que levam a um desempenho superior". (PAIM *et al.*, 2009, p. 219).

3.º Tipo: "Compara o desempenho dos processos da organização em relação a padrões ou modelos". (PAIM *et al.*, 2009, p. 219).

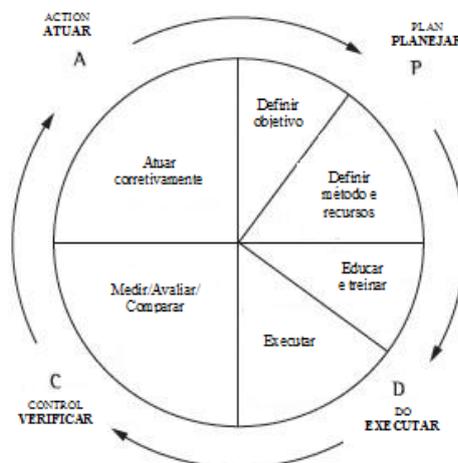
### b) *Brainstorming*

Técnica de geração de idéias em grupo que, isoladamente ou associadas, são voltadas para a solução de um problema (MARANHÃO e MACIEIRA, 2004).

### c) **Ciclo PDCA (P-Plan, D-Do, C-Control e A-Action)**

O ciclo PDCA (P-Plan, D-Do, C-Control e A-Action), também denominado de ciclo Deming, é formado por quatro fases. Inicia-se com a formulação de um plano de ação para a melhoria do desempenho (planejar), seguido pela implementação ou execução (fazer) e a avaliação da solução implementada (chechar). A última fase é formada pela padronização ou consolidação da mudança, caso ela seja bem sucedida, ou, caso contrário, pela sua formalização das lições aprendidas na "tentativa" antes que o ciclo recomece (SLACK *et al.*, 2009). As fases do ciclo PDCA são apresentadas na figura 5.

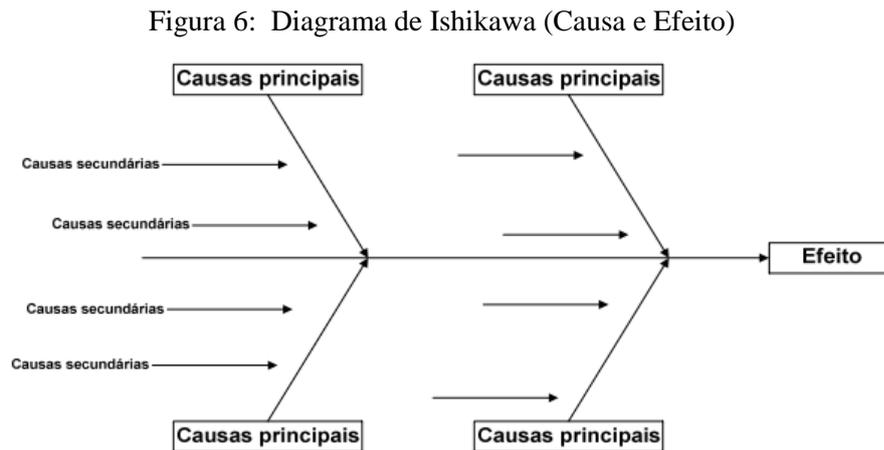
Figura 5: Ciclo PDCA



Fonte: Macieira e Maranhão (2004).

#### d) Diagrama de Ishikawa

Também denominado de diagrama causa-efeito, é utilizado para auxiliar na pesquisa das raízes de problemas, fornecendo uma forma de estruturar as possíveis causas sob a classificação (SLACK *et al.*, 2009). A estrutura do Diagrama de Ishikawa é apresentada na figura 6.



Fonte: Cruz (2002).

#### e) GUT (G-Gravidade, U-Urgência e T-Tendência)

Técnica que recebe esta denominação devido à abreviação das palavras-chave do método (gravidade, urgência e tendência), indicada para quando houver necessidade de priorização das ações, mas os dados não forem quantificáveis (MARANHÃO e MACIEIRA, 2004). Os autores definem GUT como:

G (Gravidade) - Refere-se ao custo de não se tomar uma ação para solucionar um problema.

U (Urgência) - Refere-se ao prazo necessário para agir com o intuito de evitar danos.

T (Tendência) - Refere-se à propensão que o problema poderá assumir se a ação não for tomada.

**f) 5W-2H (Who? What? Where? When? Why? How? How much)**

Quadro 6: 5W-2H

Inicial da Palavra		Finalidade
Inglês	Português	
<i>What</i>	O que	Especificar o que será feito.
<i>Who</i>	Quem	Especificar o responsável para executar ou coordenar a ação.
<i>Where</i>	Onde	Especificar o local onde será executada a ação ou a sua abrangência.
<i>When</i>	Quando	Especificar o prazo para executar a ação.
<i>Why</i>	Por que	Explicar a razão pela qual a ação deve ser feita.
<i>How</i>	Como	Especificar a forma pela qual (método) a ação deverá ser feita.
<i>How Much</i>	Quanto custa	Prover informações sobre o custo (orçamento) necessário para executar a ação.

Fonte: Maranhão e Macieira (2004).

**g) Mapas de processo (Fluxogramas)**

"Representações gráficas das etapas pelas quais passa um processo". (PALADINI *et al.*, 2012, p. 369).

Podem ser utilizados para a compreensão detalhada do processo, em atividades de melhoramento, para identificar fluxos mal organizados, tornar claras as áreas problemáticas e as oportunidades de melhorias (SLACK *et al.*, 2009).

Segundo Maranhão e Macieira (2004) o *brainstorming*, o diagrama de causa e efeito e GUT são ferramentas de uso indispensável na análise e melhoria de processos, aplicáveis à maioria das situações.

## 2.4 Qualidade na Administração Hospitalar

A implantação de programas de qualidade total nas organizações hospitalares é complexa e, segundo Gurgel e Vieira (2002), estimulam grandes discussões teóricas práticas. Eles estão, em sua maioria, voltados para a redução dos custos da assistência hospitalar. O autor acrescenta que as organizações de saúde possuem algumas características que são obstáculos na implantação de programas da qualidade, tais como as descritas a seguir:

- a) A busca pela prestação de serviços de saúde não segue as leis de mercado;
- b) É um setor de baixa concorrência;
- c) Há dificuldade em padronizar o processo de trabalho em saúde devido à variabilidade da assistência demandada;
- d) O consumo é feito no momento da prestação do serviço;
- e) Os clientes, em sua maioria, não têm capacidade para julgar suas necessidades e o tratamento requerido;
- f) A prestação do serviço é feita por uma grande variedade de profissionais de níveis de escolaridade e interesses distintos;
- g) A resistência da categoria médica.

No caso do sistema de saúde do Brasil, a complexidade do SUS exige que os programas de qualidade contemplem todas as dimensões do atendimento à saúde: a promoção, a prevenção, a cura, a reabilitação e a manutenção, considerando as características culturais, históricas das diversas regiões do Brasil.

Qualidade na saúde é definida por Almeida (2002) como:

*Qualidade na Saúde significa, portanto, a sistematização de todos os seus processos, em todas as áreas e esferas de gestão (federal, estadual e municipal), na busca da ética e da técnica, englobando, na pluralidade de ações, os procedimentos, interesses e motivações, para levar ao paciente conforto e bem estar, compensando-o dos sofrimentos que a doença lhe traz. (ALMEIDA, 2002, p. 3).*

Malik (1998) propõe uma comparação entre as diversas dimensões da qualidade no modelo industrial e no modelo da assistência médica, apresentadas no quadro 7.

Quadro 7: Diferenças de Qualidade nos Modelos Industrial e de Assistência Médica

<b>Comparação entre Modelo Industrial e Modelo da Assistência Médica</b>		
<b>Enfoque</b>	<b>Modelo Industrial</b>	<b>Modelo da Assistência Médica</b>
<b>Natureza da qualidade</b>		
Qualidade	Aquilo que o consumidor deseja e compra	Aquilo que é bom para o consumidor, definido por ele e pelo prestador de serviços
Interação cliente/fornecedor	Pouco relevante	Relação médico-paciente complexa
Consumidor	Co-produtor de qualidade via uso	Idem, com maior peso
Baixo custo	Componente da qualidade	Menor importância
Otimização e equidade	Menor importância	Grande importância, dependendo de políticas e de sua implementação
<b>Escopo da qualidade</b>		
Ênfase	Qualidade total: baixar os custos e atender o consumidor envolve todas as pessoas e os processos da organização	Performance profissional e técnica, interação paciente-profissional, contribuição do paciente, acesso/equidade
Valorização e riscos	Atividades-meio	Procedimentos médicos em detrimento dos demais profissionais
<b>Natureza do problema da qualidade</b>		
Origem / características dos problemas	Defeitos no desenho dos sistemas, produtos, processos de produção	Competência do profissional e variabilidade na prática clínica
<b>Estratégias de garantia e melhoria da qualidade</b>		
Estratégia	Mudanças estruturais, incluindo treinamento	Influência da performance profissional por meio da educação, treinamento e supervisão
Modelo de gestão	Gestão participativa, delegação de responsabilidades, educação, treinamento e recompensas	Realidade vivida sobretudo por médicos, poucos com treinamento em métodos de qualidade
<b>Métodos de monitoramento da qualidade</b>		
Monitoramento	Por meio de medição de processos e resultados, comparação com padrão	Processos e resultados por meio de padrões análogos; dificuldade para minimizar resultados
Periodicidade do monitoramento	Contínua	Contínua
Metodologia	Métodos específicos para identificação de problemas, desenvolvimento de consenso, determinação de causa, controle estatístico muito desenvolvido e utilizado	Métodos semelhantes (epidemiologia), reduzido emprego de estatística, revisão de caso clínico muito empregada

Fonte: Malik (1998).

## 2.5 Acreditação Hospitalar

Segundo Feldman *et al.* (2005), apesar das organizações de saúde terem sido uma das últimas a adotar os modelos de qualidade, a concorrência de mercado entre as instituições hospitalares, principalmente em outros países, vem contribuindo para a ênfase da qualidade na assistência a saúde.

Os princípios contidos em normas técnicas que recomendam diretrizes para a implantação de um sistema orientado para a qualidade é um dos modernos métodos gerenciais se destacam entre os modernos métodos gerenciais para a melhoria da competitividade e alcance de novos mercados (VIANA *et al.*, 2011).

A acreditação é a forma mais antiga de avaliação das organizações de saúde e, por isso, difere-se do Prêmio Nacional da Qualidade e das Normas ISO, pois se ajusta melhor à realidade dessas organizações (QUINTO NETO, 2006).

De acordo com a Portaria GM/MS N ° 538 de 17 de abril de 2001<sup>3</sup>:

*Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntários, periódico e reservado, que tende a garantir qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos. (Portaria GM/MS N ° 538 de 17 de abril de 2001).*

A acreditação teve início no Brasil em 1998, quando foi oficialmente lançado o Programa Brasileiro de Acreditação (FELDMAN *et al.*, 2005). Sua criação foi resultado do estabelecimento pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) da avaliação e certificação de serviços de saúde como sendo um projeto estratégico prioritário do Ministério da Saúde, para o biênio 97/98 (FELDMAN *et al.*, 2005).

Em 1999 foi fundada a Organização Nacional de Acreditação (ONA)<sup>4</sup> para regular e certificar as instituições de saúde em todo país com a denominação de “Hospital Acreditado” (FELDMAN *et al.*, 2005; OLIVEIRA 2010).

---

<sup>3</sup> Reconhece a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar.

<sup>4</sup> Organização Nacional de Acreditação (ONA) – É uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do paciente. Tem como objetivo

De acordo com a ONA (2015) a acreditação tem caráter eminentemente educativo, visa à melhoria contínua, não funciona como uma forma de fiscalização ou controle governamental, não devendo confundir com os procedimentos de licenciamento e ações típicas do Estado.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é o instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial das instituições de saúde de forma sistêmica e global, cuja aprovação é de competência do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS Nº 1970, DE 25 de outubro de 2001<sup>5</sup>).

A organização prestadora de serviço de saúde para ser acreditada deve realizar inscrição no processo de avaliação, manifestando interesse para ser avaliada junto à instituição acreditadora, a ser contratada posteriormente e se preparar para a visita dos avaliadores. (MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2002). Para Emídio *et al.* (2013), esse é um dos principais diferenciais da acreditação hospitalar: a adesão voluntária e reservada aos interesses internos.

A certificação pode ocorrer em três níveis, conforme o quadro 8. O sistema de avaliação da acreditação tem como base os padrões previamente aceitos, pela OMS (Organização Mundial de Saúde), OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), além da legislação vigente no país (QUINTO NETO, 2000).

---

promover um processo constante de avaliação e aprimoramento nos serviços de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade da assistência no País.

<sup>5</sup> Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – 3ª Edição.

Quadro 8: Níveis de Acreditação

NÍVEL	SELO	VALIDADE DA CERTIFICAÇÃO	PRINCÍPIOS
1	Acreditado	2 anos	Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.
2	Acreditado pleno	2 anos	Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.
3	Acreditado com excelência	3 anos	O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma organização ou programa de saúde acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Fonte: autoria própria (2015).

De acordo com Rodrigues (2004), a avaliação para acreditação é, de um modo geral, realizada por uma comissão avaliadora, formada por uma equipe multidisciplinar composta por um médico, um enfermeiro e um administrador que verificam se o hospital está em conformidade com os padrões estabelecidos no manual utilizado.

Campos (2008) destaca que a implantação do programa de acreditação hospitalar requer a estruturação de três macro-ações: gestão da segurança, organização de processos e gestão dos resultados. Para o autor, estas ações, apesar de terem identidades definidas, são indissociáveis e mantêm uma relação de interdependência.

Alonso *et al.* (2014) cita vantagens do processo de acreditação para: melhoria contínua; qualidade da assistência; construção de equipe e função educativa; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; gerenciamento; e segurança para pacientes e profissionais. O autor acrescenta que "a acreditação hospitalar possui uma abordagem educativa expoente" (ALONSO *et al.*, 2014).

Para Viana *et al.* (2011) é importante a participação efetiva e democrática de todos os profissionais no processo de acreditação hospitalar, mas fatores como comunicação, orientação e conhecimento, tipo de gestão, cultura organizacional, relações interpessoais, forma de liderança, relações de poder, condições de trabalho podem contribuir satisfatoriamente ou não para o envolvimento coerente da equipe.

Gurgel e Vieira (2002) afirmam que o uso sistemático dos manuais de acreditação e a procura pela certificação hospitalar no Brasil mostram o esforço para garantir um atendimento de qualidade, mesmo com as dificuldades encontradas nessa área. Esse esforço gera como consequência alguns diferenciais e benefícios para as instituições de saúde acreditadas.

## 2.6 Sistemas de Informação em Saúde

A gestão subsidiada por sistemas de informação é uma filosofia mundial de trabalho (MÉDICI, 1991). As chances de uma organização ser competitiva em atividades complexas são praticamente nulas sem o uso intensivo de ferramentas baseadas na tecnologia da informação (MARANHÃO e MACIEIRA, 2004). No âmbito das organizações hospitalares, a tecnologia da informação é um recurso estratégico valioso para o desenvolvimento das competências necessárias a prestação de serviços à sociedade (OLIVEIRA e TODA, 2013).

Os sistemas de informação em saúde são essenciais tanto para as ações de saúde pública quanto para auxiliar na gestão das organizações hospitalares e, por isso, as informações geradas devem ser confiáveis e válidas. A qualidade dos registros é um elemento essencial e determinado pelo correto preenchimento dos instrumentos de coleta e pela periodicidade da inserção dos dados. Isso exige a racionalização dos processos de trabalho para a alimentação desses sistemas, principalmente, pelas consequências que a utilização das informações pode gerar para a gestão das unidades de saúde e para o desenvolvimento de políticas públicas. Tolentino (2005) corrobora com esse pensamento ao afirmar que:

*O conhecimento atualizado das condições de saúde da população decorre da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente as referentes ao conjunto de indicadores básicos selecionados para acompanhamento periódico. A precisão desse conhecimento, por sua vez, depende, em grande parte, da qualidade dos dados gerados nos sistemas de informação de saúde, que podem ser influenciados por múltiplos fatores, técnicos e operacionais. O uso regular desses dados por serviços e instituições acadêmicas da área de saúde contribui decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas. (TOLENTINO, 2005, p. 78).*

Davenport (1994, p. 97) acrescenta que “ao começarem a atribuir maior valor à informação dentro de suas organizações, as empresas são levadas a tentar criar mais processos formais para a sua administração”. No entanto, a gestão da produção da informação nos hospitais são atividades tidas como de pouca relevância, conforme destaca Schout e Novaes (2007):

*[...] Os processos de produção de registros e dados que irão se constituir na informação produzida no hospital dizem respeito a todos aqueles que ali trabalham, fazendo parte de um sem-número de processos de trabalhos técnicos e organizacionais - médicos, enfermagem, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, administrativos, gestão -, mas são geralmente considerados como de menor importância. (SCHOUT e NOVAES, 2007, p. 937).*

O registro clínico, sob a perspectiva da gestão, é importante para a identificação de todos os recursos utilizados no tratamento do paciente e, na perspectiva da assistência, para a continuidade do tratamento requerido e para o desenvolvimento de pesquisas médicas. Desta forma, os processos de registro da prestação de serviços assistenciais devem ser estruturados para atingir os diferentes objetivos de todos os que participam da organização. Schout e Novaes (2007) acrescentam que a gestão da produção assistencial é parte importante da qualidade da assistência.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) diferenciam-se dos Sistemas de informações Hospitalares (SIH). Segundo Haux (2006, apud DANIEL *et al.*, 2014):

*Os SIS são todo e qualquer sistema que processa os dados, transformando-os em informação ou conhecimento na área da saúde, com a finalidade de colaborar para melhorar a qualidade da saúde da população. Os SIS distinguem-se dos Sistemas de Informações Hospitalares, pois, segundo o autor, trata-se apenas de uma unidade de um dos SIS por gerenciar apenas as informações em âmbito hospitalar. (HAUX (2006, apud DANIEL *et al.*, 2014, p.653).*

Os bancos de dados gerados pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser classificados em epidemiológicos, utilizados para fins de vigilância, avaliação e pesquisa, em administrativos, utilizados para fins contábeis e de controle da produção dos serviços prestados e em clínicos, utilizados para o armazenamento de dados clínicos (CAMARGO JUNIOR. *et al.*, 2007).

Os principais sistemas nacionais de informações em saúde disponíveis no Brasil são apresentados no quadro 9.

Quadro 9: Principais Sistemas Nacionais de Informação em Saúde

<b>SIGLA</b>	<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>ANO DE INÍCIO<sup>6</sup></b>	<b>DOCUMENTO BÁSICO</b>
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	1975	Declaração de óbito
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS <sup>7</sup>	1991	Autorização de internação hospitalar
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	1990	Declaração de nascidos vivos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação	1993	Ficha individual de notificação Ficha individual de investigação
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização	1994	Vários
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	1994	Boletim de produção ambulatorial
APAC	Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade	1996	Vários
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica	1998	Formulários de cadastro e seguimento das famílias atendidas pelas equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	1999	Vários
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	2000	Vários

Fonte: Camargo Junior. *et al.* (2007).

O SIH-SUS e SIA-SUS são os sistemas utilizados para o processamento do faturamento hospitalar no âmbito do SUS, respectivamente, das internações e dos atendimentos ambulatoriais realizados (DATASUS, 2015).

O faturamento hospitalar é formado pela soma de todas as faturas emitidas, em determinado período, pelos serviços prestados aos pacientes (SILVA *et al.*, 2013). É um setor

<sup>6</sup> Não corresponde necessariamente ao ano em que se encontram dados disponíveis para análise.

<sup>7</sup> Em 1984, foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS) visando ao financiamento do atendimento hospitalar prestado pelos serviços contratados privados. Este sistema foi posteriormente expandido para os hospitais filantrópicos (1986), universitários e de ensino (1987) e a todos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (1990), quando passou a ser denominado SIH-SUS.

de importância na gestão dos hospitais que tem como objetivo cobrar os atendimentos realizados, garantindo o recebimento de recursos financeiros para a organização (SILVA *et al.*, 2013).

