

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Deusa Maria Arruda Rocha

**Arquitetura para monitoramento de filas de espera pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade do Ministério de Saúde.**

Brasília

2019

Deusa Maria Arruda Rocha

**Arquitetura para monitoramento de filas de espera pela Central Nacional de  
Regulação de Alta Complexidade do Ministério de Saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elyne Montenegro Engstrom

Brasília

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

R672a Rocha, Deusa Maria Arruda.  
Arquitetura para monitoramento de filas de espera pela  
Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade do  
Ministério da Saúde / Deusa Maria Arruda Rocha. -- 2019.  
109 f. : il. color. ; tab.

Orientador: Elyne Montenegro Engstrom.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2019.

1. Modelos de Assistência à Saúde. 2. Listas de Espera.  
3. Monitoramento. 4. Avaliação de Processos e Resultados  
(Cuidados de Saúde). 5. Qualidade da Assistência à Saúde. I.  
Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425

Deusa Maria Arruda Rocha

**Arquitetura para monitoramento de filas de espera pela Central Nacional de  
Regulação de Alta Complexidade do Ministério de Saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 02 de julho de 2019

**Banca Examinadora**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Elyne Montenegro Engstrom – Orientador(a)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Fernando Manuel Bessa Fernandes - Efetivo  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Efetivo  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2019

## AGRADECIMENTOS

São muitos os agradecimentos que tenho a registrar. Agradeço a Deus pela oportunidade, pela saúde e providências em cada detalhe que se fez necessário neste caminhar de dois anos. Agradeço aos meus familiares que sempre me apoiaram: meus pais Afrânio Gomes da Rocha e Maria Deusa Arruda Rocha (in memoriam). Meus irmãos: Afrânio Gomes da Rocha Filho, Ari Arruda Rocha, Dione Arruda Rocha e Aldo Arruda Rocha. Agradeço ao meu filho Renato Arruda Rocha Monteiro, à minha nora Larissa Ferraz Ferreira Monteiro e ao meu netinho querido Felipe Ferraz Ferreira Monteiro, que nem tive tempo de acompanhar o seu crescimento. Agradeço ao Ministério da Saúde pelo apoio financeiro do Curso de Mestrado Profissional de Desenvolvimento e Políticas Públicas e pela oportunidade ímpar em minha carreira. Agradeço à Dra. Cleusa R. da Silveira Bernardo, Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle e ao Coordenador-Geral da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação, João Marcelo Barreto Silva pela autorização na participação deste Curso. Agradeço à minha Orientadora Elyne Engstrom pela paciência, cuidado e todas as orientações deste estudo, sem as quais não teria conseguido concluir de maneira tão satisfatória. Agradeço à Banca Examinadora deste nosso estudo, por essa disponibilidade em contribuir com a análise de nosso trabalho: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro, D. Fernando Manuel Bessa Fernandes, Prof. Dr. José Inácio Jardim Motta. Agradeço os apoios recebidos de nossa querida Monica Reis (ENSP). Agradeço a toda a Coordenação do Curso de Mestrado Profissional Desenvolvimento em Políticas Públicas: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro, Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira, Prof. Dr. José Inácio Jardim Motta, Dra. Isabel Boavista Seara Machado. Agradeço a todos os nossos professores por tudo que se dedicaram a nos ensinar e representando, toda esta equipe, cito o Prof. Dr. Niemeyer Almeida Filho, - por ter estendido a sua contribuição à minha rotina de trabalho junto à Universidade de Uberlândia (MG), ajudando na busca de prestador de serviços para a especialidade traumato-ortopedia, que tanto necessitamos. Agradeço ao convívio gostoso dos colegas desta Turma 2017/2019, todos, sem exceção, foram maravilhosos. Agradeço às colegas Marilusa Cunha da Silveira, Thaís Araújo Cavendish, Jéssica da Silva Rodrigues, Maria Edmilza Silva e Tacila Pires Mega pelas caronas, especialmente, as das aulas noturnas, sem as quais, certamente teria desistido do Curso. Agradeço à Marina Atsumi Oikawa, colega do Ministério da Saúde, que me ajudou na formatação do texto, amiga para sempre. Agradeço aos colegas Luciano Rogério Vieira Borges e João Geraldo de Oliveira Júnior

que me passaram dicas para conseguir finalmente, formatar o Sumário. Agradeço ao colega Laudemiro Francisco Evangelista Bezerra por sua delicadeza na arte de webdesigner nas diagramações elaboradas. Agradeço, por fim, ao Eduardo Bonilha Rolim Júnior, colega da Biblioteca do Ministério da Saúde, que sempre me ajudou a encontrar material de pesquisa. A todos o meu apreço, meu carinho e consideração. Muito obrigada.

*The power of measuring results*

*If you do not measure results, you cannot tell success from failure.*

*If you cannot see success, you cannot reward it.*

*If you cannot reward success, you are probably rewarding failure.*

*If you cannot see success, you cannot learn from it.*

*If you cannot recognize failure, you cannot correct it.*

*If you can demonstrate results, you can win public support (KUSEK & RIST, 2004 .p.11)*

## RESUMO

A Administração Pública é sempre demandada a melhorar a sua performance, a ser mais responsiva às suas demandas internas e externas e estar preparada a executar uma boa gestão, examinando os seus resultados e impactos e apresentando um transparente *accountability*. Nesse sentido, impera-se a necessidade de inserção de um sistema de monitoramento. Um sistema para quem está frente a desafios constantes de gestão por resultados, que possa ganhar insights, para uma performance de sua respectiva organização. Este estudo se trata de uma proposta de Arquitetura de *framework*, para Monitoramento de fila de espera para especialidades clínicas, pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade construída até 01/06/2019 e contempla um conjunto de desenhos e construções que se desenvolveram a partir da compreensão lógica do complexo ambiente do objeto e da caracterização de suas relações causais. A metodologia adotada está delimitada ao nível: serviços e ao atributo: cobertura. A abordagem utilizada é a sistêmica de DONABEDIAN – Estrutura-Processo-Resultados (1990) associada a duas outras abordagens: a de BUVINICH (1999) sobre gestão por processos incremental e a de SULBRANDT (1994) que, integra além dos enfoques de metas e processos, os atores afetados no contexto e se utiliza de dados (qualitativo e quantitativo). Como resultados são apresentados as seguintes propostas: a qualificação teórica do processo; o modelo teórico-lógico; o estudo de avaliabilidade, critérios, padrões de desempenho e recomendações, sobretudo, acerca de riscos e barreiras que possam impedir o alcance de metas e expectativas estimadas; matriz para um indicador de cada dimensão de intervenção com sua respectiva ficha de qualificação; dimensões acessórias; primeiros estudos para nova dimensão; os dez passos do desenvolvimento; e, o esboço da Arquitetura de *framework* do sistema de monitoramento de processos, baseado em intervenção com foco em resultados. É uma arquitetura com abordagem metodológica que, guardando as devidas proporções e contextos, pode ser adaptada para monitoramento de processos, baseado em intervenção, com foco em resultados de qualquer fila de espera eletiva.

Palavras-chave: Modelos de Assistência à Saúde, Listas de Espera, Monitoramento, Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde), Qualidade da Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

Public administration is always required to improve its performance, to be more responsive to its internal and external demands and to be prepared to perform good management, examining its results and impacts and presenting a transparent accountability. In this sense, there is a need to insert a monitoring system. A system for those who are faced with constant results management challenges that can gain insight into the performance of their organization. This study is a proposal of Framework Architecture for Waiting Line Monitoring for Clinical Specialties, by the National Center for High Complexity Regulation built until 01/06/2019 and includes a set of drawings and constructions that were developed from logical understanding of the object's complex environment and characterization of its causal relationships. The adopted methodology is limited to the level: services and the attribute: coverage. The approach used is the systemic of DONABEDIAN - Structure-Process-Results (1990) associated with two other approaches: BUVINICH (1999) on incremental process management and that of SULBRANDT (1994), which integrates beyond the goals and objectives. processes, the actors affected in the context and uses data (qualitative and quantitative). As results are presented the following proposals: the theoretical qualification of the process; the theoretical-logical model; the study of evaluability, criteria, performance standards and recommendations, especially regarding risks and barriers that may prevent the achievement of goals and estimated expectations; matrix for an indicator of each intervention dimension with its respective qualification form; accessory dimensions; first studies for a new dimension; the ten steps of development; and, the outline of the process monitoring system framework architecture, based on results-focused intervention. It is an architecture with methodological approach that, keeping the right proportions and contexts, can be adapted for intervention-based process monitoring, focusing on the results of any elective queue.

Keywords: Health Care Models, Waiting Lists, Monitoring, Process and Outcome Evaluation (Health Care), Quality of Health Care.

## TABELAS

Tabela 1 -	Análise de aproveitamento de agendamentos em 2018 .....	67
Tabela 2 -	Análise das Pendências em 2019, na especialidade Neurologia .....	69
Tabela 3 -	Cálculo das Soluções das Pendências por Grupo em 2019, na especialidade Neurologia.....	70
Tabela 4 -	Crerários e Padrões de Soluções das Pendências por Grupo em 2019, na especialidade Neurologia .....	71
Tabela 5 -	Média de tempo de espera da inserção do laudo ao atendimento – Série Histórica Geral .....	73
Tabela 6 -	Média de tempo de espera para atendimentos (dias)- Série Histórica – Parcial I .....	74
Tabela 7 -	Média de tempo de espera para atendimentos (dias)- Série Histórica – Parcial II .....	75
Tabela 8 -	Procedimentos mais solicitados na especialidade Traumatologia – Série Histórica .....	76
Tabela 9 -	Fila de espera acumulada Neurologia - Por ano de solicitação (Referência: Junho/2019).....	79
Tabela 10 -	Fila de espera acumulada da Traumatologia - Por ano de solicitação (Referência: Junho/2019) .....	80
Tabela 11 -	Fila de Espera acumulada Oncologia - Por ano de solicitação (Referência: Junho/2019).....	81
Tabela 12 -	Fila de Espera da Cardiopediatria (2018).....	82
Tabela 13 -	Fila de Espera da Cardiopediatria (2017).....	82
Tabela 14 -	Fila de Espera da Cardiopediatria (2016).....	83
Tabela 15 -	Fila de Espera Acumulada - Distribuição de Laudos Demandados por CERAC Solicitante - Referência: 2019.....	115
Tabela 16 -	Razão do número de laudos do mês considerado sobre o mês imediatamente anterior .....	115