O processo de faturamento depende do correto preenchimento e da atualização do prontuário médico ou dos formulários utilizados para o registro da produção assistencial para evitar o subfaturamento ou não faturamento dos procedimentos. Silva *et al.* (2013) acrescentam que cabe aos profissionais que realizam o atendimento assistencial alimentar de forma correta e com todos os dados o prontuário para que ele possa ser todo faturado.

Para Rodrigues *et al.* (2004) a glosa do faturamento hospitalar tem sido significativa para o orçamento das instituições devido às anotações de enfermagem serem, em sua maioria, inconsistentes, ilegíveis e subjetivas.

### **3 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PESQUISADA**

O Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), unidade integrante da rede pública federal de hospitais no Rio de Janeiro, tem cerca de 67 anos de existência e é composto por mais de 40 serviços especializados, que realizam atendimentos exclusivos ao SUS, aos pacientes encaminhados pela rede de atendimento básica do Estado (municipal e estadual) através do sistema de regulação (SISREG)<sup>8</sup> para o tratamento de doenças de alta complexidade. Sua linha de cuidado não é, portanto, caracterizada pelo atendimento de emergência, mas pela realização de consultas agendadas e cirurgias programadas.

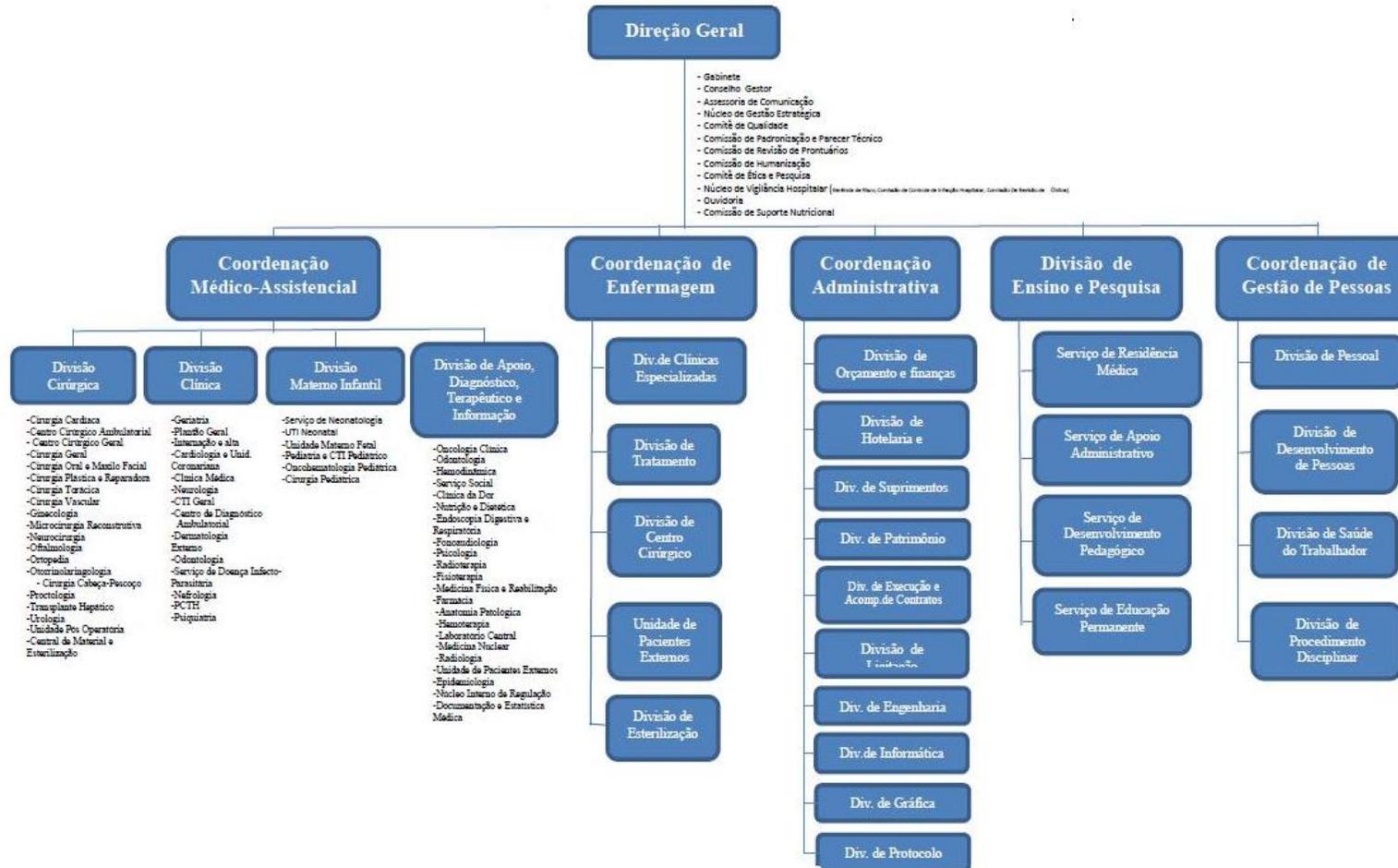
O HFSE tem como missão "Promover atenção humanizada à saúde, integrada aos princípios do SUS" (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2013, p. 9) e como visão "Ser unidade de referência da qualidade na assistência de alta complexidade, no ensino e na pesquisa, incentivando a gestão transparente e participativa" (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2013, p. 9).

Sua estrutura organizacional é formada pelas Coordenações Médico-Assistencial, de Enfermagem, Administrativa e de Gestão de Pessoas e pela Divisão de Ensino e Pesquisa, conforme apresentado na figura 7.

---

<sup>8</sup> Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Figura 7: Organograma do HFSE



Fonte: Relatório de Gestão do HFSE (2013).

Os quadros 10 e 11 apresentam uma dimensão da infra-estrutura do hospital e do volume dos serviços prestados por ano.

Quadro 10: Infraestrutura do HFSE

Capacidade Instalada	Quantidade		
	2012	2013	2014
Leitos instalados <sup>9</sup>	549	562	559
Leitos operacionais <sup>10</sup>	422	447	415
Consultórios	138	158	158
Salas de centro cirúrgico geral	22	22	22
Salas para cirurgias ambulatoriais	08	08	08
Salas de procedimentos especializados	34	33	33

Fonte: autoria própria (2015).

Os leitos estão distribuídos entre os serviços clínicos, cirúrgicos e unidades fechadas caracterizadas como centros de terapia intensiva (CTI) e unidades de cuidado intermediário (UI) adulto, pediátrica e neonatal.

Quadro 11: Produção Hospitalar do HFSE

Serviços Prestados	Quantidade por ano		
	2012	2013	2014
Consultas	350.518	254.433	278.171
Internações	11.857	11.222	10.781
Cirurgias hospitalares	9.472	8.279	6.973
Cirurgias ambulatoriais	5.328	3.668	3.472
Setor de Imagem	54.748	55.404	49.194
Exames de Laboratório	1.425.252	1.270.638	1.232.868

Fonte: autoria própria (2015).

<sup>9</sup> Refere-se ao leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que ele eventualmente não possa ser utilizado por um certo período, por qualquer razão.

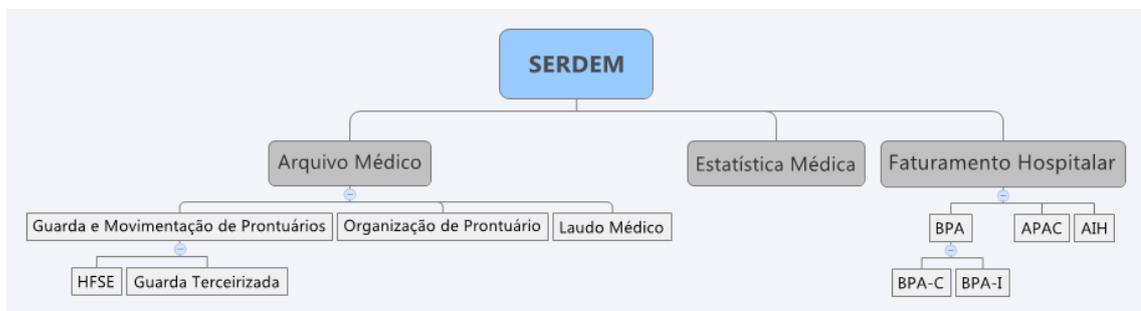
<sup>10</sup> Refere-se ao leito em utilização e o leito passível de ser utilizado no momento do censo, ainda que esteja desocupado.

O HFSE movimentava valores expressivos dentro do orçamento dos hospitais federais. A dotação orçamentária do exercício de 2012 para a assistência ambulatorial e hospitalar especializada foi de R\$ 178.852.464,00 (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2012), em 2013 foi de R\$ 179.305.091,99 (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2013) e em 2014 foi de R\$ 177.870.673,00 (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2014).

### 3.1 O Serviço de Documentação e Estatística Médica do HFSE

O Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM) está subordinado à Coordenação Médico-Assistencial, sendo o setor responsável pela movimentação e guarda de prontuários, pelas estatísticas médicas, indicadores assistenciais e pelo faturamento dos serviços prestados junto aos sistemas de informação ambulatorial (SIA-SUS) e hospitalar (SIH-SUS) do Ministério da Saúde. Os setores que compõem o SERDEM são apresentados na figura 8.

Figura 8: Organograma do SERDEM



Fonte: autoria própria (2015).

O SERDEM possui 54 funcionários distribuídos entre os setores de arquivo médico, estatística médica e faturamento hospitalar. O quadro funcional do SERDEM é apresentado no quadro 12.

Quadro 12: Quadro Funcional do SERDEM – Janeiro/2015

Serviço de Documentação e Estatística Médica					
Cargo	Arquivo Médico	Estatística Médica	Faturamento		
			BPA-C e BPA-I	APAC	AIH
Administrador		2			
Arquivista	1				
Agente Administrativo	7	2		2	6
Agente de Portaria	2				
Auxiliar Operacional de Serviços Diversos	8				
Datilógrafo	2			1	
Auxiliar de Enfermagem		1			
Médico	5				
Prestador de Serviços	13		1		1
<b>TOTAL</b>	38	5	1	3	7

Fonte: autoria própria (2015).

As informações produzidas pelo setor de estatística médica são a cesta de indicadores assistenciais, as estatísticas médicas por serviço e os faturamentos do tipo BPA (BPA-C e BPA-I), APAC e AIH, conforme apresentado na figura 9.

Figura 9: Informações Produzidas pelo SERDEM do HFSE



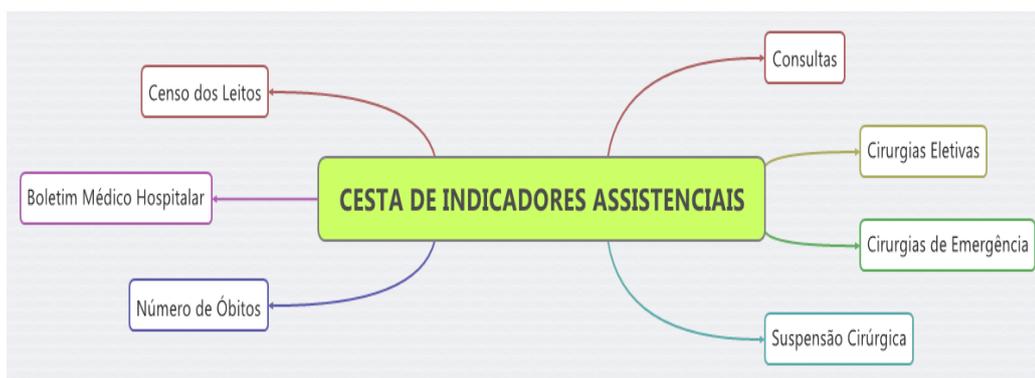
Fonte: autoria própria (2015).

A cesta de indicadores assistenciais é um conjunto de indicadores calculados em uma planilha de Excel padronizada pelo núcleo de informação do Departamento de Gestão Hospitalar (DGH)<sup>11</sup>. É utilizada para consolidar as informações de cada unidade e fornecer subsídios para a gestão dos seis hospitais que compõem a rede. Contém desde consultas e cirurgias por especialidade médica até indicadores assistenciais como índice de giro do leito, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, dentre outros.

O HFSE elabora a sua cesta a partir do registro de informações recebidas dos serviços de internação e alta, do setor de produção e impressos, do ambulatório médico, dos centros cirúrgicos (principal e ambulatorial) e das chefias de serviços médicos e deve encaminhá-la por email ao DGH até o dia 15 do mês subsequente.

Os dados utilizados para a elaboração da cesta de indicadores assistenciais são apresentados na figura 10.

Figura 10: Dados Utilizados para Elaboração da Cesta de Indicadores Assistenciais



Fonte: autoria própria (2015).

O processo do faturamento hospitalar varia por procedimento, conforme a classificação na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Em síntese, o faturamento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) diferencia-se dos faturamentos do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) por ser voltado para procedimentos realizados em pacientes

<sup>11</sup> Unidade do Ministério da Saúde responsável pela coordenação dos seis hospitais federais no Rio de Janeiro (Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal dos Servidores do Estado e Hospital Federal de Bonsucesso).

internados e não será detalhado por não ser objeto desse estudo.

O faturamento BPA foi instituído pela Portaria GM/MS N° 545 de 20 de maio de 1993 para o registro das ações ambulatoriais de maneira consolidada no SIA-SUS (BPA-C) e foi posteriormente ampliado com a criação de uma nova forma de registro das ações ambulatoriais de forma individualizada (BPA-I). O BPA-I diferencia-se, basicamente, do BPA-C, pois registra informações sobre os usuários do SUS assim como de sua situação de saúde através da Classificação Internacional de Doenças (CID). O BPA-I foi instituído por meio da Portaria SAS/MS N° 709 de 27 de dezembro de 2007, com o objetivo de aprimorar as informações possibilitando traçar o perfil epidemiológico da população brasileira e permitir o conhecimento da mobilidade da população entre os municípios em busca de atenção a sua saúde.

Foram elaborados os quadros 13 e 14 com os principais fornecedores e clientes dos setores de Estatística Médica e Faturamento do SERDEM.

Quadro 13: Principais Fornecedores do SERDEM

SERDEM	Fornecedores	
	Internos	Externos
Estatística Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Médicos</li> <li>• Serviços Classificados como Outros Profissionais de Nível Superior<sup>12</sup></li> <li>• Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapeutico</li> <li>• Comissão de Revisão de Óbitos</li> </ul>	-
Faturamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços Médicos</li> <li>• Serviços Classificados como Outros Profissionais de Nível Superior</li> <li>• Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapeutico</li> </ul>	Regulação do SUS

Fonte: autoria própria (2015).

<sup>12</sup> Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional,

Quadro 14: Principais Clientes do SERDEM

SERDEM	Clientes	
	Internos	Externos
Estatística Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direção Geral</li> <li>• Coordenação Médico-Assistencial</li> <li>• Coordenação de Enfermagem</li> <li>• Coordenação Administrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Saúde</li> <li>• Departamento de Gestão Hospitalar</li> <li>• Órgãos de Controle Externo</li> <li>• Universidades</li> <li>• Centros de Pesquisas</li> <li>• Sociedade</li> </ul>
Faturamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direção Geral</li> <li>• Coordenação Médico-Assistencial</li> <li>• Coordenação de Enfermagem</li> <li>• Coordenação Administrativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministério da Saúde</li> <li>• Departamento de Gestão Hospitalar</li> <li>• Órgãos de Controle Externo</li> <li>• Universidades</li> <li>• Centros de Pesquisas</li> <li>• Sociedade</li> </ul>

Fonte: autoria própria (2015).

## **4 METODOLOGIA**

Esta seção apresenta a metodologia e os procedimentos utilizados no desenvolvimento e aplicação da pesquisa de campo, bem como na implementação do projeto.

### **4.1 Classificação da Pesquisa**

Tomando por referência a classificação dos tipos de pesquisa proposta por Vergara (2009), quanto aos fins e quanto aos meios, é possível qualificar esta pesquisa quanto aos seus fins como aplicada, por ser motivada pela necessidade de resolução de um problema organizacional do HFSE, e descritiva, pois descreve os processos de faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Individualizado (BPA-I) e de registro da produção assistencial do HFSE.

Para Vergara (2009, p.43) a pesquisa aplicada “é fundamentalmente motivada pela necessidade de resolver problemas concretos, mais imediatos, ou não”. Conforme afirma Gil (2002), a pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição de um fenômeno e a relação entre variáveis.

Quanto aos meios, a pesquisa é um estudo de caso do tipo único. Dentre os métodos de pesquisa existentes, o estudo de caso é recomendado e aplicado em pesquisas na área de ciências sociais aplicadas, quando se mostra necessária à realização de um estudo em profundidade sobre determinado evento, com a possibilidade de comparação com outros estudos realizados, simultaneamente ou não (YIN, 2010).

Nesse sentido, esta pesquisa visa identificar, selecionar e analisar os processos de trabalho que poderão contribuir para a melhoria da qualidade do faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para posterior desenvolvimento e implementação de melhorias.

Considerando a implementação das melhorias a pesquisa também pode ser classificada como “aplicada”.

## **4.2 Unidade de Análise e Período do Estudo**

A unidade de análise é o processo de faturamento do tipo BPA-C e BPA-I realizado pelo Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM) do HFSE.

O estudo foi baseado na análise dos processos de trabalho desenvolvidos pelo SERDEM no período entre janeiro a julho de 2015, com foco nos processos de faturamento ambulatorial e registro da produção assistencial.

## **4.3 Instrumentos de Coleta e Análise de Dados**

Tendo como base as estratégias de análise do estudo de caso propostas por Yin (2010), que tem como objetivo auxiliar no julgamento imparcial, na produção de conclusões robustas e eliminar interpretações alternativas, foram utilizados múltiplos instrumentos de coleta de dados e métodos complementares de análise.

Com o intuito de organizar o desenvolvimento desta pesquisa, serão descritos a seguir os instrumentos de coleta de dados e suas respectivas formas de análise.

### **a) Pesquisa Bibliográfica**

A pesquisa bibliográfica foi feita por meio de pesquisa em livros e nas bases de periódicos Scopus, Web of Science e SciELO com o objetivo de verificar os estudos já realizados e fundamentar a pesquisa.

### **b) Pesquisa Documental**

A pesquisa documental foi realizada em documentos internos do HFSE em busca de informações sobre os processos de faturamento ambulatorial e registro da produção assistencial.

Foram avaliados se estes processos estão mapeados e descritos, e, em caso afirmativo, a qualidade e a divulgação desses documentos. Também foram verificados os formulários utilizados para registro da produção assistencial para avaliar se estão de acordo com as informações necessárias ao faturamento e se há instruções normativas no hospital que regulamentem sua utilização.

Para o alcance dos objetivos específicos de identificar os processos que serão objeto deste estudo e selecionar aqueles que poderão contribuir para a melhoria da qualidade do faturamento hospitalar do HFSE, foi feita análise das informações recebidas pelo SERDEM enviadas pelos serviços assistenciais nos últimos dois anos. Foram avaliados a periodicidade do envio das informações e o formato da apresentação dos dados com o objetivo de avaliar a qualidade das informações recebidas pelo SERDEM, destacando os maiores entraves para o faturamento.

### **c) Descrição e Desenho dos Processos (Mapeamento)**

O mapeamento foi feito usando as informações coletadas por meio do formulário (ANEXO B) proposto por Valle *et al.* (2009), cujo preenchimento ocorreu a partir observação *in loco* das atividades desenvolvidas pelos profissionais que realizam o registro da produção assistencial e do faturamento dos tipos BPA-C e BPA-I. Este formulário tem como objetivo identificar, dentre outros fatores, o(s) responsável(is) pelo processo, o objetivo, escopo, fornecedores e clientes de cada processo.

Estas informações foram utilizadas para o desenho dos processos a serem estudados, visando registrar como são realizadas as atividades que compõem estes processos (*as is*). Para o desenho dos diagramas de processos de trabalho, foi utilizado o *software Bizagi Process Modeler*, cuja escolha ocorreu por estar baseada na notação BPMN, uma das técnicas mais utilizadas no mapeamento de processos, e por ser utilizado por alguns serviços no HFSE.