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - 1º Dimensão: Monitoramento do Ciclo de Agendamentos .....	61
Figura 2 - 2º Dimensão: Monitoramento do Ciclo de Pendências .....	62
Figura 3 - 3º Dimensão: Monitoramento do Ciclo de Atendimentos .....	63
Figura 4 - 4º Dimensão: Monitoramento do Ciclo da Fila de Espera.....	64
Figura 5 - Dez passos - Desenho, Construção e Base de Sustentação do Monitoramento e Avaliação baseado em Resultados .....	90

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estudo de Avaliabilidade Geral: Critérios e padrões utilizados nas Especialidades Estudadas .....	48
Quadro 2: Caracterização da dimensão Agendamentos .....	53
Quadro 3: Caracterização da dimensão Pendências .....	55
Quadro 4: Caracterização da dimensão Atendimentos .....	57
Quadro 5: Caracterização da dimensão Fila de Espera .....	59
Quadro 6: Estudo de Avaliabilidade – Resumo das Especialidades selecionadas em cada dimensão de intervenção .....	65
Quadro 7: Matriz do Indicador - Cobertura.....	87
Quadro 8: Dez Passos de um sistema de Monitoramento e Avaliação baseado em Resultados .....	90
Quadro 9: Arquitetura da Lógica do Sistema de Monitoramento e Avaliação de Processos baseado em Intervenção com Foco em Resultados .....	92

## LISTA DE SIGLAS

5W2H	(What, Who, Why, Where, When) e (How e How much)
CERAC	Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade
CGRA	Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
CNRAC	Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DSF	Departamento de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
HCU/CHP	(Health Communication Unit Center for Health Promotion)
M & A	Monitoramento e Avaliação
MAC	Teto financeiro de Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OECD	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
PDCA	Plan (planejar), Do (fazer), Check (checar) e Act (agir)
PNMA-SUS	Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	16
<a href="#">1.1.</a>	Situação-Problema.....	25
1.2.	Pressupostos .....	26
1.3.	Objeto do Estudo .....	27
2.	JUSTIFICATIVA .....	28
3.	OBJETIVO-GERAL .....	29
3.1.	Objetivos Específicos.....	29
4.	REFERENCIAL TEÓRICO .....	30
4.1.	Regulação na Central de Regulação de Alta Complexidade.....	30
4.2.	Monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados ..	33
4.3.	Institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação .....	35
4.4.	Avaliação da Qualidade do Cuidado.....	35
4.5.	Acesso.....	36
4.6.	Lista de Espera .....	36
4.7.	Tempo de Espera .....	37
5.	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	38
5.1.	Técnicas utilizadas no estudo.....	49
6.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	51
7.	RESULTADOS.....	51
7.1.	Caracterização da Dimensão de Intervenção .....	53
7.1.1.	Dimensão Agendamentos .....	53
7.1.2.	Dimensão Pendências.....	55
7.1.3.	Dimensão Atendimentos.....	57
7.1.4.	Dimensão Fila de Espera .....	59
7.2.	Modelizando as Dimensões de Intervenção .....	61
7.2.1.	Modelo Teórico-Lógico da Intervenção AGENDAMENTOS .....	61
7.2.2.	Modelo Teórico-Lógico da Intervenção PENDÊNCIAS .....	62
7.2.3.	Modelo Teórico-Lógico da Intervenção ATENDIMENTOS .....	63
7.3.	Estudo de Avaliabilidade das Dimensões de Intervenção.....	65
7.3.1.	Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção AGENDAMENTOS. ....	65
7.3.2.	Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção PENDÊNCIAS .....	68
7.3.3.	Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção ATENDIMENTO .....	72

7.3.4.	Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção FILA DE ESPERA. .....	78
7.4.	Matriz e Ficha de Qualificação de Indicadores para as Dimensões de Intervenção .....	85
7.4.1.	Matriz de Indicador: Cobertura por Dimensão de Intervenção .....	87
7.4.2.	Ficha de Qualificação de Indicadores – Para cada dimensão de Intervenção Essencial .....	88
7.5.	Dimensões Acessórias .....	88
7.5.1.	Capacitação do sistema de monitoramento e avaliação de processos baseado em intervenção com foco em resultados à distância .....	88
7.5.2.	Apoio institucional às CERAC e às Unidades Executantes .....	88
7.5.3.	Dimensão acessória incubada .....	89
7.6.	Primeiros estudos sobre nova dimensão de intervenção .....	89
7.7.	Sistematização e esboço dos dez passos: desenho, construção e base de sustentação do monitoramento e avaliação baseado em resultados.....	89
7.8.	A arquitetura lógica do sistema de monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados. ....	91
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	100
	APÊNDICES .....	105
	Apêndice 1: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão AGENDAMENTO .....	105
	Apêndice 2: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão PENDÊNCIA .....	107
	Apêndice 3: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão ATENDIMENTO	110
	Apêndice 4: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão FILA DE ESPERA .....	113

## 1. INTRODUÇÃO

O tema proposto nessa dissertação vem sendo objeto de interesse de trabalho e de estudo desde agosto de 2015, ao iniciar as minhas atividades profissionais na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC, da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação – CGRA/DRAC/MS, instância da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde, Brasil.