Os elementos de cada processo foram analisados em termos de redundância, agregação de valor e racionalização, com o intuito de identificar os fatores críticos de sucesso. Adicionalmente, com o intuito de realizar o estudo detalhado dos processos e subsidiar a formulação das recomendações de melhorias nos processos de trabalho do SERDEM, foram realizadas análises baseadas na metodologia de melhorias de processos proposta por Oliveira *et al.* (2012), formada pelas seguintes etapas:

- a) Análise funcional para avaliar se cada processo cumpre seus objetivos;
- b) Análise qualitativa para avaliar o desempenho de cada atividade que compõe o processo;
- c) Avaliação dos requisitos dos usuários do processo para avaliar se estão sendo consideradas as necessidades dos clientes e fornecedores do processo.

As propostas de melhorias foram elaboradas utilizando-se as ferramentas da qualidade 5W-1H e Matriz GUT.

#### **d) Aplicação de Questionário**

Com o objetivo de aprofundar a análise desta pesquisa, foi aplicado um questionário (APÊNDICE II) para identificar o perfil dos profissionais de nível superior da área assistencial que atuam no ambulatório do HFSE e sua percepção sobre os processos de registro da produção assistencial e de faturamento e sobre o suporte do SERDEM e da direção do HFSE para o desenvolvimento dessas atividades em seus serviços.

O questionário foi aplicado, mediante acordo prévio com cada participante, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I). O convite para a participação da pesquisa foi feito por meio de abordagem pessoal, com a apresentação da pesquisadora e da explicação do cunho científico e do objeto da pesquisa. O preenchimento do questionário ocorreu na presença da pesquisadora.

O questionário foi validado mediante aplicação a 10 profissionais, selecionados aleatoriamente, para assegurar que as questões formuladas possibilitariam a coleta das variáveis que se pretende medir e testar o vocabulário e o procedimento de aplicação.

Foi observado na questão 07 que alguns profissionais não conheciam a sigla SERDEM. Como a alteração do questionário exigiria uma nova submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Federal dos Servidores do Estado (CEP-HFSE) para retificação cujo prazo de resposta é de 30 dias, para não atrasar o andamento da pesquisa, optou-se por esclarecer aos participantes no momento da aplicação do questionário.

Os dados coletados com a aplicação do questionário foram lançados no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para cálculo dos respectivos percentuais das respostas e para a realização de testes estatísticos.

#### **4.3.1 Amostra de pesquisa**

Com o intuito de avaliar a percepção dos diferentes profissionais de nível superior que atuam na assistência ambulatorial sobre os processos de registro da produção assistencial e de faturamento e sobre o suporte do SERDEM e da direção do HFSE para o desenvolvimento

dessas atividades em seus serviços, foi utilizada uma amostra probabilística estratificada. A escolha deste método teve como objetivo garantir que todas as categorias profissionais da área assistencial que realizam atendimento ambulatorial respondessem o questionário.

Segundo Bolfarine e Bussab (2005) na amostragem estratificada a população é dividida em grupos (chamados estratos), segundo alguma característica conhecida na população sob estudo, e de cada um desses estratos são selecionados amostras. Malhotra (2006) acrescenta que esta técnica possibilita incluir todas as subpopulações importantes. Bolfarine e Bussab (2005) destacam que esta técnica é utilizada, principalmente para produzir estimativas para as subpopulações e para a população.

O critério utilizado para dividir a população em estratos foi o cargo que ocupam no HFSE. Para o cálculo do tamanho da amostra (n) foi considerado um erro amostral ( $\epsilon$ ) máximo de 0,05 e um nível de confiança ( $\gamma$ ) de 95%, considerando que a população segue uma distribuição normal.

O cálculo da amostra (n) foi realizado usando a fórmula:

$$n = \frac{1}{\frac{D}{\sigma_a^2} + \frac{1}{N}}$$

$$D = \left(\frac{B}{z_\alpha}\right)^2$$

n - Tamanho da Amostra

N - Tamanho da População

B - Erro Amostral Máximo (0,05)

z - Nível de Confiança → O valor tabelado para o grau de confiança de 95% é 1,96

$\sigma$  - Variância

Os resultados são apresentados no quadro 15.

Quadro 15: Amostra de Pesquisa

<b>Categoria Profissional</b>	<b>População</b>	<b>Amostra</b>
Assistente Social	34	8
Enfermeiro	456	103
Fisioterapeuta	16	4
Fonoaudiólogo	7	2
Médico	730	165
Nutricionista	29	7
Odontólogo	27	6
Psicólogo	12	3
Terapeuta Ocupacional	9	2
<b>Total</b>	<b>1.320</b>	<b>300</b>

Fonte: autoria própria (2015).

#### **4.3.2 Definição dos participantes: Critérios de inclusão e exclusão**

Os sujeitos desta pesquisa são os profissionais de nível superior da área assistencial do ambulatório do HFSE.

Foram convidados a responder o questionário os profissionais de nível superior da área assistencial que atuam no ambulatório do HFSE e que fossem servidores públicos de carreira. Não foram convidados a participar da pesquisa os profissionais que não se enquadraram neste perfil.

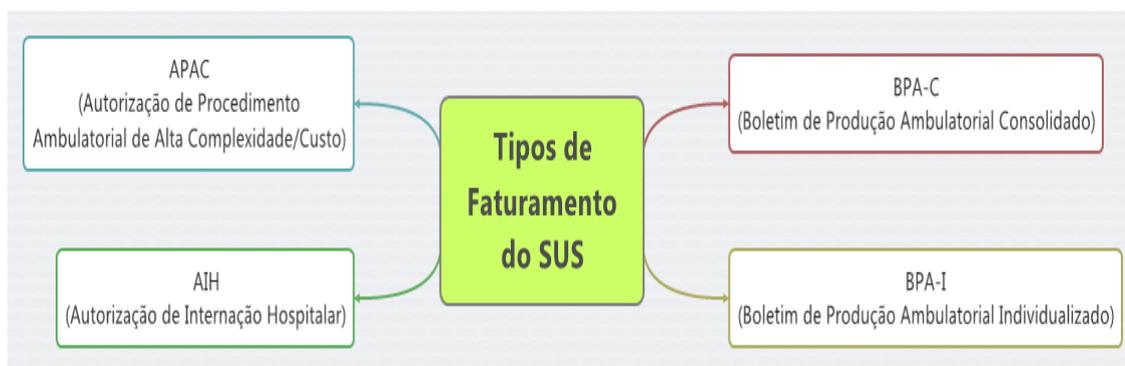
A escolha deste perfil de profissional ocorreu por serem profissionais de carreira do HFSE que realizam atendimento a pacientes e registram sua produção, o que é a base para o faturamento hospitalar. Não foram considerados os profissionais de nível superior da área assistencial que não atuem no ambulatório do HFSE e que não sejam servidores públicos federais de carreira, tais como profissionais com contrato temporário e da residência médica, devido o "curto" período que esses profissionais permanecem na organização.

#### 4.4 Delimitação do Estudo

Considerando a complexidade dos diferentes tipos de faturamento apresentados na figura 11, este estudo foi desenvolvido para o processo de maior abrangência na unidade que são os serviços prestados a nível ambulatorial e que independem que o hospital tenha habilitação para realizar o faturamento. As habilitações são concedidas pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo que para cada tipo de habilitação há uma Portaria do Ministério da Saúde que especifica as exigências que a unidade de saúde deve cumprir, distribuídas desde a organização do espaço físico até formação e qualificação das equipes técnicas.

Sendo assim, o objeto desse estudo são os processos de registro da produção assistencial que geram o processo de faturamento hospitalar do tipo BPA (BPA-C e BPA-I), a partir da classificação estabelecida pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).

Figura 11: Tipos de Faturamento



Fonte: autoria própria (2015).

#### 4.5 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi submetida, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Federal dos Servidores do Estado (CEP-HFSE), conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido aprovada com recomendação em 13 de julho de 2015, conforme parecer de número 1.151.701 apresentado no ANEXO A.

A aprovação com recomendação do CEP-HFSE foi para que no ato da aplicação do TCLE fosse explicado ao sujeito participante da pesquisa sobre a possibilidade de recusa de participação ou de recusa de resposta de alguma(s) questão(ões) e também sobre a possibilidade de retirada de seu consentimento em qualquer momento, mesmo após assinatura do termo.

#### **4.6 Resumo da Metodologia de Pesquisa**

O quadro 16 apresenta o resumo da metodologia de pesquisa para melhor visualização.

Quadro 16: Resumo da Metodologia da Pesquisa

Tipo de Pesquisa	Método de Pesquisa	Técnica de Coleta de Dados	Finalidade	Sujeitos Destinatários	Tratamento e Análise dos Dados
Qualitativa e Quantitativa	Estudo de Caso	Pesquisa Bibliográfica	- Fundamentar a pesquisa - Verificar os estudos já realizados	- Livros - Bases de periódicos	Levantamento Bibliométrico
		Pesquisa Documental	Identificar os entraves ao processo de faturamento ambulatorial	Documentos utilizados para registro da prestação de serviços no ambulatório do HFSE	- Análise dos formulários utilizados para registro da produção ambulatorial - Análise das informações recebidas para faturamento (Periodicidade e formato do envio)
				Documentos produzidos pelo SERDEM	Análise do resultado do processamento do faturamento ambulatorial
		Mapeamento de Processos	- Desenhar os processos de faturamento do tipo BPA-C e BPA-I usando a técnica "as is" - Compreender as limitações para melhoria do faturamento hospitalar - Identificar o grau de comprometimento dos profissionais da área assistencial e do SERDEM com a melhoria do faturamento hospitalar	Faturamento ambulatorial do HFSE	- Desenho dos processos no software <i>Bizagi Process Modeler</i> - Os processos serão analisados sob as perspectivas funcional, qualitativa e dos requisitos dos usuários para a identificação das necessidades de melhorias nos processos de registro da produção assistencial e faturamento
Aplicação de Questionário	- Identificar o perfil dos profissionais da área assistencial do ambulatório do HFSE - Identificar a percepção desses profissionais sobre os processos de registro da produção assistencial e de faturamento e sobre o suporte do SERDEM e do HFSE para o desenvolvimento dessas atividades nos serviços em que atuam	A amostra é formada por 300 profissionais de nível superior que atuam na área assistencial do ambulatório do HFSE	Digitação dos dados e realização dos cálculos estatísticos no software <i>Statistical Package for Social Sciences</i> (SPSS) para a identificação das necessidades de melhorias nos processos de registro da produção assistencial e faturamento		

Fonte: autoria própria (2015).

## **5 COLETA E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Esta seção apresenta a coleta de dados e a análise dos resultados. Seu conteúdo está dividido em três etapas: coleta e análise dos dados qualitativos, coleta e análise dos dados quantitativos e implantação das recomendações de melhorias.

### **5.1 Coleta e Análise dos Dados Qualitativos**

A coleta de dados teve início com a pesquisa realizada em documentos internos do SERDEM em busca de informações que contribuíssem para a melhor compreensão e análise dos processos de registro da produção assistencial e faturamento ambulatorial.

Primeiramente verificou-se se o processo de faturamento ambulatorial estava mapeado e descrito. Foi identificado que há um documento denominado, internamente, de Procedimento Operacional Padrão (POP) para faturamento ambulatorial, elaborado por um dos servidores do SERDEM como meta da avaliação de desempenho individual.

A análise do POP evidenciou que apesar da preocupação da chefia do SERDEM em ter os processos escritos e disponíveis em rede para acesso de toda a equipe, o documento foi redigido de forma tão sucinta que o usuário não consegue compreender claramente como executar sozinho o processo de faturamento. É possível que a falta de qualificação do servidor que elaborou o documento na área de processos organizacionais, assim como a ausência de um setor ou serviço no HFSE que oriente e regulamente a elaboração deste tipo de documento, contribuíram para a baixa qualidade técnica do mesmo.

Posteriormente, foram realizados os mapeamentos dos processos de registro da produção assistencial e de faturamento ambulatorial dos tipos BPA-C e BPA-I *as is*, ou seja, a forma como estão sendo executados. Esta etapa foi de grande importância para a pesquisa, pois auxiliou não apenas na compreensão de como os processos são executados e a responsabilidade de todos os atores envolvidos, mas, principalmente, orientou a realização da pesquisa documental direcionando a coleta dos documentos a serem analisados nas diferentes atividades que compõem os processos.

O mapeamento dos processos exigiu cautela da pesquisadora já que o faturamento dos tipos BPA-C e BPA-I são realizados por uma única funcionária, terceirizada, há pelo menos 6

anos. Foi possível observar a ausência de embasamento técnico e, em alguns momentos, o receio em divulgar informações, sempre que a funcionária era questionada a explicar e/ou justificar algumas de suas rotinas. Alguns fatores observados e que justificam este comportamento são o nível de escolaridade, a falta de capacitação regular para exercício das atividades, a ocupação de um cargo terceirizado e, principalmente, o receio de deixar de indispensável para o grupo, já que não há funcionário algum treinado para exercer as atividades pelas quais ela é responsável. Frases como "sempre foi assim" e "foi assim que me ensinaram fazer", externadas pela funcionária terceirizada, representam claramente a falta de compreensão e clareza na execução de suas atividades, assim como a postura defensiva.

Os fluxogramas resultantes do mapeamento dos processos de registro da produção assistencial e faturamento ambulatorial dos tipos BPA-C e BPA-I são apresentados, respectivamente, no apêndice III, IV e V.

A análise dos processos visou avaliar o desempenho de cada atividade que os compõem, o que possibilitou a identificação de pontos críticos e de oportunidades de melhorias. Cabe destacar que estas análises foram realizadas em paralelo com a análise dos formulários utilizados no ambulatório para registro da produção assistencial e com a análise das informações recebidas e faturadas nos últimos dois anos detalhadas, respectivamente, nos itens 5.1.1, 5.1.2 e 5.1.3.

Os resultados das análises das diferentes atividades que compõem o processo de registro da produção assistencial estão detalhados no quadro 17.

Quadro 17: Análise do Processo de Registro da Produção Assistencial (*as is*)

(continua)

<b>Análise do Processo de Registro da Produção Assistencial (<i>as is</i>)</b>			
<b>Atividade</b>	<b>Responsável</b>	<b>Ponto Crítico</b>	<b>Oportunidade de Melhoria</b>
<b>Registrar a produção diária</b>	Profissionais da Área Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os formulários utilizados no ambulatório do HFSE não apresentam códigos de procedimentos e CBO atualizados;</li> <li>- Os formulários não apresentam as informações necessárias para o faturamento dos procedimentos classificados como BPA-I;</li> <li>- Preenchimento incompleto dos formulários pelos profissionais que realizam o atendimento<sup>13</sup>;</li> <li>- Os formulários não permitem diferenciar a produção dos profissionais de nível superior e de nível médio, em especial para as categorias de auxiliar de enfermagem e Enfermeiros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão/Atualização dos formulários utilizados no ambulatório;</li> <li>- Criação de formulários que diferenciem os procedimentos que devem ser faturados como BPA-C e BPA-I;</li> <li>- Treinamento dos profissionais da área assistencial;</li> <li>- Criação de formulário específico para registro das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Enfermagem.</li> </ul>
<b>Digitar a produção do profissional</b>	Setor de Produção e Impressos	- Como a entrega dos formulários é permitida até às 12:00 horas do primeiro dia útil do mês subsequente, a digitação dos dados nem sempre é concluída em tempo hábil para o faturamento integral dos serviços prestados <sup>14</sup> .	- Aumento do número de digitadores e/ou aumento da carga horária dos profissionais do setor nos três últimos dias do mês.

<sup>13</sup> Na maioria dos formulários pesquisados não estava preenchida a idade do paciente que é uma das informações indispensáveis para o faturamento.

<sup>14</sup> O faturamento deve ser enviado para a Secretaria Municipal de Saúde até o terceiro dia útil do mês subsequente.

<b>Análise do Processo de Registro da Produção Assistencial (as is)</b>			
<b>Atividade</b>	<b>Responsável</b>	<b>Ponto Crítico</b>	<b>Oportunidade de Melhoria</b>
<b>Digitar os exames</b>	Setor de Estatística Médica	- As planilhas eletrônicas utilizadas para registro da produção por serviço apresentam códigos desatualizados e incluem diversas abas com vínculos para cálculo dos dados bimestrais, trimestrais, semestrais, o que as tornam lentas. Elas não permitem identificar os procedimentos que não são ou não estão sendo realizados no hospital e também a consolidação rápida dos procedimentos de enfermagem, uma vez que os dados são registrados por serviço.	- Revisão das planilhas eletrônicas: Atualização dos códigos de procedimentos; inclusão de campo para sinalizar os procedimentos que não estão sendo realizados e o motivo; - Criação de planilha específica para registro das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Enfermagem.
<b>Arquivar os formulários</b>	Setor de Estatística Médica	- Guarda dos formulários de registro da produção assistencial em local inapropriado. Os documentos são arquivados em uma sala com baixa iluminação, no chão junto a outros documentos, o que dificulta qualquer busca futura.	- Arquivamento em caixa box, indicando o mês e ano dos atendimentos, assim como se o serviço é clínico ou cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Em relação a análise dos processos de faturamento ambulatorial do tipo BPA-C e BPA-I, foi observado que estes processos são padronizados, ou seja, seguem etapas predeterminadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o processamento das informações e que os pontos críticos identificados estão relacionados com a captação dos dados (o registro da produção assistencial) e a sua formatação para o faturamento (inserção manual no sistema). Desta forma, é possível afirmar que a melhoria do faturamento do HFSE depende do empenho no aperfeiçoamento da coleta e tratamento dos dados.

### **5.1.1 Análise dos formulários de registro da produção assistencial**

Os principais formulários utilizados no ambulatório para registro da produção assistencial são o mapa de consultas ambulatoriais (ANEXO C), o mapa de consultas ambulatoriais do Serviço de Oftalmologia (ANEXO D) e a folha denominada SERDEM, utilizada para o registro dos atendimentos de enfermagem (ANEXO E).

Foi possível observar que os códigos de procedimentos e dos profissionais (CBO) impressos nos formulários não correspondem aos códigos da tabela SIGTAP, que define as formas de faturamento por procedimento, conforme a classificação brasileira de ocupações, em vigor e que as últimas atualizações ocorreram entre 2011 e 2012. É possível supor que, apesar do setor de gráfica do HFSE possuir uma equipe responsável por padronizar os impressos utilizados no hospital, não há uma preocupação institucional com a atualização periódica dos documentos.

Outro fator a ser destacado é que o mesmo formulário é utilizado tanto para o registro de consultas quanto para o registro de exames e/ou procedimentos. Esta prática prejudica o faturamento dos procedimentos classificados pelo Ministério da Saúde como BPA-I, pois estes requerem informações detalhadas do paciente atendido. Desta forma é possível evidenciar que não há um alinhamento institucional para que os formulários atendam as necessidades de faturamento, já que não é exigido um parecer do SERDEM para as requisições de novo formulário ou para a reformulação dos já existentes.

### **5.1.2 Análise das informações recebidas**

As informações recebidas mensalmente pelo SERDEM são os atendimentos ambulatoriais (cerca de 18.000 consultas por mês), a produção de cada Serviço Médico (que varia de acordo com as características Serviço Médico) e as cirurgias realizadas (cerca de 850 cirurgias por mês) As principais características dessas informações são apresentadas no quadro 18.

Quadro 18: Informações Recebidas pelo SERDEM

<b>Documento</b>	<b>Formato</b>	<b>Informação Contida</b>	<b>Responsável pelo Envio</b>
<b>Atendimento ambulatorial</b>	Planilha Eletrônica	- Consultas - Exames - Medicamentos administrados	Setor de Produção e Impressos – Ambulatório HFSE
<b>Produção do Serviço Médico</b>	Papel	- Procedimentos médicos - Procedimentos de enfermagem	Chefia do Serviço Médico
<b>Cirurgias Realizadas</b>	Planilha Eletrônica	- Cirurgias ambulatoriais realizadas	Serviço de Informática

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Foi observado que as informações do atendimento ambulatorial (consultas e alguns exames) e das cirurgias realizadas são recebidas em formato adequado para o faturamento, porém nem sempre em tempo hábil para o processamento no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

No caso das informações de atendimento ambulatorial, como a entrega dos formulários utilizados para registro da produção assistencial é permitida até às 12:00 horas do primeiro dia útil do mês subsequente, a digitação dos dados, nem sempre é concluída em tempo hábil para o faturamento integral dos serviços prestados. O mesmo é verificado com as cirurgias realizadas que dependem da baixa no sistema Hospub pelas secretárias de serviço.

A produção do Serviço Médico é, constantemente, recebida com atraso e há alguns Serviços Médicos que não são entregam a meses.

### 5.1.3 Análise das informações faturadas

Esta etapa teve como objetivo verificar se todas as informações recebidas estavam sendo processadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e a qualidade do processamento. As informações foram extraídas do site

<http://tabnet.rio.rj.gov.br/> acessando a opção Produção Ambulatorial SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais e selecionado o período de janeiro de 2014 a setembro de 2015.

Foram examinados os códigos e valores faturados, assim como a periodicidade do processamento das informações, cruzando-os com as informações recebidas. Devido ao grande número de procedimentos realizados no HFSE (cerca de 500 procedimentos a nível ambulatorial), são apresentados nos quadros 19 e 20 os principais erros identificados na análise dos faturamentos do tipo BPA-C e BPA-I. A análise integral dos procedimentos foi entregue à chefia do SERDEM.

Quadro 19: Análise do Resultado do Faturamento do tipo BPA-C

(continua)

PROCEDIMENTO	2014			2015								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
0201010410 BIOPSIA DE PROSTATA	18	0	19	3	0	0	2	8	10	0	7	12
0201010470 BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	0	0	0	0	0	3128	1452	1590	0	0	1582	1576
0211050083 ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG)	0	0	0	0	0	34	33	49	0	57	48	37
0211070033 AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	0	0	0	0	50	179	0	0	0	0	0	160
0211070041 AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	0	0	0	0	50	179	0	0	0	0	0	160
0211070211 LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	0	0	0	0	50	179	0	0	0	0	0	160
0211080080 TESTE DA CAMINHADA DE 6 MINUTOS	0	0	0	0	0	28	0	0	0	0	0	0
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO BASICA (EXCETO MEDICO)	1576	1083	970	913	578	1039	816	826	1029	0	716	736
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)	1964	1823	1254	1185	830	2219	1746	1510	1733	0	1456	1363

(conclusão)

PROCEDIMENTO	2014			2015								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
0301010056 CONSULTA MEDICA EM SAUDE DO TRABALHADOR	160	0	48	19	31	89	83	57	94	87	55	60
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	1947	1618	2049	976	772	1602	1417	1199	1920	1506	1640	1405
0301010080 CONSULTA P/ ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PUERICULTURA)	191	234	296	167	137	150	117	151	180	234	197	119
0301010110 CONSULTA PRE-NATAL	419	373	478	294	504	95	23	296	448	443	391	493
0301010153 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMATICA	665	570	415	383	303	687	471	750	594	0	638	416
0301040010 ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO E FORNECIMENTO DO DIAFRAGMA UTERINO	240	120	110	295	503	100	966	92	0	0	190	202
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
0301100020 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIENTE)	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0
0301100039 AFERICAO DE PRESSAO ARTERIAL	126	1207	319	365	349	2332	918	482	858	969	1373	820
0303050020 EXERCICIOS ORTOPTICOS	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Quadro 20: Análise do Resultado do Faturamento do tipo BPA-I

PROCEDIMENTO	2014			2015								
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
0201010470 BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	0	0	0	7	0	0	8	11	4	4	10	9
0203010019 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	116	97	62	88	0	0	1	75	79	130	71	121
0204030030 MAMOGRAFIA	46	10	18	11	0	0	9	122	0	33	110	92
0204030188 MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	156	126	66	6	0	0	21	184	0	113	223	237
0405030053 INJECAO INTRA-VITREO	31	82	38	8	0	80	9	92	112	0	207	125
0417010060 SEDACAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Legenda
Procedimento não realizado no HFSE
A quantidade faturada difere da quantidade de serviços prestados
Procedimento não faturado mensalmente
Faturado como BPA-C / BPA-I
Utilização de código de procedimento indevido
Faturamento idêntico

Como é possível observar, há erros de codificação dos procedimentos, ou seja, não estão sendo utilizados os códigos corretos, divergências entre os valores recebidos e processados, não faturamento de informações recebidas, dentre outros.

Este resultado exigiu o desenvolvimento de ações imediatas para solução dos problemas identificados, a fim de reduzir a vulnerabilidade do hospital perante o Ministério da Saúde, as auditorias dos órgãos de controle e a população em geral, já que as informações são disponibilizadas em página eletrônica.

Para auxiliar a priorização dos problemas, foi utilizada a matriz de gravidade, urgência e tendência (GUT), cujo resultado é apresentado no quadro 21.

Quadro 21: Matriz GUT

PROBLEMA	G	U	T	GUT	SEQUENCIA DE ATIVIDADES
	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA		
Procedimento não faturado mensalmente	5	5	4	100	2°
Utilização de código de procedimento indevido	5	5	5	125	1°
A quantidade faturada difere da quantidade de serviços prestados	5	5	5	125	1°
Faturado como BPA-C / BPA-I	2	3	2	12	3°
Faturamento idêntico	2	3	2	12	3°
Procedimento não realizado no HFSE	2	3	1	6	4°

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

## 5.2 Coleta e Análise dos Dados Quantitativos

O questionário de pesquisa foi aplicado no período de setembro a novembro de 2015. Participaram da pesquisa 112 profissionais de diferentes áreas assistenciais, conforme apresentado no quadro 22.

Quadro 22: Participantes da Pesquisa

<b>Categoria Profissional</b>	<b>População</b>	<b>Amostra</b>	<b>Participantes da Pesquisa</b>	<b>Observação</b>
Assistente Social	34	8	5	
Enfermeiro	456	103	37	
Fisioterapeuta	16	4	0	Esta categoria não realiza atendimento ambulatorial
Fonoaudiólogo	7	2	2	
Médico	730	165	53	
Nutricionista	29	7	5	5 profissionais atuam no ambulatório do HFSE
Odontólogo	27	6	6	
Psicólogo	12	3	2	
Terapeuta Ocupacional	9	2	2	
<b>Total</b>	<b>1.320</b>	<b>300</b>	<b>112</b>	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Como é possível observar no quadro 22, a amostra de pesquisa não foi atingida para os profissionais de enfermagem, fisioterapia, medicina e nutrição por diferentes razões. O serviço de fisioterapia realiza atendimento apenas aos pacientes internados e, por isso, não possui profissionais atuando no ambulatório. No serviço de nutrição há 5 profissionais realizando atendimentos ambulatoriais, estando os demais atuando em outras áreas da assistência hospitalar como enfermarias, unidade de cuidados intermediários, centro de terapia intensiva (CTI), dentre outras.

No caso dos médicos e enfermeiros, as amostras de pesquisa não foram atingidas em virtude das características da atuação desses profissionais. As atividades dos médicos e enfermeiros são distribuídas, de um modo geral, entre ambulatório, enfermaria e centro cirúrgico. No caso dos médicos, incluem-se as atividades de ensino, onde atuam ministrando aulas e/ou realizando preceptoria dos residentes. Isso dificultou a localização dos profissionais

que, em sua maioria, trabalham em escala, e exigiram que a pesquisadora entrasse em contato, primeiramente, com as secretárias dos serviços para criar um "cronograma de abordagem" aos profissionais e convidá-los a participarem da pesquisa.

Mesmo de posse do "cronograma", nem sempre era possível abordar os profissionais que, na maioria das vezes, estavam sobrecarregados com o atendimento e requisitavam o retorno em outra data e/ou horário. As abordagens dos médicos foram feitas no ambulatório e nas enfermarias, o que não reduziu as dificuldades para a participação desses profissionais.

Esses fatores contribuíram para que a aplicação dos questionários tivesse uma duração maior do que a prevista no cronograma inicial de pesquisa (cerca de 40 dias).

A taxa de adesão à pesquisa foi de 85% dos profissionais abordados. Cabe destacar que alguns profissionais, ao serem convidados a responder o questionário, se recusaram a participar por julgar que poderiam induzir a pesquisa por terem exercido anteriormente cargo de chefia ou por considerarem que a pessoa mais indicada a responder era o/a chefe de serviço. O quadro 23 apresenta o quantitativo de profissionais que recusaram a responder o questionário por categoria profissional.

Quadro 23: Recusa em Participar da Pesquisa por Categoria Profissional

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Amostra</b>	<b>Participantes da Pesquisa</b>	<b>Recusa</b>
Assistente Social	8	5	2
Enfermeiro	103	37	1
Fisioterapeuta	4	0	0
Fonoaudiólogo	2	2	0
Médico	165	53	15
Nutricionista	7	5	0
Odontólogo	6	6	0
Psicólogo	3	2	2
Terapeuta Ocupacional	2	2	0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>112</b>	<b>20</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Para a melhor compreensão dos resultados quantitativos, as análises foram divididas em quatro etapas: análise de confiabilidade, análise da normalidade dos dados, análise descritiva e tabulações cruzadas. Foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para a realização dos cálculos necessários.

Cabe destacar que, apesar de ter sido utilizada a amostragem estratificada para garantir a aplicação dos questionários às diversas categorias profissionais que atuam no ambulatório do HFSE, não serão apresentadas inferências estratificadas, uma vez que não foram atingidas as amostras de pesquisa para todas as categorias profissionais.

### **5.2.1 Análise de confiabilidade**

Para determinar a confiabilidade do questionário utilizado na pesquisa, foi utilizado o coeficiente *Alfa de Cronbach* que de acordo com Freitas e Rodrigues (2005), é um dos procedimentos estatísticos mais utilizados para calcular a confiabilidade da consistência interna das respostas do questionário.

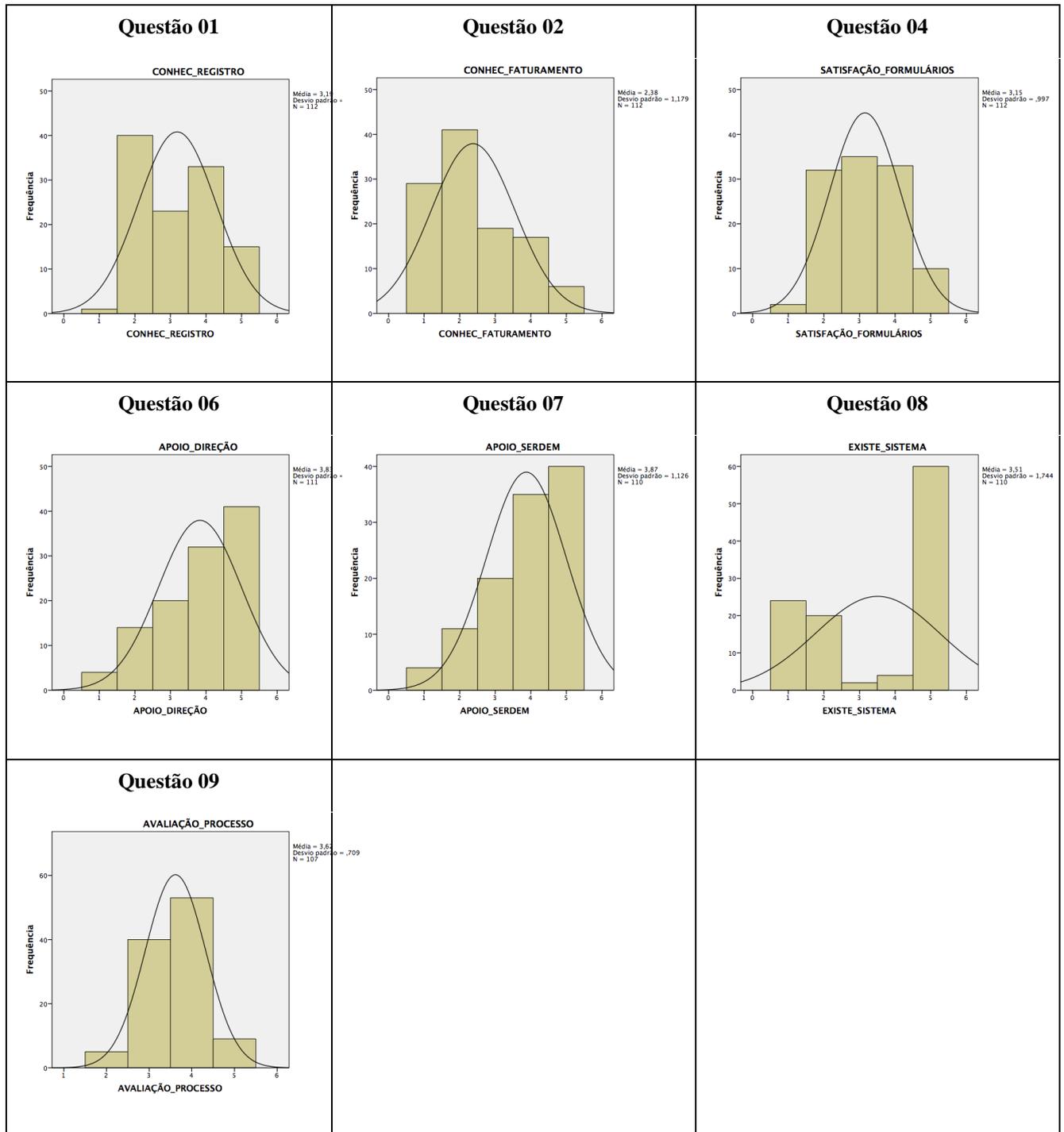
O valor do coeficiente *Alfa de Cronbach* para todas as questões em conjunto foi de 0,73, resultado considerado satisfatório, pois segundo Malhotra (2006) valores menores ou iguais a 0,6, geralmente indicam confiabilidade de consistência interna insatisfatória.

### **5.2.2 Análise da normalidade dos dados**

Considerando que a amostra de pesquisa não foi atingida para as categorias de médicos e enfermeiros, foi analisada a distribuição dos dados com o intuito de verificar se os dados coletados apresentavam distribuição normal em relação à média das respostas, pois de acordo com o Teorema do Limite Central, amostras de 30 ou mais participantes que apresentam distribuição normal permitem a realização de inferências sobre uma população (STEVENSON, 1981).

A verificação da normalidade foi feita, inicialmente, por inspeção visual do histograma, cuja forma para a distribuição normal deve aproximar-se de um sino. O histograma e as curvas de distribuição normal são apresentadas no quadro 24.

Quadro 24: Histogramas e Curvas de Distribuição Normal

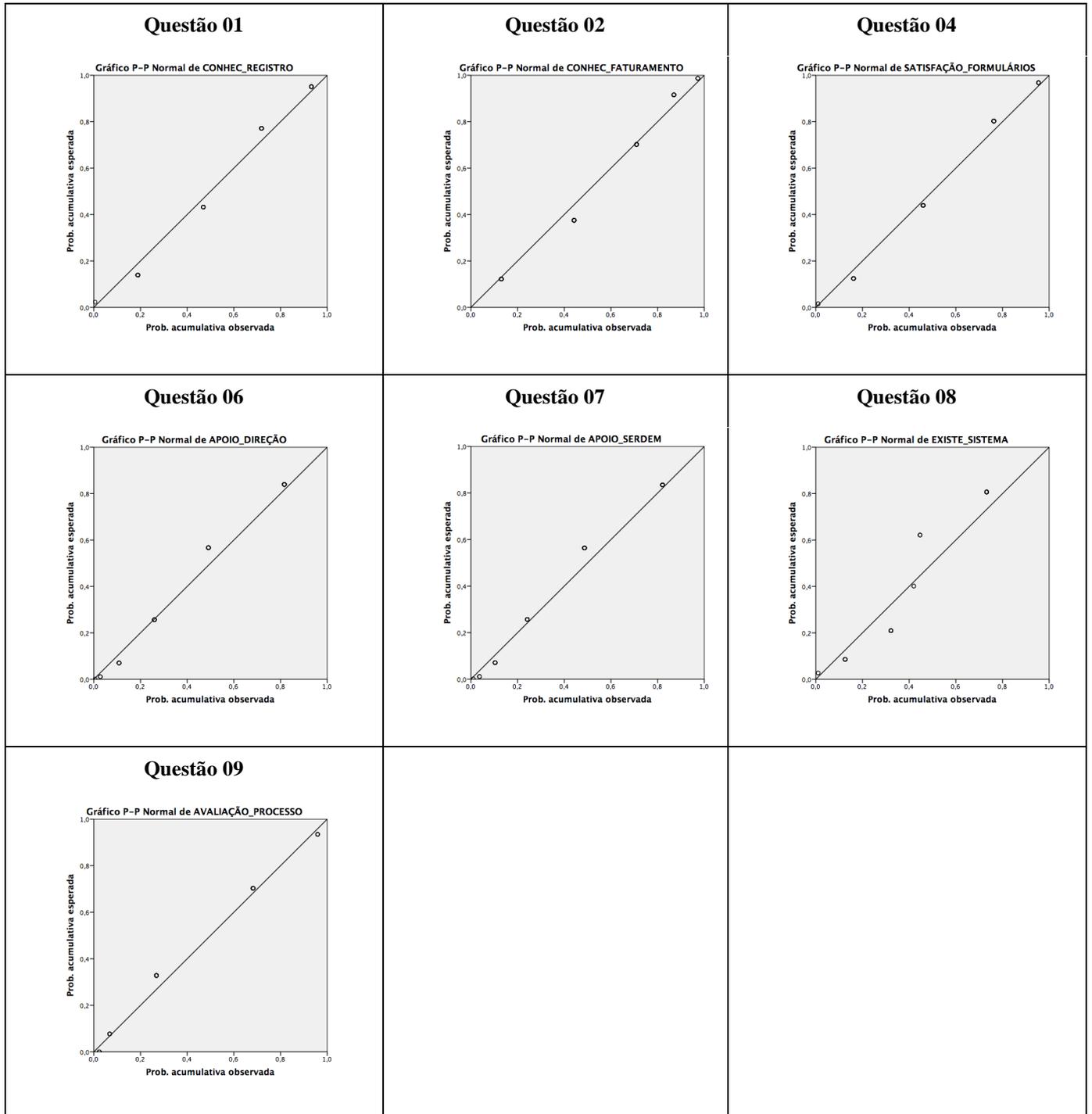


Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Como é possível observar, exceto a questão 08, todas as demais sugerem que os dados apresentam distribuição normal.

Também foram analisados os gráficos de probabilidade normal (quadro 25). Com exceção da oitava questão, todas as demais apresentam pontos distribuídos em torno da reta, o que também indica a possibilidade dos dados estarem normalmente distribuídos.

Quadro 25: Gráficos de Probabilidade Normal



Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Os resultados descritivos por questão são apresentados no quadro 26.

Quadro 26: Resultados Descritivos por Questão

Questão	Média	Mediana	Variância	Desvio Padrão
1. Qual o seu conhecimento sobre o registro da produção assistencial em hospitais públicos?	3,21	3,00	1,244	1,115
2. Qual o seu conhecimento sobre a importância do faturamento hospitalar para a gestão dos hospitais públicos?	2,41	2,00	1,398	1,182
3. Você utiliza a tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS) para a codificação dos serviços prestados?	1,74	2,00	0,193	0,439
4. Qual a sua satisfação referente aos formulários fornecidos pelo HFSE para o registro da produção assistencial no HFSE?	3,19	3,00	1,002	1,001
5. Você recebeu treinamento para preencher os formulários fornecidos pelo HFSE para registro da produção assistencial do HFSE?	1,90	2,00	0,095	0,308
6. Qual o nível do apoio proporcionado pela Direção do HFSE no processo de melhoria do registro da produção assistencial?	3,84	4,00	1,387	1,178
7. Qual o nível do apoio proporcionado pelo SERDEM no processo de melhoria do registro da produção assistencial?	3,87	4,00	1,309	1,144
8. Existem sistemas de registro e mecanismos de controle da informação no HFSE?	3,53	5,00	3,040	1,743
9. Qual avaliação você daria hoje para os processos utilizados no HFSE nas atividades de registro da prestação de serviços?	3,63	4,00	0,505	0,711

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Para confirmar estatisticamente a normalidade dos dados, foram realizados os testes de Shapiro-Wilks (S-W) e Kolmogorov-Smirnov (K-S). Estes testes foram selecionados, pois de acordo com Hair Jr. *et al.* (2009) são os dois mais comuns e por estarem disponíveis no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

Conforme observado no quadro 27, os testes indicaram que os dados não apresentam distribuição normal.