Desde este início, o Coordenador-Geral se mostrou motivado com a chegada de novos profissionais na Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES e entusiasmado pela perspectiva de ter mais pessoas envolvidas no trabalho na CGRA, no objetivo de iniciar o monitoramento na CNRAC. A Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação tem como atribuição, dentre outras de acordo com o Regimento Interno do Ministério da Saúde, Portaria 1.419, de 08 de junho de 2017 (BRASIL, 2017): planejar, coordenar e operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC.

Pensando nisto, o Coordenador-Geral da CGRA juntamente com a equipe de profissionais integrantes da CNRAC realizaram uma série de encontros técnicos para identificar problemas relativos à CNRAC. Dentre os problemas discutidos, o evento crítico reconhecido foi a de notificação pós-data de constantes perdas de agendamentos pelos pacientes às datas registradas no sistema pelas Unidades Executantes (prestadoras dos serviços) à CNRAC, sem algum aviso prévio dessas ocorrências ou de justificativas de que não compareceriam. Em geral, havia falta de conhecimentos antecipados do não encaminhamento e de uma justificativa do não prosseguimento do processo, o que proporcionava transtornos de logísticas e de prejuízos desses Hospitais. Havia muitos laudos/pacientes que ficavam muito tempo aguardando um atendimento em fila de espera, muitas vezes, ocasionados por problemas desses usuários, que perdiam os agendamentos. Alguns faltavam até pelo fato de não concordarem com aquela localidade agendada e/ou pela não indicação de atendimentos para onde fizeram um primeiro tratamento. Só que não havia essa informação nos laudos, a informação só chegava depois de registrado no sistema o agendamento conforme disponibilidade de Unidades Executantes direcionadas, gerando problemas relativos ao acesso de outros da lista de espera. Não existiam referências descritas no laudo, quando inseriam esses pacientes na CNRAC, o que demandava novos direcionamentos ou necessidade de novos agendamentos, postergando o atendimento deste paciente e da fila de espera.

Problemas de atendimentos de pacientes sempre assumem uma repercussão muito grande na população, especialmente, na especialidade Cardiologia Pediátrica, que remete à atenção imediata à criança pela via da judicialização.

Essa preocupação passou a ser pautada nas reuniões da CGRA e o Coordenador-Geral apontou a necessidade de se ordenar os problemas conhecidos, acima citados e colocou como agenda, a iniciação da implantação do monitoramento na especialidade clínica Cardiologia Pediátrica.

A Cardiologia Pediátrica, portanto, foi a especialidade indicada para a experiência-piloto dentre as demais. O monitoramento sugerido naquela época (2015/2016) previa, em termos de monitoramento, uma compreensão de dimensão reduzida, restrita a um aspecto evidenciado: a falta contínua dos pacientes marcados aos agendamentos registrados no sistema, sem uma comunicação prévia para a Unidade Executante, consequência do inexistente acompanhamento dos agendamentos no sistema pela CNRAC e, do mesmo modo, pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade que demandavam os agendamentos para o sistema.

A intenção desde o início era que, caso a experiência-piloto fosse bem-sucedida, esta poderia ser estendida, no mesmo processo, às outras especialidades contempladas na Central de Regulação Nacional de Alta Complexidade – CNRAC: Cardiologia Adulta, Traumatologia-ortopedia, Oncologia e Neurologia, o que se completou no decorrer do processo de construção e desenvolvimento.

A escolha Cardiologia Pediátrica, como experiência-piloto teve como motivação principal, as preocupações que anuviavam àquele momento e obedeceu a três critérios que foram considerados como relevantes na avaliação.

O primeiro critério foi a preocupação da grande vulnerabilidade a que as crianças portadoras de cardiopatias complexas estavam expostas, numa escala nacional, frente às dificuldades de assistências em seus estados, levando-as a diagnósticos tardios e complicações que se agudizam dia a dia.

Essas crianças, na sua maioria, são portadoras de cardiopatias congênitas, tardiamente diagnosticadas, geralmente, oriundas do Norte e do Nordeste do país, do meio rural, de municípios longínquos, sítios, aldeias, periferias com precariedades de assistência primária e com grandes distâncias dos grandes centros, dificultando o diagnóstico inicial ou a continuidade do seu cuidado. E, mesmo considerando as crianças residentes na capital, também se evidenciam problemas semelhantes. Alguns estados não dispõem do serviço e não têm pactuação com outros estados, ou uma referência regional,

de assistência integral para sua população, necessitando da regulação nacional para o atendimento da alta complexidade em hospitais habilitados e com equipamentos e médicos especializados.

De todos os estados brasileiros, seis estados ainda não têm habilitação em cirurgias cardiovasculares pediátricas (Acre, Amapá, Paraíba, Rondônia, Roraima e Tocantins), e apresentam grande número de crianças portadoras de doenças cardiovasculares congênitas, de idades, principalmente, entre 0 a 3 anos de altíssima complexidade. Muitas vezes, os estados clínicos são crônicos e o atendimento, em fila de espera eletiva é tardio e, algumas, quando são atendidas pelos encaminhamentos via CNRAC, “já não há mais o que se fazer” porque vão a óbitos ou “já passou o momento da cirurgia” (depoimentos de algumas Unidades Executantes, que prestam serviços à CNRAC).

De acordo com o Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita (Brasil, 2017), a mortalidade neonatal precoce representa cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil, 25% dos óbitos ocorrem no primeiro dia de vida e isso demanda estratégias de gestão, conforme sinalização de Santos e Andrade (2007), um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde nas três esferas, cabendo a todos desta rede interfederativa, garantir a integralidade da assistência da saúde pública.

Partindo de marco legal prescrito na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), que regulamenta os artigos inseridos na CF/88, a assertiva acima reflete a premissa forte de continuidade do cuidado para a efetiva integralidade da assistência, e designa a esfera federal também, neste conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde (BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, página 192, Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde - Anexo 1 – Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

O segundo critério levou em conta, além do que já estava documentada no Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita (2017), - a constatação observada pelos dados obtidos do Sistema de Informações CNRAC que o número de óbitos é crescente, ano a ano. Tal situação é preocupante, porque muitas crianças não chegam nem a serem assistidas nos serviços de alta complexidade e outras, ao receberem a assistência, ficam no leito do Hospital, pois já não conseguem resistir. Isto é consequência de diagnósticos muito tardios e de situações crônicas, como citados acima, condição inaceitável, considerando ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL. CF/88), com garantia de acesso a cuidados efetivos e oportunos.

Esse quadro passou a requerer uma coordenação estratégica e uma atitude de gestão pública mais efetiva dentro das possibilidades de ação e de intervenção governamental.

Dessa forma, a agenda para monitoramento da cardiologia pediátrica, inicialmente, chegou à CGRA, em setembro de 2015, impulsionado pelo cenário que se apresentava, intensificado pelo apelo da população. Frequentemente, apresentavam-se reportagens com entrevistas a mães que não tiveram a oportunidade de oferecer uma assistência a tempo para os seus filhos; desesperadas e desamparadas.

Essas reportagens apresentadas na mídia nacional televisiva tinham uma consequência rápida sobre o gestor público de saúde, principalmente dos municípios, onde o cidadão estava mais próximo dessas autoridades, com grande repercussão, comoção e descontentamentos generalizados no país.

Esse foi um fator muito significativo e sinalizador da deficiência e da precariedade de um acompanhamento sistemático, permanente e contínuo, e da necessidade da compreensão dos fatos e de respostas mais rápidas de intervenção pela CNRAC.

E, por fim, o terceiro critério avaliado na época foi a judicialização recorrente para o atendimento. Havia recorrência dos pacientes ou de seus responsáveis à via judicial, por não estarem satisfeitos com a demora de um atendimento para os seus entes familiares.

Os processos de judicialização estavam se avolumando e muito rápido. Sendo, portanto, cada vez mais, um instrumento impetrado pelos usuários do SUS. Muitas vezes o atendimento já está agendado ou prestes a ser agendado, mas a pessoa desesperada se antecipava, para conseguir mais agilidade com as suas próprias forças. Nessa perspectiva, muitos agendamentos foram perdidos porque quando os usuários judicializam, normalmente, os atendimentos ocorrem no mesmo estado. Embora seja a judicialização na saúde, um direito do usuário no exercício de sua cidadania frente a um dever do Estado, o uso deste instrumento preocupa muito à saúde pública em outra vertente: proporciona um complexo desequilíbrio das estratégias de organização e logística implementadas pela gestão do SUS.

Para o início do entendimento, da lógica de construção do monitoramento foram dedicados os três meses finais de 2015. Foram dedicados estudos intensivos sobre cada comentário inserido no histórico de cada laudo solicitado à CNRAC, da especialidade Cardiologia Pediátrica, pela CERAC solicitante, pelo Hospital Consultor, pela Unidade Executante, e por repetidas vezes, a mesma leitura, com anotações de evidentes caminhos. Algumas descrições dificultavam o entendimento porque não estavam tão completas. No

início de 2016, já havia subsídios orientadores para a implantação da execução de um monitoramento de intervenção para a Cardiologia Pediátrica, apto ao início do processo, isto é, existia uma lógica suficiente para a construção do processo. O processo foi construído e executado de forma incremental e o período referencial de implantação do monitoramento (a *baseline* do processo), foi janeiro de 2016, - já trazendo no seu bojo, o tipo e a abordagem de ações de intervenção.

Até então, não se tinha muito claro o que se deveria monitorar e o porquê monitorar. Foi um trabalho de estudo e análise lógica exaustivos, que exigiu muito tempo, esforço e dedicação pessoal, como profissional envolvida na temática e participante desta equipe. Essa rotina necessitou de mais pesquisas e estudos acadêmicos. Em 2017, fiz a Especialização em Informática em Saúde e iniciei o Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas. No final de 2018, ingressei em outro Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em monitoramento, avaliação e informação estratégica (M&A), para ampliar leituras, conhecimentos, explorar materiais complementares para aperfeiçoar a aplicação.