Quadro 27: Testes de Normalidade

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
CONHEC_REGISTRO	0,232	105	0,000	0,853	105	0,000
CONHEC_FATURAMENTO	0,245	105	0,000	0,878	105	0,000
UTILIZA_SIGTAP	0,464	105	0,000	0,544	105	0,000
SATISFAÇÃO_FORMULÁRIOS	0,191	105	0,000	0,895	105	0,000
TREINAMENTO	0,528	105	0,000	0,352	105	0,000
APOIO_DIREÇÃO	0,231	105	0,000	0,841	105	0,000
APOIO_SERDEM	0,223	105	0,000	0,844	105	0,000
EXISTE_SISTEMA	0,352	105	0,000	0,711	105	0,000
AVALIAÇÃO_PROCESSO	0,290	105	0,000	0,831	105	0,000

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Como os resultados obtidos não permitiram garantir que a distribuição é normal, não foram realizados os testes paramétricos, pois de acordo com VIEIRA e RIBAS (2011) as quatro hipóteses fundamentais para a realização de testes paramétricos são dados com distribuição normal, mesma variância entre os dados das diferentes variáveis (variância homogênea), dados métricos e dados independentes, ou seja, o comportamento de determinado participante não exerce influência sobre o comportamento de outro.

### 5.2.3 Análise descritiva

A amostra pesquisada foi composta de 112 profissionais, a maioria do sexo feminino (65%). Do grupo estudado, apenas 19% tem mestrado e 5% doutorado. Observou-se, ainda, que 50% da amostra têm entre 5 a 10 anos de atuação no HFSE, enquanto 29% atuam a mais de 26 anos.

Os resultados das características sócios demográficas estão detalhados nas tabelas 01 e 02.

Tabela 1: Formação Profissional

Formação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Graduação	13	6	<b>19 (17%)</b>
Especialista	44	19	<b>63 (56%)</b>
Mestre	12	9	<b>21 (19%)</b>
Doutor	2	4	<b>6 (5%)</b>
Não informado	2	1	<b>3 (3%)</b>
<b>Total</b>	<b>73 (65%)</b>	<b>39 (35%)</b>	<b>112</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Tabela 2: Tempo de Serviço no HFSE

Tempo de Serviço no HFSE	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
1 – 5 anos	4	7	<b>11 (10%)</b>
5 – 10 anos	42	14	<b>56 (50%)</b>
11 – 15 anos	3	3	<b>6 (5%)</b>
16 – 20 anos	2	0	<b>2 (2%)</b>
21 – 25 anos	2	1	<b>3 (3%)</b>
Acima de 26 anos	18	14	<b>32 (29%)</b>
Não informado	2	0	<b>2 (2%)</b>
<b>Total</b>	<b>73 (65%)</b>	<b>39 (35%)</b>	<b>112</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Inicialmente foram analisadas as frequências das respostas para cada questão que compõe o questionário, com o intuito de identificar a percepção geral dos profissionais sobre os processos de registro da produção assistencial e faturamento hospitalar.

Cabe destacar que todos os questionários foram considerados válidos para análise dos resultados da pesquisa, ou seja, não foram excluídos os questionários dos participantes que se recusaram a responder alguma questão. Desta forma, o resultado de algumas questões apresentadas a seguir, indicam o número de ausentes e o percentual das respostas válidas.

Na primeira questão foi possível identificar que 42,9% dos profissionais afirmam que

seu conhecimento sobre o registro da produção assistencial em hospitais públicos é pouco ou nenhum. No entanto, 35,7% consideram seu conhecimento razoável. O resultado indica que não há um consenso sobre o assunto entre os participantes, mas considerando a importância do registro para a gestão clínica e administrativa dos hospitais, propõe-se a adoção de iniciativas que capacitem os profissionais sobre o assunto.

Tabela 3: Resultados Questão 01

<b>QUESTÃO 01: Qual o seu conhecimento sobre o registro da produção assistencial em hospitais públicos?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Muito	1	0,9	0,9
Razoável	40	35,7	35,7
Relativo	23	20,5	20,5
Pouco	33	29,5	29,5
Nenhum	15	13,4	13,4
Total	112	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

No entanto, 62,5% consideram que o seu conhecimento é muito ou razoável sobre a importância do faturamento hospitalar para a gestão dos hospitais públicos. Esse resultado se analisado em conjunto com a questão 01, sugere que a maioria dos profissionais sabe da importância do faturamento, mas não tem clareza de como deve ocorrer o processo na prática.

Tabela 4: Resultados Questão 02

<b>QUESTÃO 02: Qual o seu conhecimento sobre a importância do faturamento hospitalar para a gestão dos hospitais públicos?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Muito	29	25,9	25,9
Razoável	41	36,6	36,6
Relativo	19	17,0	17,0
Pouco	17	15,2	15,2
Nenhum	6	5,4	5,4
Total	112	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Um resultado que chama a atenção na pesquisa é que 75,9% dos participantes afirmam que não utilizam a tabela SIGTAP para a codificação dos serviços prestados, o que indica que não está sendo feita a codificação correta dos procedimentos. Desta forma, é possível evidenciar que há serviços prestados que não estão sendo codificados e, portanto, não incluídos no faturamento, e que alguns procedimentos não codificados corretamente induzem o faturista ao erro, como observado no quadro 19 para o procedimento de audiometria.

Esse resultado também indica a necessidade imediata de treinamento dos profissionais, em virtude da necessidade da codificação correta dos procedimentos ser a base fundamental para o correto faturamento.

Um dado interessante é que alguns médicos, durante a aplicação do questionário, informaram que a resposta era "sim" para a questão 03, mas que quem transcrevia os códigos era a secretária, o que também pode ocasionar erros por transcrição.

Tabela 5: Resultados Questão 03

<b>QUESTÃO 03: Você utiliza a tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS) para a codificação dos serviços prestados?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Sim	27	24,1	24,1
Não	85	75,9	75,9
Total	112	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Em relação aos formulários fornecidos pelo HFSE para registro da produção assistencial, parece não haver um consenso entre os participantes. 38,4% afirmam que sua satisfação é pouco ou nenhuma enquanto que 30,4% dos profissionais afirmam que estão muito satisfeitos ou satisfeitos.

A satisfação dos profissionais é discutível, pois considerando a análise qualitativa dos formulários apresentada no item 5.1.1, é possível inferir que os participantes que afirmam estar muito satisfeito ou satisfeito com os formulários desconhecem os códigos vigentes na tabela SIGTAP, assim como a forma correta de registro da informação para faturamento.

Tabela 6: Resultados Questão 04

<b>QUESTÃO 04: Qual a sua satisfação referente aos formulários fornecidos pelo HFSE para o registro da produção assistencial no HFSE?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Muito satisfeito	2	1,8	1,8
Satisfeito	32	28,6	28,6
Relativo	35	31,3	31,3
Pouco satisfeito	33	29,5	29,5
Nenhuma satisfação	10	8,9	8,9
Total	112	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

A necessidade de treinamento verificada em diversas etapas da pesquisa é comprovada pela questão 05, onde 89,3% dos participantes afirmam que não receberam treinamento para preencher os formulários fornecidos pelo hospital para registro da produção assistencial.

No entanto, alguns profissionais, durante a aplicação do questionário, afirmaram que estavam assinalando "sim", pois receberam treinamento da chefia imediata ou de um colega mais antigo para preencher os formulários.

Tabela 7: Resultados Questão 05

<b>QUESTÃO 05: Você recebeu treinamento para preencher os formulários fornecidos pelo HFSE para registro da produção assistencial do HFSE?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Sim	12	10,7	10,7
Não	100	89,3	89,3
Total	112	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Em relação ao apoio institucional, 65,2% e 67% dos profissionais pesquisados classificaram como pouco ou nenhum o apoio proporcionado, respectivamente, pela Direção e pelo SERDEM no processo de melhoria do registro da produção assistencial. Este dado demonstra que os profissionais não percebem iniciativas institucionais para a melhoria do registro da produção assistencial e do faturamento.

Tabela 8: Resultados Questão 06

<b>QUESTÃO 06: Qual o nível do apoio proporcionado pela Direção do HFSE no processo de melhoria do registro da produção assistencial?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Muito	4	3,6	3,6
Razoável	14	12,5	12,6
Relativo	20	17,9	18,0
Pouco	32	28,6	28,8
Nenhum	41	36,6	36,9
Total	111	99,1	100,0
Não Responderam	1	0,9	
Total	112	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Tabela 9: Resultados Questão 07

<b>QUESTÃO 07: Qual o nível do apoio proporcionado pelo SERDEM no processo de melhoria do registro da produção assistencial?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Muito	4	3,6	3,6
Razoável	11	9,8	10,0
Relativo	20	17,9	18,2
Pouco	35	31,3	31,8
Nenhum	40	35,7	36,4
Total	110	98,2	100,0
Não Responderam	2	1,8	
Total	112	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Outro dado que merece atenção é que 53,6% dos profissionais afirmaram que desconhecem sistemas de registro e mecanismos de controle da informação no HFSE, enquanto 17,9% afirmam que existem, mas não estão disponíveis nos setores. Este resultado é justificável, se considerado que o foco da maioria dos profissionais que atuam na área assistencial é o cuidado do paciente e não os resultados estatísticos alcançados pelo serviço em atuação.

Tabela 10: Resultados Questão 08

<b>QUESTÃO 08: Existem sistemas de registro e mecanismos de controle da informação no HFSE?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Existem e estão disponíveis nos setores	24	21,4	21,8
Existem, mas não estão disponíveis nos setores	20	17,9	18,2
Existem, mas seu uso é restrito aos diretores	2	1,8	1,8
Não existem ou não estão disponíveis	4	3,6	3,6
Desconheço	60	53,6	54,5
Total	110	98,2	100,0
Não Responderam	2	1,8	
Total	112	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Dos profissionais pesquisados, 55,3% consideram que os processos utilizados no HFSE nas atividades de registro da prestação de serviços é pouco ou nada eficaz, ou seja, os profissionais reconhecem carências no processo, já que a grande maioria atua em outras unidades de saúde, o que permite uma comparação inevitável entre as organizações.

Tabela 11: Resultados Questão 09

<b>QUESTÃO 09: Qual avaliação você daria hoje para os processos utilizados no HFSE nas atividades de registro da prestação de serviços?</b>			
<b>Item</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>
Muito eficaz	5	4,5	4,7
Moderadamente eficaz	40	35,7	37,4
Pouco eficaz	53	47,3	49,5
Nada eficaz	9	8,0	8,4
Total	107	95,5	100,0
Muito eficaz	5	4,5	4,7
Não Responderam	5	4,5	
Total	112	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

O questionário apresentava também uma pergunta aberta em que os profissionais eram convidados a dar alguma sugestão, proposição ou opinião para melhorar o processo de

registro da prestação de serviços. 37,5% dos profissionais que participaram da pesquisa não responderam esta questão.

Os participantes sugerem *feedback* dos resultados para a avaliação e implementação de melhorias nos serviços, treinamento e atualização dos formulários como medidas essenciais. No entanto, outros sugerem como ideal a informatização do hospital através da implantação do prontuário eletrônico.

A criação de instrumentos de registro diferenciados para atender as necessidades de cada serviço, identificada na análise qualitativa como uma necessidade para diferenciar o faturamento dos tipos BPA-C e BPA-I, também foi identificada nas respostas dos participantes e indicam que os profissionais têm consciência da precariedade das condições de registro. Algumas respostas são destacadas a seguir: "Que utilize-se fichas mais adequadas a realidade e a particularidade de cada setor, visto a complexidade de cada atendimento"; "Campanhas de divulgação, treinamento em serviço e elaboração de instrumentos diferenciados considerando a característica e perfil do profissional (categoria) envolvida".

#### **5.2.4 Tabulações cruzadas**

Foram realizadas tabulações cruzadas com o objetivo de identificar se havia alguma relação entre o tempo de atuação no HFSE com as respostas da amostra estudada, que auxiliassem na compreensão dos fenômenos estudados ou na identificação das melhorias necessárias.

Os resultados indicam que as respostas estão concentradas nos tempos de serviço no HFSE de 1 a 5 anos, 5 a 10 anos e acima de 26 anos, o que converge com os últimos concursos do Ministério da Saúde para reposição do quadro de servidores dos hospitais federais do Rio de Janeiro, realizados em 2006 e 2010. Desta forma, não foram observadas correlações relevantes que justificassem as questões estudadas, mas sim que os resultados são decorrentes da periodicidade das contratações de pessoal.

### 5.3 Implantação das Recomendações de Melhorias

Foi elaborada uma análise SWOT para melhor compreensão do ambiente de produção de informações do SERDEM. A análise SWOT permite a identificação das forças (*strenghts*) e fraquezas (*weaknesses*) da organização, à luz das oportunidades (*opportunities*) e das ameaças (*threats*) em seu ambiente (MINTZBERG *et al.*, 2010).

Quadro 28: Análise de Cenário SERDEM (Matriz SWOT)

	FORÇAS	FRAQUEZAS
AMBIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interesse da chefia do SERDEM em melhorar a qualidade do registro da produção assistencial e o faturamento hospitalar</li> <li>Interesse de profissionais do hospital em comprovar a produção de seus serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cultura organizacional</li> <li>Baixa qualificação do corpo funcional do SERDEM</li> <li>Baixa difusão do aprendizado</li> <li>Baixa interação entre os serviços assistenciais e o SERDEM</li> <li>Ausência de planejamento e controle do processo de registro da produção assistencial</li> <li>Baixa padronização dos documentos utilizados para o registro da produção assistencial</li> </ul>
AMBIENTE EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Um dos servidores do SERDEM estar cursando o mestrado profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução ou manutenção do orçamento do hospital devido a baixa produção assistencial</li> <li>Auditorias dos órgãos de controle externo que, identificando a fragilidade do processo atual, responsabilizarão os gestores da unidade</li> </ul>

Fonte: autoria própria (2015).

Tendo como base os resultados das análises qualitativas e quantitativas, foi elaborado um plano de recomendações utilizando-se a ferramenta 5W1H, apresentada no quadro 29, que foi apresentado e aprovado pela chefia do SERDEM.

Das recomendações propostas, foram implementadas o monitoramento mensal do processamento do faturamento dos tipos BPA-C e BPA-I, incluindo as glosas, e a disponibilização de local adequado e estantes para o arquivamento dos mapas de consultas ambulatoriais.

A reformulação dos formulários está em fase de análise junto a Coordenação Médica Assistencial.

Quadro 29: Recomendações Propostas (5W1H)

(continua)

5W					1H
<i>What</i> (O que?)	<i>Why</i> (Por que?)	<i>Who</i> (Quem?)	<i>Where</i> (Onde?)	<i>When</i> (Quando?)	<i>How</i> (Como?)
Ação, problema, desafio	Justificativa, explicação, motivo	Responsável	Local	Prazo, cronograma	Procedimentos, etapas
Formulário: Consultas	- Os códigos de procedimentos e CBO estão desatualizados	- SERDEM - Coordenação Médico Assistência	Ambulatório do HFSE	Janeiro/2016 – Abril/2016	Serão elaborados formulários, que atendam as necessidades do faturamento do tipo BPA-C
Formulário: Atendimentos de enfermagem	- Os códigos de procedimentos e CBO estão desatualizados - Alguns procedimentos estão com nomenclatura genérica que não permite o faturamento - Não contempla todos os procedimentos realizados pelos auxiliares de enfermagem e enfermeiros	- SERDEM - Coordenação de Enfermagem	Ambulatório do HFSE	Janeiro/2016 – Abril/2016	Elaboração de formulários, que atendam as necessidades do faturamento dos tipos BPA-C/BPA-I
Formulário: Endoscopias, Colonoscopias e Bronoscopias	- O formulário utilizado não permite o faturamento dos serviços prestados	- SERDEM - Coordenação Médico Assistencial	Ambulatório do HFSE	Janeiro/2016 – Abril/2016	Serão elaborados formulários, que atendam as necessidades do faturamento do tipo BPA-I
Planilhas do SERDEM	- Os códigos de procedimento e CBO estão desatualizados - Não permite a consolidação de alguns procedimentos devido ao registro ser feito por serviço	- SERDEM	SERDEM	Outubro/2015 - Dezembro/2015	Revisão das planilhas do SERDEM para melhor registro dos serviços prestados

(conclusão)

5W					1H
What (O que?)	Why (Por que?)	Who (Quem?)	Where (Onde?)	When (Quando?)	How (Como?)
Faturamento de todas as informações recebidas	- Nem todas informações recebidas pelo SERDEM são faturadas	- SERDEM	SERDEM	Janeiro/2016 – Abril/2016	- Capacitação da servidora responsável pelo faturamento - Designação de um servidor para monitoramento
Envio total das informações no prazo	- O programa SIA atua em base local	- SERDEM - Serviço de Informática	SERDEM	Janeiro/2016 – Abril/2016	- Instalação do programa SIA no servidor do HFSE - Redistribuição da digitação das informações entre os membros da equipe do SERDEM
Monitoramento do processamento do BPA-C e BPA-I	- Não há controle sobre a informação processada do BPA-C - Necessidade de verificação mensal se os códigos de procedimento e CBO utilizados no faturamento, estão corretos	- SERDEM	SERDEM	Outubro/2015 - Dezembro/2015	Acompanhamento mensal do processamento da produção ambulatorial no site <a href="http://tabnet.rio.rj.gov.br/">http://tabnet.rio.rj.gov.br/</a>
Monitoramento das glosas BPA-C / BPA-I	- Controle eventual das glosas do faturamento - Necessidade de minimizar os erros do faturamento	- SERDEM	SERDEM	Outubro/2015 - Dezembro/2015	Acompanhamento mensal do processamento da produção ambulatorial no site <a href="http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=sai">http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=sai</a>
Arquivo do Mapa de Consultas Ambulatoriais	- Arquivamento em local inapropriado - Arquivo sem ordem cronológica de mês/ano	- SERDEM	SERDEM	Outubro/2015 - Dezembro/2015	Arquivo em caixa box que indique o mês e o ano do atendimento
Redução do % de divergência entre as estatísticas médicas x faturamento	- Há divergência entre a estatística médica e o faturamento ambulatorial	- SERDEM	SERDEM	Janeiro/2016 – Abril/2016	- Designação de um servidor para monitoramento

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como principal objetivo buscar resposta para a seguinte questão de pesquisa: "Como a gestão de processos pode contribuir para a melhoria da qualidade da informação produzida pelo Serviço de Documentação e Estatística Médica e preparar o Hospital Federal dos Servidores do Estado para a acreditação hospitalar?".

Por meio da pesquisa de campo foi possível constatar que o SERDEM requer o aperfeiçoamento e o controle de suas atividades para a melhoria dos processos de faturamento ambulatorial do tipo BPA-C e BPA-I. A gestão de processos deve ser utilizada como um instrumento para a melhoria da qualidade da informação produzida por possibilitar a identificação dos requisitos, gargalos e ineficiências nas atividades que compõem os processos, o que contribui para minimizar retrabalhos e para a maior padronização, profissionalização e controle das atividades.

Além disso, a gestão de processos possibilitará a introdução de uma cultura da qualidade para as áreas de suporte assistencial (áreas administrativas), pois preconiza o aprimoramento contínuo e o comprometimento com a qualidade dos processos. Este é um requisito básico para que o HFSE possa se submeter a avaliação externa das organizações certificadores da qualidade no Brasil.

Os resultados da pesquisa indicam que o faturamento dos serviços ambulatoriais é culturalmente uma atividade secundária e sem relevância no HFSE. Não há um envolvimento organizacional para a implementação de melhorias no faturamento ambulatorial. Ao contrário, há iniciativas pontuais, de algumas chefias de serviço, que se preocupam com esta questão e querem demonstrar corretamente o trabalho de suas equipes.

Desta forma, a Direção do HFSE precisa atuar em conjunto com o SERDEM no desenvolvimento e na implementação de mecanismos que estimulem a conscientização e o comprometimento dos profissionais da área assistencial com a melhoria do faturamento para que eles compreendam sua importância. Isso porque a inércia organizacional parece estar contribuindo decisivamente para este cenário, seja porque o hospital não fornece os instrumentos necessários para o registro e/ou pela resistência dos profissionais em aceitar e realizar as mudanças necessárias ou simplesmente não fazerem por entenderem que não obterão nenhum retorno para o desempenho de suas atividades.

A pesquisa evidenciou também a necessidade de maior integração entre o SERDEM com as áreas assistências para o desenvolvimento de melhorias e através do aprendizado em equipe, o compartilhamento de conhecimento e responsabilização de todos os envolvidos.

Além disso, a informatização do hospital seria um caminho a ser seguido e que contribuiria para a redução do retrabalho, erros e falhas na execução dos processos do HFSE, especialmente ao que

diz respeito ao faturamento do hospital. Mas, como toda a informatização, este é um processo longo e por vezes demorado, necessitando de planejamento e investimentos adequados, devendo ser implementado de forma gradual visando superar resistências e obstáculos.

Por outro lado, o fato do HFSE ser um hospital orçamentado, ou seja, o repasse de recursos do Ministério da Saúde independe da comprovação dos serviços prestados a população, contribui claramente para que esta cultura permaneça.

Diante do exposto, as recomendações de melhorias destacadas ao longo deste trabalho devem continuar sendo implementadas e monitoradas, contribuindo para a superação de erros facilmente sanáveis e, principalmente, para o amadurecimento das atividades desenvolvidas pelo SERDEM. Espera-se, com isso, a promoção das mudanças organizacionais capazes de impulsionar o desenvolvimento de novas práticas no HFSE. Há um longo caminho a ser percorrido e cada avanço deve ser valorizado, sendo o mais importante, neste momento, começar a fazer as mudanças necessárias.

Como todo processo de melhoria da qualidade leva tempo para produzir resultados consistentes, e por entender que o caso do HFSE, não é diferente, espera-se que as lições aprendidas, descritas a seguir, contribuam para orientar e facilitar o longo caminho a ser percorrido na busca da necessária de melhoria dos processos e sua respectiva internacionalização na cultura organizacional do HFSE.

## **6.1 Lições Aprendidas**

O desenvolvimento desta pesquisa foi uma grande oportunidade de aprendizado para todos os envolvidos, pois permitiu o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de diferentes áreas de atuação e está contribuindo para as mudanças na organização.

Dentre as lições aprendidas, destaca-se que um dos fatores fundamentais para o sucesso da implementação de melhorias em processos é o apoio e o compromisso da chefias com as mudanças, principalmente designando os responsáveis e exigindo comprometimento para que as idéias não sejam abandonadas no decorrer do caminho.

Nesse sentido a confiança e o respeito da chefia do SERDEM com o estudo foram fundamentais para a sua realização, assim como a receptividade aos resultados e as propostas de melhorias apresentadas no decorrer da pesquisa que serviram de motivação durante todo o período.

O mesmo não foi observado na tentativa de reformulação do formulário utilizado pelas equipes de enfermagem para registro de suas atividades no ambulatório do HFSE, onde era preciso

maior participação da Coordenação de Enfermagem para assegurar o comprometimento dos profissionais com a reformulação do documento.

Também é preciso reduzir a resistência dos profissionais às mudanças, esclarecendo os objetivos e a importância do projeto para a organização, incentivando sua participação e negociando soluções que atendam a todos os envolvidos. Essa é uma maneira de estimular a mudança de comportamento e conquistar a adesão dos profissionais ao projeto.

Isso foi observado com a criação e implementação de um formulário no Serviço de Dermatologia para registro do procedimento fototerapia (por sessão), que não era faturado pelo HFSE. A capacidade de negociação foi importante para a criação de um formulário que permitisse a coleta dos dados necessários ao faturamento, sem gerar retrabalho aos médicos e residentes que realizam o procedimento, já que a fototerapia é um procedimento realizado semanalmente ou quinzenalmente durante o tratamento.

Por outro lado, o desenvolvimento desta pesquisa exigiu um distanciamento da rotina organizacional de modo a poder observar e estudar a realidade do dia a dia do HFSE com um olhar mais imparcial e atento de pesquisador. Também exigiu o posicionamento firme da realização das atividades de pesquisa junto aos colegas de trabalho, de modo que eles compreendessem a importância da pesquisa para implementação de melhorias em suas atividades. A recepção inicial foi de desconfiança, mas evoluiu para o respeito com a apresentação de resultados parciais no decorrer da pesquisa.

Uma das maiores dificuldades foi a aplicação dos questionários, pois nem sempre era possível conciliar a rotina do SERDEM com os horários disponibilizados pelos profissionais para participar da pesquisa. Além disso, o ambiente hospitalar exigia o distanciamento emocional da realidade assistencial em meio as salas de espera dos ambulatórios lotados de pacientes que aguardavam a horas por atendimento e de histórias de dor, sofrimento e superação.

## **6.2 Recomendações para Pesquisas Futuras**

Espera-se que os conceitos e discussões aqui apresentadas contribuam para a maior integração entre os Hospitais Federais do Rio de Janeiro no que se refere à troca de experiências sobre seus processos de faturamento hospitalar, criando e disseminando o aprendizado organizacional em toda rede.

Desta forma sugere-se a realização de pesquisas sobre as práticas e sistemas de faturamento dos serviços ambulatoriais prestados no âmbito do SUS em hospitais federais visando servir de

modelo de benchmarking para a implementação de melhorias incrementais nos processos organizacionais do HFSE.

Também sugere-se a realização de pesquisas que analisem o faturamento ambulatorial com os gastos dos hospitais federais ao longo dos últimos 10 anos, a fim de identificar se há alguma correlação entre ampliação e/ou redução de despesas com o aumento e/ou diminuição da prestação de serviços a população. Este estudo permitiria mensurar a eficiência e a eficácia dos gastos dos públicos e contribuir para a gestão do Ministério da Saúde junto aos hospitais federais.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto: Melhoria da Qualidade do Processo de Faturamento: O Caso do Hospital Federal dos Servidores do Estado**

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é implementar melhorias na qualidade do processo de faturamento do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE).

Você foi selecionado (a) por ser servidor público federal de nível superior que atua na área assistencial do ambulatório do HFSE no serviço de \_\_\_\_\_ que compõe a Coordenação Médico Assistencial do HFSE. A sua participação nesse estudo consiste em responder um questionário que tem por objetivo identificar o perfil dos profissionais de nível superior da área assistencial que atuam no ambulatório do HFSE e sua percepção sobre os processos de registro da produção assistencial, do faturamento hospitalar e sobre o suporte do SERDEM e da direção do HFSE para o desenvolvimento dessas atividades nos serviços em que atuam.

Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo, anonimato e confidencialidade sobre sua participação, quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Os resultados dessa pesquisa servirão para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta os telefones e o email do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Ana Maria de Freitas Moura Souza

Telefones: 2291-3131 – Ramal: 3393 ou 99103-9877

email: [ana\\_maria\\_moura@yahoo.com.br](mailto:ana_maria_moura@yahoo.com.br)

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Federal dos Servidores do Estado (CEP-HFSE) que aprovou o estudo Melhoria da Qualidade do Processo de Faturamento: O Caso do Hospital Federal dos Servidores do Estado, através do telefone (21) 2291-3131 – Ramal: 3544

Rio de Janeiro \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2015.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome do participante (em letra de forma)

---

Assinatura do participante

---

Ana Maria de Freitas Moura Souza  
Pesquisadora

---

Saulo de Oliveira Barbará  
Pesquisador Auxiliar

## APÊNDICE II - Questionário de Pesquisa

Este questionário tem por objetivo identificar o perfil dos profissionais de nível superior da área assistencial que atuam no ambulatório do HFSE e sua percepção sobre os processos de registro da produção assistencial, do faturamento hospitalar e sobre o suporte do SERDEM e da direção do HFSE para o desenvolvimento dessas atividades nos serviços em que atuam. Suas respostas são confidenciais, não sendo necessária a sua identificação pessoal. Sinta-se à vontade para acrescentar os comentários que achar necessário. Sua sinceridade é fundamental para que os resultados retratem, de fato, a realidade da instituição. Ao responder este questionário, você estará contribuindo para o levantamento de informações essenciais ao aprimoramento das atividades da nossa instituição. Agradecemos sua atenção e colaboração, e nos colocamos ao seu dispor para quaisquer explicações futuras.

Contato: Ana Maria Moura – email: [ana\\_maria\\_moura@yahoo.com.br](mailto:ana_maria_moura@yahoo.com.br)

### - Características Sociodemográficas

Nome (Opcional): \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Profissão: ( ) Assistente Social ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Fonoaudiólogo ( ) Médico ( ) Nutricionista ( ) Odontólogo ( ) Psicólogo ( ) Terapeuta Ocupacional ( ) Outros

Formação: ( ) Graduação ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Vínculo institucional: ( ) Servidor Público ( ) Contrato Temporário

Tempo de serviço no HFSE: ( ) 1 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 11 a 15 anos ( ) 16 a 20 anos ( ) 21 a 25 anos ( ) Acima de 26 anos.

### - Questões

1. Qual o seu conhecimento sobre o registro da produção assistencial em hospitais públicos?

- ( ) muito
- ( ) razoável
- ( ) relativo
- ( ) pouco
- ( ) nenhum

2. Qual o seu conhecimento sobre a importância do faturamento hospitalar para a gestão dos hospitais públicos?

- ( ) muito
- ( ) razoável
- ( ) relativo
- ( ) pouco
- ( ) nenhum

3. Você utiliza a tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS) para a codificação dos serviços prestados?

- Sim
- Não

4. Qual a sua satisfação referente aos formulários fornecidos pelo HFSE para o registro da produção assistencial no HFSE?

- muito satisfeito
- satisfeito
- relativo
- pouco satisfeito
- nenhuma satisfação

5. Você recebeu treinamento para preencher os formulários fornecidos pelo HFSE para o registro da produção assistencial do HFSE?

- Sim
- Não

6. Qual o nível do apoio proporcionado pela Direção do HFSE no processo de melhoria do registro da produção assistencial?

- muito
- razoável
- relativo
- pouco
- nenhum

7. Qual o nível do apoio proporcionado pelo SERDEM no processo de melhoria do registro da produção assistencial?

- muito
- razoável
- relativo
- pouco
- nenhum

8. Existem sistemas de registro e mecanismos de controle da informação no HFSE?

- existem e estão disponíveis nos setores
- existem, mas não estão disponíveis nos setores
- existem, mas seu uso é restrito aos diretores
- não existem ou não estão disponíveis
- desconheço o processo de disponibilidade desses sistemas ou mecanismos

9. Qual avaliação você daria hoje para os processos utilizados no HFSE nas atividades de registro da prestação de serviços?

- Extremamente eficaz

- Muito eficaz
- Moderadamente eficaz
- Pouco eficaz
- Nada eficaz

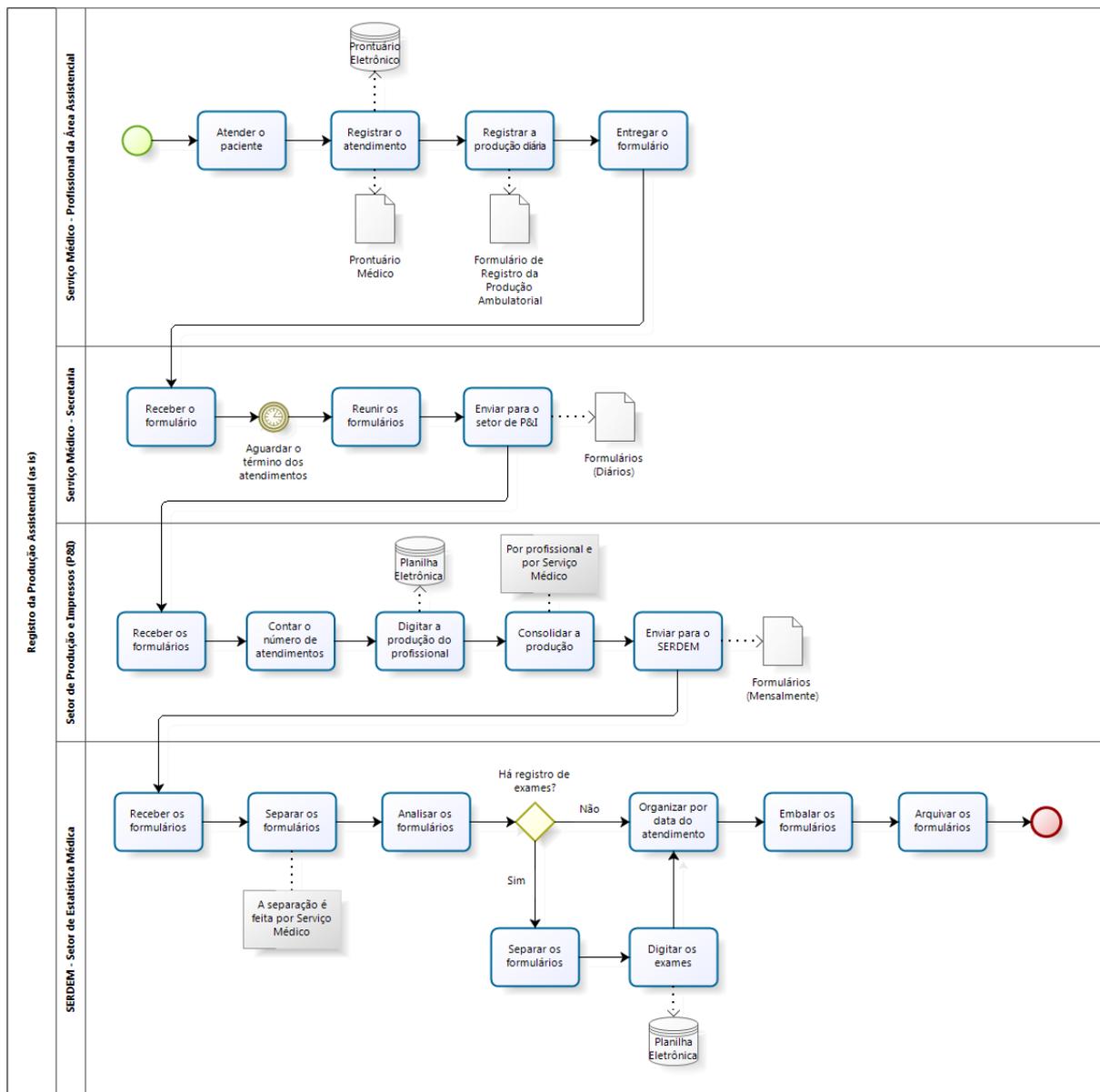
10. Você teria alguma sugestão, proposição ou opinião para melhorar o processo de registro da prestação de serviços?

---

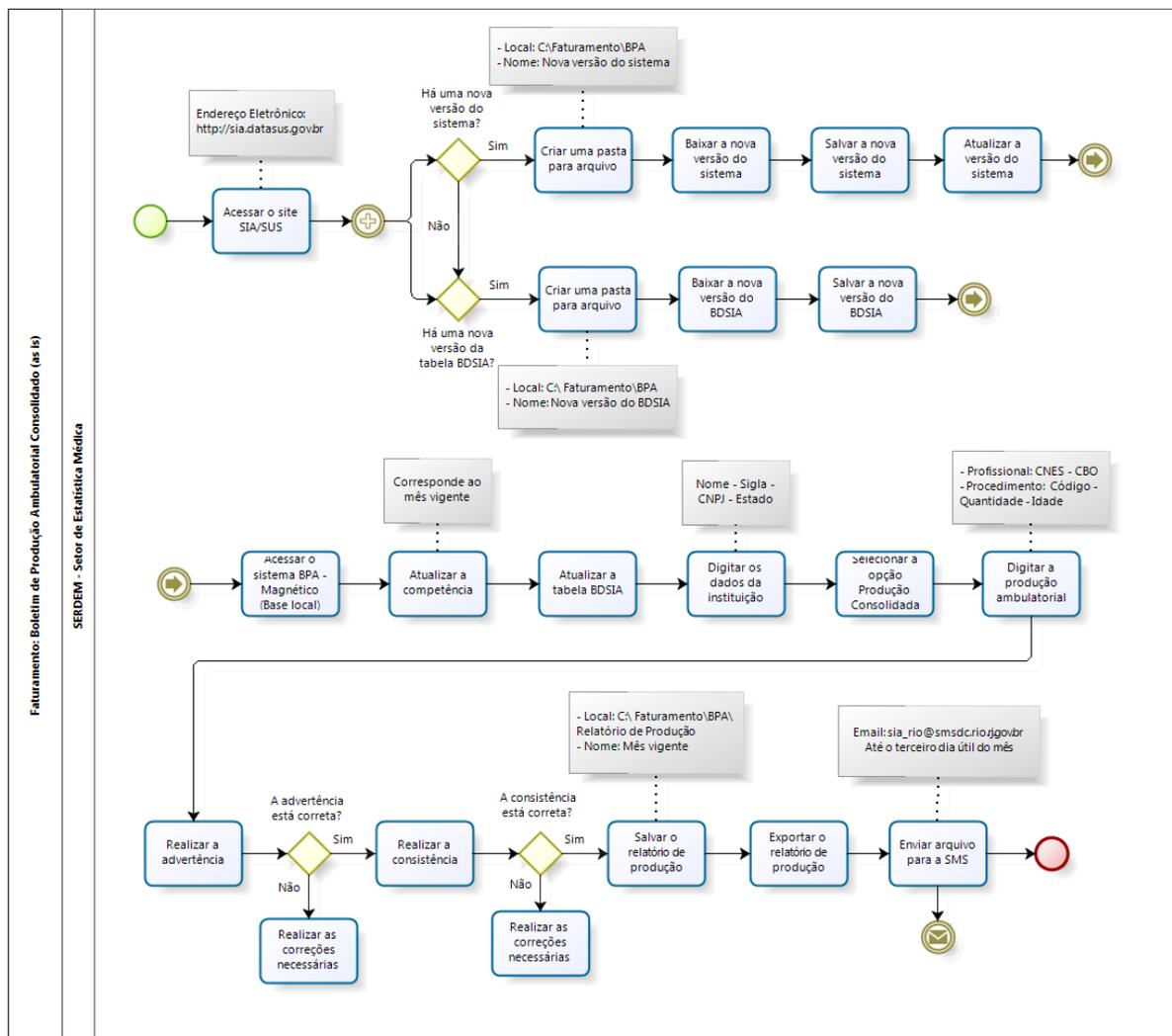
---

---

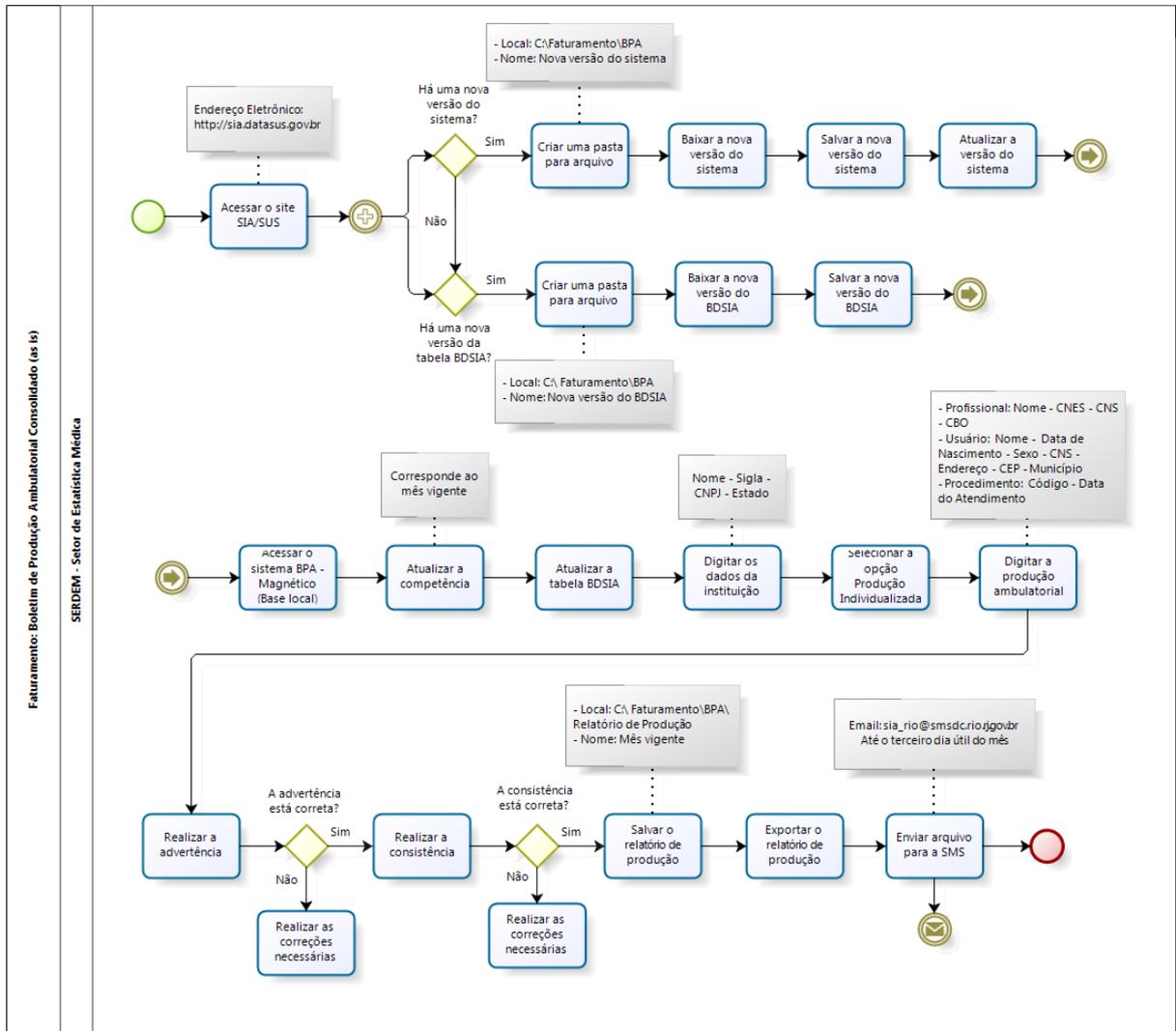
## APÊNDICE III - Registro da Produção Assistencial (as is)