A atividade de trabalho foi transformada em objeto de TCC na primeira Especialização desse processo, posteriormente, de Dissertação deste Mestrado, e do TCC de última Especialização em curso, no sentido de potencializar o desenvolvimento do nosso trabalho, com uma atitude investigativa e com uma fundamentação teórica para a produção do conhecimento. Esse tema de trabalho me exige novos conhecimentos contínuos, contatos com pessoas e novidades da área.

Em vários momentos, claramente, tive dificuldades em separar o desenvolvimento do estudo, que é algo que busco incessantemente, do desenvolvimento da prática profissional, em que tudo precisa ser discutido e pactuado, porque estavam totalmente envolvidos, entrelaçados em causas e efeitos – teoria e prática.

A atividade de monitoramento transita em um ambiente que envolve diversos atores: o paciente/usuário detentor do laudo que existe no sistema – o maior beneficiário do processo e para o qual, a regulação existe; as integrantes estaduais, as chamadas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC que, ora pela demanda são denominadas de CERAC solicitantes, ora pela execução são chamadas de CERAC executantes; as Unidades Executantes (que são os Hospitais, prestadores dos serviços); os profissionais do setor CNRAC e os profissionais de departamentos técnicos afins da SAS, do MS, envolvidos com as especialidades clínicas que sendo discutidas; o Hospital Consultor da especialidade motivo de agenda, pois, no serviço público, decisões precisam

ser determinadas pelo conjunto de áreas técnicas afins. São os nossos denominados *stakeholders*.

Esses *stakeholders* se relacionam de alguma forma com a atividade de monitoramento CNRAC. Para estes ambientes e envolvidos estão depositadas toda a nossa atenção, todo o nosso olhar de execução.

Outro aspecto relacional diz respeito às CERAC (técnicos operadores do sistema CNRAC, médica reguladora, auditor CNRAC) e as Unidades Executantes (profissionais de faturamento, enfermeiros assistentes e equipe médica), todos os recursos humanos envolvidos nesta atividade, são muito importantes para a relação de execução e eles precisam se sentir como parceiros, colaboradores, cooperadores - integrantes deste trabalho. Foi necessário, desde o início, do monitoramento de intervenção, motivar os profissionais envolvidos, fomentar a participação e a valorização dessa relação de parceria, de colaboração e de cooperação, para a execução do trabalho, para que se pudesse construir um relacionamento de compromisso, de respeito, de disponibilidade, de informação imediata, capaz de se conseguir respostas rápidas, com qualidade a tempo e oportunidade.

Como profissional integrante da referida coordenação, foi possível vivenciar, acompanhar e compreender o cenário que se apresentava, e que, por um processo de mapeamento e racionalização das informações, se chegasse a um levantamento da situação e de sua relação causal entre as ocorrências e as possíveis intervenções. Pode-se afirmar que não foi uma trajetória fácil. Todo o processo de construção e desenvolvimento foi incremental, - passo a passo. E novo passo só era assumido, apenas, quando o último estava consolidado. Por isso, essa construção e o seu desenvolvimento precisaram de uma escala de longo prazo. A expectativa foi para 4 (quatro) anos, dada a dimensão e complexidade da interiorização do que vinha sendo aprendido e de mudança comportamental correlata.

Implantar um monitoramento, uma gestão de processos de monitoramento não é uma tarefa simples, onde os profissionais do serviço público não têm ainda o olhar, a visão e a prática costumeira de acompanhar, monitorar, controlar e de prestar contas das atividades executadas.

Considerando tal perspectiva, existe um referencial importante a ser incorporada ao setor público, - a cultura de monitoramento – referencial este, que precisa fazer parte das práticas cotidianas dos profissionais, e de serem institucionalizadas na organização. Sabe-se que se precisam monitorar as atividades com ações sistemáticas em todas as

atividades da função pública. No entanto, há desânimos, descontinuidade da força de trabalho, fragmentação, e, ainda, pouca valorização desse tipo de trabalho. Requer muito de decisão e de apoio da gestão, apesar da existência de várias normatizações da espécie.

A institucionalização da cultura de monitoramento, avaliação e controle em uma Coordenação, que tenha a competência de dar continuidade à regulação do acesso iniciada pelos estados, e que necessita de fluidez de uma fila de espera, a partir de ações na esfera federal, para atendimento de especialidade de alta complexidade, precisa ser muito forte e firme. E essa absorção, essa interiorização precisa ser rápida, para que todos participem e possam contribuir nas estratégias de organização do SUS. Na literatura internacional e nacional, vários autores fornecem reflexões teóricas e metodológicas robustas na área do monitoramento e avaliação de serviços de saúde, tais como: DONABEDIAN (1990), preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico, que sistematizou diversas propostas de abordagem na tríade: estrutura-processo-resultados; CONTANDRIOPOULOS (2006) existe amplo consenso quanto à ideia de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas; Avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir, PISCO (2006). Como as demandas por maiores *accountability* e resultados reais têm crescido, existe uma necessidade por melhorar o monitoramento e avaliação baseados em resultados das políticas, programas e projetos KUSEK;RIST (2004); A avaliação de uma intervenção complexa supõe que se recorra a uma abordagem holística que se apoia nos métodos de pesquisa sintética, CHAMPAGNE et al.(1990). No Brasil, a avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão TANAKA (2012). No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, pouco incorporada às práticas. Não faz parte da cultura institucional e nem sempre contribui com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (FELISBERTO, 2006); A otimização dos sistemas de informação para fins de avaliação bem como a indicação adequada acerca da necessidade ou não da realização de avaliações pontuais ou de investigações avaliativas requer certo grau de institucionalização da avaliação, HARTZ (1999).