## APÊNDICE IV - Faturamento Ambulatorial do Tipo BPA-C (as is)



# APÊNDICE V - Faturamento Ambulatorial do Tipo BPA-I (as is)



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H.M.S. Programa de Qualidade do Governo Federal aplicado à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**. v. 3, n. 12, p. 5-10, 2001.
- ALONSO, L. B. N.; DROVAL, C.; FERNEDA, E.; EMÍDIO, L. Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 4, n. 2, p. 34-49, 2014.
- BAIÃO, A. L.; OLIVEIRA, A. R. de. A perspectiva dos processos em organizações públicas: estudo de caso em uma prefeitura de um município da Zona da Mata Mineira. In: EnANPAD - Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 34., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EnANPAD, 2010, p. 1-15.
- BALDAM, R.L. **Gerenciamento de processos de negócios no setor siderúrgico: proposta de estrutura para implantação**. 2008. 251 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- BLAZZI, M. R. ; BLAZZI, J. L. ; MUSCAT, A. R. N. Metodologia de Aperfeiçoamento de Processos: Estudo de Casos em Instituições Públicas Brasileiras. In: EnANPAD - Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: EnANPAD, 2006. p. 1-11.
- BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2000, vol. 46, n.1, p. 70-76.
- BOLFARINE, H.; BUSSAB, W.O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Edgard Blucher, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília, 2002. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 117).
- CAMARGO JR., K. R. de ; COELI, C. M.; MORENO, A. B. Informação e Avaliação em Saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. 1, p. 251-266.
- CAMPOS, L. I. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo Sistema Brasileiro de Acreditação ONA**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Infectologia e Medicina Tropical) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- CRUZ, T. **Sistemas, Organização & Métodos: Estudo Integrado das Novas Tecnologias de Informação e Introdução à Gerência do Conteúdo e do Conhecimento**. São Paulo: Atlas, 2002.
- DANIEL, V. M.; PEREIRA, G. V.; MACADAR, M. A. Perspectiva institucional dos Sistemas de Informação em Saúde em dois estados brasileiros. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 18, n. 5, p. 650-669, 2014.
- DATASUS. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitales/hospub>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

- DAVENPORT, T. H. **Reengenharia de Processos: como inovar na empresa através da tecnologia da informação**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- EMÍDIO, L. F.; ALONSO, L. B. N.; FERNEDA, E.; HEDLER, H. C. Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 98-113, 2013.
- FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.
- FREITAS, A.L.P.; RODRIGUES S.G. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alpha de Cronbach. In: **XII SIMPEP - Simpósio de Engenharia de Produção**, Bauru, SP, 2005.
- FUMAGALLI, L. A. W.; PIVA, L. C.; KATO, H. T. O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar: o caso do Hospital Santa Cruz revisitado. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 1, n. 2, art. 12, p. 209-231, 2011.
- GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência saúde coletiva [online]**. 2002, vol.7, n.2, p. 325-334.
- HAIR Jr., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Tradução Adonai Schlup Sant`Anna. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. Tradução Luiz Liske. São Paulo: McGraw-Hill, 1993.
- LEITE, F. T.; NOGUEIRA, C. E. G. Evolução de Gerenciamento pela Qualidade Total para o modelo das Organizações de Aprendizagem. **Gestão & Regionalidade**, v. 22, n. 63, p. 54-68, 2006.
- MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- MALIK, A. M.; PEDROSO, M. C. As Quatro Dimensões Competitivas da Saúde. **Harvard Business Review**, v. 89, p. 59-67, 2011.
- MALIK, A. M. ; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e Acreditação. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, v. 1, p. 325-328.
- MARANHÃO, M.; MACIEIRA, M.E.B. **O processo nosso de cada dia: Modelagem de Processos de Trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.
- MAXIMIANO, A.C.A. **Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital**. São Paulo: Atlas, 2011.
- MELLO, C.H.P; SILVA, C.E.S. da; TURRIONI, J.B.; SOUZA, L.G.M. de. **ISO 9001:2008: Sistema de gestão da qualidade para operações de produção e serviços**. São Paulo: Atlas, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Organização Pan-Americana da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volumel](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volumel)>. Acesso em: 24 mai. 2014.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Manual de Operação do Sistema do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)**. MS/SAS/DRAC/CGSI, 2012. Disponível em: <[ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/BPA/Manual Operacional BPA.pdf](ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/BPA/Manual%20Operacional%20BPA.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. Hospital Federal dos Servidores do Estado. **Prestação de contas ordinária anual: relatório de gestão do exercício de 2012**. MS/SAS/DGHE/HFSE, 2012. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/econtrole/ObterDocumentoSisdoc?codArqCatalogado=5931530&seAbrirDocNoBrowser=1>>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. Hospital Federal dos Servidores do Estado. **Prestação de contas ordinária anual: relatório de gestão do exercício de 2013**. MS/SAS/DGHE/HFSE, 2013. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/econtrole/ObterDocumentoSisdoc?codArqCatalogado=7265469&seAbrirDocNoBrowser=1>>. Acesso em: 27 abr. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. Hospital Federal dos Servidores do Estado. **Prestação de contas ordinária anual: relatório de gestão do exercício de 2014**. MS/SAS/DGHE/HFSE, 2014. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/econtasWeb/web/externo/listarRelatoriosGestao.xhtml?jsessionid=fDhb8COPG60Z7pjd1-WB3kfU.host1d1:econtasWeb>>. Acesso em: 26 jan. 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria Nº 312, de 02 de maio de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 538, de 17 de abril de 2001**. Disponível em: <[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM\\_P538\\_01informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P538_01informes.doc)>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1970, de 25 de outubro de 2001**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1970\\_25\\_10\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1970_25_10_2001.html)>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria Nº 3.462, de 11 de novembro de 2010**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3462\\_11\\_11\\_2010\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3462_11_11_2010_comp.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- MORAES, I. H. S. **Informação em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- OLIVEIRA, M.S. **A Acreditação Hospitalar e a Eficácia Gerencial: um estudo de caso na Santa Casa de Misericórdia de Passos - MG**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.
- OLIVEIRA, S.B. (Org.). **Gestão por Processos: Fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2008**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2012.
- OLIVEIRA, S. B.; TODA, F. A. O planejamento estratégico e a Visão Baseada em Recursos (RBV): uma avaliação da tecnologia da informação na gestão hospitalar. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 12, n. 1, p. 39-57, 2013.
- PAIM, R.; CARDOSO, V.; CAULLIRAUX, H.; CLEMENTE, R. **Gestão de Processos: pensar, agir e aprender**. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- PALADINI, E.P.; CARVALHO, M.M. (Coord.). **Gestão da Qualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier: ABEPRO, 2012.
- PAVANI Jr., O; SUCUCUGLIA, R. **Mapeamento e Gestão por Processos – BPM. Gestão orientada à entrega por meio de objetos**. São Paulo: M.Books do Brasil, 2011.
- PRADELLA, S. Gestão de Processos: uma metodologia redesenhada para a busca de maior eficiência e eficácia organizacional. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 13, n. 2, p. 94-121, 2013.
- QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n. 33, p. 153-8, 2006.
- RODRIGUES, E.A.A. **Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira**. 2004. 75 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. . Glosas hospitalares: importancia das anotações de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 11, n.11, p. 210-214, 2004.
- ROESCH, S. M. A. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. São Paulo: Atlas, 2012.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência saúde coletiva [online]**. 2007, vol.12, n.4, pp. 935-944.
- SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, 1991: um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro - RJ, v. 10, n.3, p. 356-367, 1994.
- SILVA, L. C. de P.; MULLER, D. A.; SALES, P. R. de S.; ALMEIDA, J. L. de; BARBOSA, P. M. K.; MELP, S. M. C. B. de. O faturamento hospitalar: quem cuida conhece?. **Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 60, p. 121-126, 2013.

- SMIDT, L. R. A. **Gerenciamento por processo de produção do lactário do hospital de caridade Dr. Astrogildo de Azevedo**. 2004. 180 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2004.
- SORDI, J.O. **Gestão por processos: uma abordagem da moderna administração**. São Paulo: Saraiva, 2014.
- STEVENSON, W.J. **Estatística Aplicada à Administração**. Tradução Alfredo Alves de Farias. São Paulo: Harbra, 1981.
- TOLENTINO, R. S. S. O reconhecimento da necessidade de sistemas de informação em Saúde no Brasil. **Revista Pretexto**, v. 6, n. 1, p. 75-82, 2005.
- VALLE, R.; OLIVEIRA, S. B. (Org.). **Análise e Modelagem de Processos de Negócio: Foco na Notação BPMN (*Business Process Modeling Notation*)**. São Paulo: Atlas, 2009.
- VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2009.
- VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. S. Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. In: III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Resende, 2006.
- VIEIRA, P.R.C.; RIBAS, J.R. **Análise Multivariada com o uso do SPSS**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.
- YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. São Paulo: Bookman, 2010.

## ANEXOS

### ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética do HFSE

HOSPITAL DOS SERVIDORES  
DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO/SES



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MELHORIA DA QUALIDADE DO PROCESSO DE FATURAMENTO

**Pesquisador:** Ana Maria de Freitas Moura Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46265215.5.0000.5252

**Instituição Proponente:** Hospital dos Servidores do Estado/RJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.151.701

**Data da Relatoria:** 13/07/2015

##### Apresentação do Projeto:

É um projeto de pesquisa que visa implementar melhorias na qualidade do processo de faturamento do Hospital Federal dos Servidores do Estado, buscando identificar os processos de trabalhos relacionados ao faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado; buscando ainda, selecionar os processos que poderão contribuir na melhoria da qualidade do faturamento hospitalar, desenhar os processos de trabalho relacionados ao faturamento hospitalar e analisar os processos de trabalho, identificando os entraves que prejudicam a qualidade do faturamento; propondo finalmente, as recomendações para a melhoria dos processos de trabalho do Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM), com a possibilidade de implementar tais recomendações para a sua melhoria. O estudo é classificado como do tipo descritivo e aplicado, cuja proposta metodológica de pesquisa é de um estudo de caso do tipo único; prevendo os instrumentos complementares de coleta de dados, tais como: pesquisas bibliográficas e documentais, mapeamento de processos, questionário semi-estruturado e observação participante. O estudo possui como justificativa a possibilidade de introduzir melhorias nos processos de gestão e de faturamento hospitalar, e no registro da produção assistencial do HFSE, contribuindo para um futuro processo de acreditação hospitalar, de gestão das organizações hospitalares públicas e do Ministério da Saúde.

**Endereço:** Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios  
**Bairro:** Saúde **CEP:** 20.221-903  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2291-3131 **Fax:** (21)1233-9503 **E-mail:** cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

## HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/SES



Continuação do Parecer: 1.151.701

**Critério de Inclusão:** Profissionais de nível superior da área assistencial que atuem no ambulatório do HFSE, que sejam servidores públicos federais de carreira e que aceitem participar do estudo.

**Critério de Exclusão:** Profissionais de nível superior da área assistencial que não atuem no ambulatório do HFSE e que não sejam servidores públicos federais de carreira.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo final

Implementar melhorias na qualidade do processo de faturamento do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE).

Objetivos intermediários

a) Identificar os processos de trabalho relacionados ao faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);

b) Selecionar os processos que poderão contribuir para a melhoria da qualidade do faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);

c) Desenhar os processos de trabalho relacionados ao faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) no formato as is;

d) Analisar os processos de trabalho visando identificar os entraves que prejudicam a qualidade do faturamento hospitalar do tipo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I);

e) Propor recomendações visando a melhoria dos processos de trabalho do Serviço de Documentação e Estatística Médica (SERDEM);

f) Implementar as recomendações possíveis.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora principal informa nas informações básicas do projeto de pesquisa a inexistência de riscos e de benefícios aos sujeitos participantes, com a realização da pesquisa.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um estudo do tipo exploratório, descritivo e aplicado, envolvendo profissionais de nível superior da área assistencial e atuantes no ambulatório do HFSE; envolvendo a percepção dos mesmos sobre os processos de registro da produção assistencial, do faturamento hospitalar, do suporte do SERDEM e da Direção do HFSE, quanto ao desenvolvimento dessas atividades nos serviços

**Endereço:** Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios  
**Bairro:** Saúde **CEP:** 20.221-903  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2291-3131 **Fax:** (21)1233-9503 **E-mail:** cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

## HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO/SES



Continuação do Parecer: 1.151.701

ambulatoriais em que atuam; será utilizado um questionário de pesquisa anônimo, sigiloso e confidencial, envolvendo as características sociodemográficas dos sujeitos participantes da pesquisa e questões que abordam a documentação em registros, tabelas e sistemas, preenchimento e satisfação com o registro em formulários, treinamento dos profissionais com as respectivas documentações, apoio logístico do SERDEM e da Direção do HFSE no processo de melhoria dos registros e finalmente, conhecimento sobre o controle da informação no HFSE e avaliação dos processos utilizados nos registros nesta instituição. É sabido e desejável, que haja uma necessária melhoria nos sistemas de informação hospitalar, que envolve o conhecimento e a notificação de atividades profissionais, realizadas por meio de registros em formulários específicos; incentivando-se a necessária notificação, a qualidade das informações obtidas e a qualidade da gestão de processos, tanto no SERDEM como no HFSE; visando assim, o alcance dos objetivos intermediários e do objetivo final do projeto de pesquisa. A metodologia observada e utilizada no protocolo de pesquisa parece estar adequada e ser capaz de alcançar os objetivos propostos no protocolo de pesquisa, não havendo necessidade de qualquer adequação.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se claro e correto, no que diz respeito ao: convite de participação e objetivo da pesquisa; as etapas da pesquisa e ao caráter voluntário da mesma; a inexistência de gastos ou de pagamentos pela participação; ao sigilo, anonimato e confidencialidade sobre a participação; a apresentação dos resultados obtidos aos sujeitos participantes da pesquisa; aos contatos telefônicos com o pesquisador principal e com o CEP-HFSE; finalmente, aos campos para assinaturas do sujeito participante da pesquisa e do pesquisador principal.

O protocolo de pesquisa é de autoria nacional, tendo como pesquisadora principal, a Administradora Ana Maria de Freitas Moura Souza, que anexa o seu curriculum vitae junto ao de seu auxiliar, o Dr. Saulo Barbara de Oliveira.

O projeto de pesquisa possui uma declaração orçamentária, datada de 10.06.15, sobre a inexistência de patrocinador e dispendo, que todo gasto referente ao desenvolvimento da mesma estará sob a responsabilidade da equipe de pesquisa, não acarretando qualquer ônus ao HFSE ou a outras instituições públicas.

O projeto de pesquisa possui uma carta de autorização da Chefia do Serviço de Documentação e Estatística Médica, datada de 10.06.15, que declara a ciência e o de acordo com o desenvolvimento da pesquisa e a infra estrutura necessária ao desenvolvimento da mesma; informando ainda, que tais procedimentos não irão interferir na rotina do serviço e na assistência

**Endereço:** Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios  
**Bairro:** Saúde **CEP:** 20.221-903  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2291-3131 **Fax:** (21)1233-9503 **E-mail:** cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL DOS SERVIDORES  
DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO/SES



Continuação do Parecer: 1.151.701

prestada aos clientes não participantes da pesquisa nesta instituição.

O projeto de pesquisa é nacional e será desenvolvido em uma única instituição de saúde, a saber: o HFSE, situado na Cidade do Rio de Janeiro.

**Recomendações:**

Em relação ao TCLE e no ato de aplicação do mesmo, deverá ser explicado ao sujeito participante da pesquisa, sobre a possibilidade de retirada do seu consentimento em qualquer momento, mesmo após a assinatura do termo; além da possibilidade de recusa de participação ou da recusa de respostas para algumas questões, conforme já se encontra citado corretamente no mesmo termo.

Em relação ao TCLE enfatizamos a necessidade da utilização correta do termo: "sujeito participante da pesquisa", como forma de garantia de individualidade e de autonomia.

O projeto de pesquisa apresenta um cronograma de aproximadamente 12 meses de duração, devendo a pesquisadora principal, encaminhar ao CEP-HFSE o relatório parcial da pesquisa e as cópias dos TCLEs, assinados e rubricados pelos sujeitos participantes da pesquisa na data da reunião ordinária deste Comitê em 08.02.16 e o relatório final da pesquisa na data da reunião ordinária deste Comitê em 08.08.16.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa encontra-se aprovado com recomendação por este Comitê, estando de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram analisados os seguintes documentos:

- Protocolo de Pesquisa, versão 01 de 10 de junho de 2015;
- Termo de consentimento livre e esclarecido, versão 01 de 10 de junho de 2015 e
- Documentos em anexo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios  
**Bairro:** Saúde **CEP:** 20.221-903  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2291-3131 **Fax:** (21)1233-9503 **E-mail:** cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

HOSPITAL DOS SERVIDORES  
DO ESTADO DO RIO E  
JANEIRO/SES



Continuação do Parecer: 1.151.701

RIO DE JANEIRO, 16 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Marcos Henrique Manzoni**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Sacadura Cabral, nº 178 - 5º andar - Prédio dos Ambulatórios  
**Bairro:** Saúde **CEP:** 20.221-903  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2291-3131 **Fax:** (21)1233-9503 **E-mail:** cep-hse@hse.rj.saude.gov.br

## ANEXO B - Formulário para o Mapeamento do Processo

### FORMULÁRIO DE DESCRIÇÃO DE PROCESSOS (Modelo)

Base para o levantamento, mapeamento (elaboração do mapa de relacionamentos e Fluxograma) e análise crítica de processos.

Prof. Saulo Barbará de Oliveira

<b>Nome do Processo:</b>	<b>Número do Processo:</b>
<b>Nome do Subprocesso:</b>	<b>Número do Subprocesso:</b>
<b>Responsável:</b>	
<b>Escopo (descrever o alcance ou abrangência do subsistema):</b>	
<b>Objetivo:</b>	
<b>Observações ou condição de início do subprocesso:</b>	

<b>Fornecedores</b>	<b>Entradas recebidas</b>
Descrever quais são os fornecedores de entradas do subprocesso	Descrever quais são as entradas do processo

**Atividades e tarefas (processo de transformação das entradas em saídas)**

Descrever em ordem seqüencial quais as atividades e tarefas deste subprocesso (Use de preferência a linguagem estruturada, conforme exemplo a seguir). Opcionalmente isto poderá ser feito usando o modelo de Roteiro elaborado para esta finalidade.