O Ministério da Saúde vem investindo na institucionalização de ações de avaliação e monitoramento de suas atividades, para que se possa aperfeiçoar a

implementação dessa prática na gestão, em cumprimento de determinação da legislação regulamentar do SUS (BRASIL. Lei nº 8.080/90)<sup>1</sup>.

Existem iniciativas conhecidas em algumas Secretarias do Ministério da Saúde: como a da Atenção Primária à Saúde, SAPS/DSF/MS que implementou a política de monitoramento, avaliação e da institucionalização dessas práticas, conforme publicação que contextualiza a trajetória da construção de uma política de avaliação para a avaliação de políticas e programas de saúde no âmbito da Atenção Básica (2005), influenciando e tendo influência em um cenário no qual diversos departamentos otimizaram ou iniciaram programas de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde (FELISBERTO et al., 2005).

A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, BRASIL por meio da Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, art. 1º, na página 569, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Destaca-se ainda a Portaria nº 1.517/2013 (BRASIL, 2013), que instituiu o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Decreto nº 8.901 (BRASIL, 2016) que determinou a competência do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS - DEMAS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, para coordenar a formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS.

Mais recentemente, a Portaria GM nº 1.535 (BRASIL, 2017) instituiu o Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde - (PNMA-SUS) e de seu Plano Operativo sob a responsabilidade da Secretaria Executiva/MS.

Assim, na perspectiva *top-down*, essa ordenação de execução de monitoramento é levada às Coordenações-Gerais e encontra-se em suas atribuições regimental institucional. Porém, percebe-se que os gestores não estão ainda plenamente comprometidos em todas as vertentes deste processo.

Neste estudo tratou-se do desenvolvimento de uma arquitetura de monitoramento em um processo de longo prazo, incremental, na modalidade de intervenção baseada em resultados, de forma participativa, tendo como foco inicial a Cardiologia Pediátrica. E, dentro desse processo incremental, no decorrer do desenvolvimento, a Coordenação-

---

<sup>1</sup> BRASIL. inciso I do art. 15 da Lei nº 8.080/90; inciso III do art. 16 da Lei nº 8.080/90; inciso III do art. 13 do Decreto nº 7.508/11

Geral entendendo os resultados que se apresentavam com rápidas intervenções e soluções, determinou a inclusão do mesmo processo nas demais especialidades: Cardiologia Adulta, Neurologia, Traumato-ortopedia e Oncologia.

A construção da arquitetura pressupõe: diagramação de um Modelo Lógico para o sistema de monitoramento e avaliação a ser aplicado às especialidades clínicas da CNRAC. A metodologia também contempla a identificação de uma matriz de indicadores para as funcionalidades de monitoramento e avaliação, conforme as especificidades de cada especialidade, a ser pactuada com os integrantes da CNRAC.

Considerando os argumentos citados anteriormente, o presente estudo teve o intuito de apresentar a sistematização da construção e do desenvolvimento da arquitetura que foi demonstrada à gestão e aos integrantes da CNRAC, que foi empreendida de 2016 ao início de 2019, acerca do monitoramento da fila de espera para a Cardiologia Pediátrica e demais especialidades pela CNRAC. Espera-se com isso, fomentar a cultura de monitoramento pela geração de evidências para tomada de decisão; assim como, a continuidade deste processo de forma sistemática, para que se alcance, em breve tempo, numa metodologia participativa, um Plano de monitoramento operacional e efetivo, extensivo e aplicável a todas as especialidades.

Este estudo foi fruto de uma experiência cotidiana de monitoramento de intervenção baseado em resultados com reflexão sobre teorias, valores e tendências, que possam contribuir na continuidade da atividade na CNRAC e no refinamento do planejamento de cada novo ano da gestão sobre o fluxo de fila de espera das especialidades atribuídas à CGRA/DRAC/SAS/MS. E ainda, sobretudo, de busca de conhecimento das melhores práticas que possam dar celeridade com qualidade e respeito ao processo, permitindo contribuir com soluções de acesso e melhores oportunidades de vidas aos nossos pacientes, menos óbitos e com redução do número de judicializações.