1. Atividade 1
  - 1.1. Tarefa 1a
  - 1.2. Tarefa 1b
    - 1.2.1. Tarefa 1.1b
    - 1.2.2. Tarefa 1.2b
2. Atividade 2
  - 2.1. Tarefa 2a
  - 2.2. Tarefa 2b

**Observação**  
Descrever os eventos especiais de término do subprocesso e respectivas ações que deverão ser tomadas.

<b>Saídas Fornecidas</b>	<b>Clientes</b>
Descrever as saídas ou resultados gerados pelo subprocesso.	Descrever os clientes para os quais se destinam as saídas.
<b>Expectativa do cliente:</b> descrever o que esperam os clientes após a finalização do subprocesso.	
<b>Fatores críticos de sucesso:</b> descrever o que pode comprometer o sucesso do subprocesso.	
<b>Pontos-chave do subprocesso:</b> descrever as possíveis referências necessárias a boa execução do subprocesso.	
<b>Suporte crítico:</b> descrever possíveis procedimentos para facilitar a execução do subprocesso.	
<b>Competências:</b> descrever as competências requeridas para a realização do processo	
<b>IDEF0:</b> usar o IDEF0 para descrever os componentes do subprocesso, ou desenhar o macro processo destacando e desdobrando funcionalmente o subprocesso em questão. O importante aqui é apresentar a cadeia dos macros processos e a seqüência de execução de cada um deles, situando e destacando qual ou quais do macro processo dessa cadeia será ou serão mapeados por completo por meio da elaboração dos DPNs.	

## ANEXO C - Formulário de Registro da Produção Ambulatorial

	Hospital Federal dos Servidores do Estado	<b>AMBULATÓRIO</b>				
<b>UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS - MAPA DE CONSULTAS AMBULATORIAIS CODIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS - SIASUS</b>						
Profissional (Nome):		Nº Matricula:				
		CPF:				
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL:</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Assit. Social <input type="checkbox"/> Físico Nuclear <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/>		<b>CÓDIGO DO PROFISSIONAL</b> (Vide Verso):				
DATA	<b>TURNO:</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<b>SERVIÇO</b>				
____/____/____		<b>SETOR</b>				
		<b>CÓDIGO DA CONSULTA</b> (Vide Verso):				
Outros Prof. N. Superior						
	NOME OU Nº DO REGISTRO DO PACIENTE	IDADE				
		SEXO				
		1ªVEZ				
		SUBSQ				
		P.A.T.				
		CID-10				
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

Profissional / Carimbo

TABELA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL			TABELA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL		
CÓDIGO PROF.	DESCRIÇÃO	COD. CONSULTA	CÓDIGO PROF.	DESCRIÇÃO	COD. CONSULTA
01	Enfermeiro	07.021.03-8	54	Fonoaudiologia	07.021.03-8
02	Assistente Social	07.021.03-8	55	Fisioterapia	07.021.03-8
03	Nutricionista	07.021.03-8	56	Mastologia	
04	Alergia / Imunologia	07.021.02-0	57	Terapeuta Ocupacional	07.021.03-8
05	Anatomopatologia		58	Plantonista	
06	Anestesiologia		59	Méd. do Prog. Saúde da Família	
07	Angiologia		60	Enfermeira do PSF	
08	Broncoesofagologia		61	Genética Clínica	
09	Cardiologia	07.012.05-5	62	Psicólogo	07.021.03-8
10	Cirurgia Cardíaca	07.012.11-0	63	Infectologia / DIP	07.012.20-9
11	Cirurgia Geral I	07.012.07-1	64	Profis. de saúde de Niv. Méd.	
11	Cirurgia Geral II	07.012.07-1	65	Farmacêutico	
12	Cirurgia Pediátrica	07.012.08-0	66	Bloq. / Biol. / Quím. / Biomédico	
13	Cirurgia Plástica	07.012.09-8	67	Veterinário	
14	Cir. Vascular Perif.	07.012.11-0	68	Téc. em Saneamento / Nível Médio	
15	Med. Interna / Clínica Geral	02.012.04-9	69	Téc. em Laboratório / Nível Médio	
16	Dermatologia	07.012.12-8	70	Téc. em Radiologia / Nível Médio	
17	Oncologia Pediátrica	07.012.04-7	71	Odontologia Radiológica	
18	Oncologia Cirúrgica	07.012.04-7	72	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	07.012.06-3
19	Endocrino. / Metabolologia	07.012.13-6	73	Ginecologia / Obstetrícia	02.012.05-7
20	Fisiatria	07.012.14-4	74	Medicina Geral Comunitária	
21	Gastroenterologia	07.012.15-2	75	Técnico em Higiene Dental	
22	Ginecologia	02.012.06-5	76	Enfermeira do Pacs	
22	Planej. Familiar ( Diafragma )	02.012.01-4	77	Agente Comunitário de Saúde	
22	Planej. Familiar ( DIU )	02.012.02-2	78	Socorrista Habilitado	
23	Hematologia	07.012.18-7	79	Enfermeira Obstetra	
24	Hemoterapia		80	Parreira	
25	Medicina Nuclear		81	Citopatologia	
26	Nefrologia	07.012.22-5	82	Cirurgia Torácica	07.012.10-1
27	Neurocirurgia	07.012.23-6	83	Medicina Sanitária	
28	Neurologia	07.012.24-1	84	Médico ( Qualquer Especialidade )	02.011.03-4
29	Obstetrícia ( Pré-Natal )	02.012.03-0	85	Odont. Cir. / Traumat. / B. Max. Fac.	
30	Odontologia	03.021.01-7	86	Odont. em Prót. B. Max. Fac.	
31	Oftalmologia	07.012.25-0	87	Ortodontia	
32	Oncologia Clínica	07.012.04-7	88	Físico Nuclear C/sim 28.011.15-5	S/sim 28.01.17-1
33	Ortopedia / Traumatologia	07.012.26-8	89	Pedagoga	
34	Otorrinolaringologia	07.012.27-6	90	Auxiliar de Enfermagem	
35	Patologia Clínica		91	Técnico de Enfermagem	
36	Pediatria	02.012.07-3	92	Técnico em Enfermagem do PSF	
37	Pneumologia	07.012.28-4	93	Auxiliar de Enfermagem do PSF	
38	Proctologia	07.012.29-2	94	Acupuntura - Médico	07.012.34-9
39	Psiquiatria	07.012.30-6	95	Periodontia	
40	Radiologia		96	Endodontia	
41	Reumatologia	07.012.31-4	97	Acupuntura ( Terapêuta )	
42	Tisiologia		98	Foniatría	07.021.03-8
43	Radioterapia	07.012.04-7	15/22/29/	Consulta Médica Domiciliar	02.012.09-0
44	Geriatria	07.012.17-1	36/73/74/84	Consulta Médica Domiciliar	02.012.09-0
45	Homeopatia	07.012.19-5			
				<b>NEFROLOGIA</b>	
46	Urologia	07.012.33-0	26	Nefrologia	07.012.22-5
50	Medicina do Trabalho	07.012.00-4	26	DPI	07.012.22-5
51	Hansenologia	02.012.10-3	26	CAPD	07.012.22-5
52	Endoscopia Digestiva		26	Hemodálise	07.012.22-5
			26	Transplante Renal	07.012.22-5
	<b>CLÍNICA MÉDICA</b>			<b>Consulta Médica para Hanseníase</b>	
04	Alergia / Imunologia	07.012.02-0	15	Clínica Médica	02.012.10-3
15	Médica Geral	07.012.04-9	36	Pediatria	02.012.10-3
19	Endocrinologia / Metabolismo	07.012.13-6	59	Médico PSF	02.012.10-3
21	Gastroenterologia	07.012.15-2	74	Medicina Geral Comunitária	02.012.10-3
23	Hematologia	07.012.18-7	84	Médico ( Qualquer Especialidade )	02.012.10-3
37	Pneumologia	07.012.28-4			
41	Reumatologia	07.012.31-4			
	<b>CONS. / ATEND. URGÊNCIA EM CLÍNICAS BÁSICAS</b>	<b>(Paciente não agendado)</b>		<b>PEDIATRIA</b>	
15	Clínica Médica	02.011.03-4	04	Alergia / Imunologia	07.012.02-0
22	Ginecologia	02.011.03-4	09	Cardiologia	07.012.05-5
29	Obstetrícia	02.011.03-4	19	Endocrinologia	07.012.13-6
30	Odontologia	02.011.03-4	21	Gastroenterologia / Metabolismo	07.012.15-2
36	Pediatria	02.011.03-4	22	Ginecologia	02.012.06-5
58	Plantonista	02.011.03-4	23	Hematologia	07.012.18-7
73	Ginecologia / Obstetrícia	02.011.03-4	26	Nefrologia	07.012.22-5
74	Medicina Geral Comunitária	02.011.03-4	28	Neuropediatria	07.012.24-1
84	Médico ( Qualquer Especialidade )	02.011.03-4	32	Oncohematologia	07.012.04-7
			36	Pediatria Geral	02.012.07-3
	<b>VISITA DOMICILIAR</b>		37	Pneumologia	07.012.28-4
01/02/03/54/55/57/62	Prof. Nível Superior	07.021.07-0	41	Reumatologia	07.012.31-4
			45	Homeopatia	07.012.19-5
64/68/75/~80/90/91	Prof. Nível Médio	01.023.04-7			

# ANEXO D - Formulário de Registro da Produção Ambulatorial – Serviço de Oftalmologia



**Hospital Federal  
dos Servidores do Estado**

OFTALMOLOGIA

MAPA DE CONSULTAS AMBULATORIAIS - CODIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS - SIASUS

Profissional (Nome): _____				Nº. Matrícula: _____		CPF: _____		TURNO: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		DATA: ____/____/____	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outros Profissionais _____				SERVIÇO: _____		CÓDIGO DA CONSULTA: <input type="checkbox"/> 07.012.25-0 (Oftalmologista) <input type="checkbox"/> _____ (outras consultas)			CÓDIGO PROFISSIONAL: <input type="checkbox"/> 31 (Oftalmologista) <input type="checkbox"/> _____ (outras profissionais)		

IDENTIFICAÇÃO				CONSULTA				PROCEDIMENTO								DIAGNÓSTICO			
Nº.	NOME OU Nº DO REGISTRO DO PACIENTE	IDADE	SEXO	1ª VEZ	SUBSEQ	P. AT.	Grupo de Atendimento (Tabela abaixo)	CÓDIGO DE PROCEDIMENTO (Tabela no verso)											
								CÓD	OD	OE	CÓD	OD	OE	CÓD	OD		OE	CÓD	OD
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

TABELA DE GRUPO DE ATENDIMENTO  
A tabela de Grupo de Atendimento classifica o atendimento em relação às patologias, programas e grupos específicos de atenção prioritária para o M.S.

Código	DESCRIÇÃO	Código	DESCRIÇÃO	Código	DESCRIÇÃO	Código	DESCRIÇÃO	Código	DESCRIÇÃO
02	Paciente do Programa Integrado à Saúde da Mulher	06	Paciente Portador de Deficiência Física	12	Paciente Portador de AIDS	16	Paciente do Programa de Atendimento ao Idoso	28	Gestante no 2º Trimestre
03	Paciente Vítima de Acidente de Trabalho	09	Paciente Portador de Tuberculose	13	Paciente Vítima de Acidente de Trânsito	17	Paciente Portador de Doença Reumática	29	Gestante no 3º Trimestre
04	Paciente de Programa de Hipertensão Arterial	10	Paciente Portador de Hanseníase	14	Paciente Portador de Doença Profissional	18	Paciente Portador de Hemofilia		
05	Paciente de Programa de Atendimento ao Diabético	11	Paciente Portador de Doença Sexualmente Transmissível (exceto AIDS)	15	Paciente do Programa de Prevenção do Câncer	27	Gestante no 1º Trimestre	99	Grupo Não Especificado na Tabela

PROFISSIONAL E CARIMBO

### CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

<b>CÓD I- AMEULATÓRIO / PÓS-OPERATÓRIO</b> (01) 00000000 - Refração (02) 17071020 - Tonometria de aplanção (03) 17071038 - Fundoscopia (04) 08141142 - Sondagem de vias lacrimais (05) 00000000 - Motilidade ocular (06) 08141096 - Epilação de cílios (Triquiasis) (07) 08011079 - Debridamento e curativo e escara ou ulceração (08) 17072077 - Consulta Oftalmológica/Retinografia e mapeamento de retina	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (01) Total _____ (02) Total _____ (03) Total _____ (04) Total _____ (05) Total _____ (06) Total _____ (07) Total _____ (08) Total _____	<b>CÓD VI- Córnea</b> (35) 00000000 - Check-up de córnea (36) 17074053 - Microscopia especular córnea (37) 17071020 - Tonometria de aplanção (38) 00000000 - Teste de adaptação prótese ocular (39) 08141134 - Retirada de corpo estranho da córnea (40) 00000000 - Ceratometria (41) 17071020 - Ceratoscopia computadorizada (42) 00000000 - Teste de rosa bengala (43) 17071070 - Teste shimer (44) 17072034 - Paquimetria ultrassônica (45) 17073049 - Teste para adaptação de lente de contato	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (35) Total _____ (36) Total _____ (37) Total _____ (38) Total _____ (39) Total _____ (40) Total _____ (41) Total _____ (42) Total _____ (43) Total _____ (44) Total _____ (45) Total _____
<b>CÓD II- GLAUCOMA</b> (09) 17073030 - Campimetria (instrumental com gráfico) (10) 17073073 - Campimetria computadorizada (11) 17071020 - Tonometria de aplanção (12) 17072026 - Curva tensional diária (13) 08144044 - Criocicloterapia (14) 19063032 - Fototrabelculoplastia a laser (15) 08145083 - Iredectomia Cirúrgica (Laser) (16) 17071054 - Gonioscopia (17) 08141118 - Injeção retrobulbar ou peribulbar (18) 00000000 - Tomografia neuro retiniana (19) 00000000 - Fluxometria nervo óptico (20) 00000000 - Análise camada de fibras nervosas (21) 08144044 - Ciclocríoagulação ou Diatermia	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (09) Total _____ (10) Total _____ (11) Total _____ (12) Total _____ (13) Total _____ (14) Total _____ (15) Total _____ (16) Total _____ (17) Total _____ (18) Total _____ (19) Total _____ (20) Total _____ (21) Total _____	<b>CÓD VII- RETINA</b> (46) 00000000 - Check-up de retina (47) 17073065 - Mapeamento de retina (48) 17072050 - Retinografia colorida (49) 17071038 - Fundoscopia (50) 17073030 - Campimetria (instrumental com gráfico) (51) 17073073 - Campimetria computadorizada (52) 17074045 - Retinografia fluorescente (53) 08146098 - Retinopexia primária (54) 19063024 - Fotocoagulação a laser (55) 19063016 - Capsulotomia a Yag Laser (56) 19063059 - Sinequiólise a Yag Laser (57) 19063057 - Vitriólise a Yag Laser (58) 00000000 - Angiografia Fluoresceínica	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (46) Total _____ (47) Total _____ (48) Total _____ (49) Total _____ (50) Total _____ (51) Total _____ (52) Total _____ (53) Total _____ (54) Total _____ (55) Total _____ (56) Total _____ (57) Total _____ (58) Total _____
<b>CÓD III- ESTRABISMO</b> (22) 00000000 - Teste Ortóptico (23) 19061(13 - Exercício Ortóptico)	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (22) Total _____ (23) Total _____	<b>CÓD VIII- PLÁSTICA OCULAR</b> (59) 00000000 - Check-up plástica (60) 00000000 - Check-up vias lacrimais (61) 00000000 - Check-up ptose (62) 08144150 - Sondagem/lavagem vias lacrimais com sedação (63) 08144142 - Sondagem das vias lacrimais (64) 00000000 - Adaptação prótese ocular (65) 08011079 - Debridamento e curativos de escara ou ulceração	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (59) Total _____ (60) Total _____ (61) Total _____ (62) Total _____ (63) Total _____ (64) Total _____ (65) Total _____
<b>CÓD IV- NEUROOCULAR</b> (24) 00000000 - Exame neurooftalmológico (25) 17073030 - Campimetria (instrumental com gráfico) (26) 17073073 - Campimetria computadorizada (27) 17071038 - Fundoscopia (28) 17074029 - Eletrooculografia (29) 17074010 - Eletroretinografia (30) 00000000 - Check-up ptose (31) 17074037 - Potencial evocado	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (24) Total _____ (25) Total _____ (26) Total _____ (27) Total _____ (28) Total _____ (29) Total _____ (30) Total _____ (31) Total _____	<b>CÓD IX- OUTROS</b> (66) 17072042 - Ecobiometria (Biometria ultrassônica) (67) 14013029 - Ultrassonografia do Globo Ocular ou de Órbita (ecografia ocular) (68) 19063016 - Capsulotomia a Yag Laser (69) 19064012 - Injeção intra-vítrea (70) 17073057 - Visão subnormal _____ (71) 08143030 - Parectese de câmara anterior _____ (72) _____ - Outros _____ (informar região)	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (66) Total _____ (67) Total _____ (68) Total _____ (69) Total _____ (70) Total _____ (71) Total _____ (72) Total _____
<b>CÓD V- UVEÍTE</b> (32) 00000000 - Check-up uveíte (33) 17071038 - Fundoscopia (34) 17073065 - Mapeamento de retina	<b>CÓD SOMATÓRIO</b> (32) Total _____ (33) Total _____ (34) Total _____		

## ANEXO E - Formulário de Registro da Produção Ambulatorial – Serviço de Enfermagem



Hospital Federal  
dos Servidores do Estado

**SERDEM**

### PRODUÇÃO DE ATENDIMENTO BÁSICO

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

COD. PROC.	PROF.	PRODUÇÃO DE ATENDIMENTO BÁSICO	EMERG.	AMB.	INT.	TOTAL
01.022.07-5	64	CURATIVO				
	64	IMUNIZAÇÕES (VACINAS)				
	64	INJEÇÕES				
	64	VISITAS DOMICILIAR				
07.031.03-3	64	TESTE ESP. DIAB. MELLITUS-GLICEMIA CAPILAR				
04.11.05-8	64	AFERIÇÃO DE P.A				
04.11.05-8	64	TOMADA DE PESO				
04.11.05-8	64	AFERIÇÃO DE ALTURA				
04.11.05-8	64	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA				
	64	PRÉ - NATAL				
	64	PUERICULTURA				
	64	PUERPERA				
	64	GESTANTE				
03.022.01-3	64	BOCHECHO COM FLUOR				
	64	HIGIENE DENTAL				
01.022.06-7	64	COLETAS DE MATERIAS PARA EXAMES				
01.022.08-3	64	INALAÇÃO E NEBULIZAÇÃO				
01.022.12-1	64	RETIRADA DE PONTO				
	64	ACÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA				
	64	TROCA DE CURATIVO				
	64	RETIRADA DE GESSO				
04.011.05-8	64	ENVOLTÓRIO FRIO -				
01.022.13-0	64	MEDICAÇÃO ORAL				
	64	OUTROS ATENDIMENTOS BÁSICOS				

**ANEXO F - Planilha SERDEM**



Mistério da Saúde - SUS  
Hospital dos Serviços do Estado



CBO 223505	ATENDIMENTO BÁSICO - GERAL	
	Mê 01	Ano: 2015
	PRODUÇÃO DE ATENDIMENTO BÁSICO	AMBULATÓRIO
040.101.00-23	CURATIVOS	
	IMUNIZAÇÕES	
	INJEÇÕES(IM, IV, SC)	
010.103.100-10	VISITAS DOMICILIAR ( nível médio)	
010.103.00-29	VISITAS DOMICILIAR ( nível superior)	
021.401.00-15	GLICEMIA CAPILAR	
030.110.00-39	AFERIÇÃO DE P.A	
	TOMADA DE PESO	
	AFERIÇÃO DE ALTURA	
	AFERIÇÃO DE TEMPERATURA	
	PRÉ-NATAL	
	PUERICULTURA	
	GESTANTE	
010.102.00-23	BOCHECHO COM FLUOR	
010.102.00-31	HIGIENE DENTAL	
020.102.00-41	COLETAS DE MATERIAIS PARA EXAMES	
030.110.01-01	INALAÇÃO E NEBULIZAÇÃO	
	INFILTRAÇÃO	
030.110.01-52	RETIRADA DE PONTOS	
	AÇÕES DE VIGILANCIA	
	TESTES ALERGÊNICOS	
	TROCA DE CURATIVO	
030.110.00-55	RETIRADA DE GESSO	
	ENVOLTÓRIO FRIO	
	APLICAÇÃO MEDICAÇÃO TÓPICA	
	MEDICAÇÃO ORAL	
	OUTROS	