## 1.1. Situação-Problema

Os cenários de estudo de 2015 e de execução dos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019 evidenciaram, em cada momento, as barreiras que paralisavam o fluxo do processo das filas de espera de cada especialidade existente na CNRAC e assim, necessitavam ser acompanhados e solucionados rapidamente, a tempo e oportunidade, com ações de intervenções para os seguintes problemas:

- Dificuldade de agendamento de determinados procedimentos. Os agendamentos não tinham um acompanhamento do processo pela CNRAC e eram escolhidos pelas Unidades Executantes – aparentemente o agendamento se dava, pelo tipo de procedimento mais interessante para a Unidade Executante, para cada paciente ou pelo laudo de inserção mais nova que era direcionado (do mais simples, em detrimento do mais complexo) e não tinha dependência direta com a motivação de fazer girar a fila da CNRAC.
- Inexistência de pactuação dos Estados para atendimento integralizado dos seus pacientes;
- Baixo envolvimento dos gestores estaduais e municipais nos processos;
- Problemas financeiros dos Estados que repercutem no encaminhamento dos usuários para cumprir os agendamentos: os pacientes são enviados para atendimentos em outros estados sem ajuda de custo, algumas vezes até sem a passagem aérea, tendo o paciente que arcar com as despesas, para no retorno, ingressar com pedido de ressarcimento. Esse tipo de encaminhamento é um dos grandes problemas detectados, pois dificilmente, os pacientes têm recursos suficientes para os seus deslocamentos.
- Baixa qualidade das informações nos laudos, nos diagnósticos, na qualidade dos exames, que trazem dificuldades para a análise de agendamento pelos neurocirurgiões, quando os pacientes chegam aos Hospitais, a avaliação médica dos neurocirurgiões não corresponde ao indicado nos registros dos diagnósticos dos médicos assistentes.
- Inexistência de acompanhamento do ciclo que envolve o laudo/paciente desde o momento da inserção no sistema, ao retorno à origem seja pela CNRAC, pelas CERAC e pelas Unidades Executantes, cada uma no seu momento de alcance;
- Falta de metas de qualidade, de indicadores sobre os acompanhamentos relativos a cada especialidade.
- Baixo comprometimento no retorno de informação e atendimento aos pedidos das Unidades Executantes, com retardo para a continuidade no fluxo do laudo.

- Falta de prestadores para atendimento de procedimentos ou especialidades específicas devido as seguintes barreiras: preço de Tabela SUS; o não faturamento pela CNRAC de pré e pós-operatórios.

- Dentre outros, ainda se destaca, a ausência de um planejamento de monitoramento e avaliação do fluxo dos laudos/pacientes das especialidades clínicas na CNRAC.

Pretendeu-se neste estudo sistematizar a construção e o desenvolvimento da arquitetura do sistema de monitoramento e avaliação da fila de espera. Inicialmente, na Cardiologia Pediátrica, porém, pela necessidade de celeridade, de compreender e de propor ações mais efetivas para as demais, fez com que fosse necessário ampliar o escopo das especialidades estudadas.

A partir desse incremento no escopo, foi possível desenvolver uma arquitetura que contemplou ações necessárias para minimizar os problemas presentes no processo, e propor um desenho de um modelo teórico-lógico para monitoramento de processos, baseado em intervenções, e para um sistema de monitoramento e avaliação, - ambos voltados para resultados; também, um plano de trabalho para desenvolvimento de metas/indicadores para cada especialidade a ser executado em 2019, após a realização de testes de verificação. Tais etapas foram mencionadas na metodologia e detalhadas ao final deste estudo.

Considerando o complexo cenário acima mencionado, duas questões foram norteadoras do presente estudo em monitoramento com foco em intervenção para obtenção de resultados:

1.1.1. Como desenvolver uma arquitetura de monitoramento que se aplique às especialidades clínicas da CNRAC e que apresente um modelo que articule uma dinâmica de celeridade do fluxo da fila de espera e promova informações para a tomada de decisão, de forma participativa com o gestor da CGRA e integrantes da CNRAC?

1.1.2. Como qualificar as dimensões das ações, informações e atividades, de forma a contribuir para o desenvolvimento dessa arquitetura que, ao final, contemple um Sistema de Monitoramento e Avaliação voltado para resultados?

## **1.2. Pressupostos**

Os pressupostos para este estudo foram: a existência de iniciativas pontuais e interesse da gestão em organizar um método de monitoramento para as especialidades clínicas da CNRAC; a necessidade e a factibilidade de desenvolver uma arquitetura de

monitoramento que pudesse ser compartilhada de forma participativa, com gestor da CGRA e integrantes da CNRAC.

A construção, o desenvolvimento e a qualificação desta arquitetura foram necessários, para que houvesse acreditação do monitoramento na CGRA; foi importante para a gestão, por se ter um instrumento de tomada de decisão transparente; foi relevante para o Sistema Único de Saúde, pois, segundo a (BRASIL. Portaria GM nº 1.535/2017), as ações de monitoramento e avaliação do SUS são integrantes do ciclo de decisão, formulação e implementação das políticas públicas de saúde; e foi factível de ser elaborada e de ser entregue dentro do prazo previsto no cronograma 2019.

Havia a necessidade de se internalizar e institucionalizar a cultura de monitoramento na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, nas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade e nas Unidades Executantes, integrantes e parceiras do fluxo da regulação nacional.

### **1.3. Objeto do Estudo**

Como objeto de estudo neste projeto tem-se: Sistematização da Construção e do Desenvolvimento de uma Arquitetura de Monitoramento de Processos, baseado em Intervenção com foco em resultados, que se aplique às especialidades clínicas da CNRAC e que articule uma dinâmica de celeridade do fluxo de fila de espera e que promova informações para a tomada de decisão.

## 2. JUSTIFICATIVA

Dentre as razões que me motivaram escolher o presente tema de estudo no Mestrado Profissional de Desenvolvimento de Políticas Públicas, destaco: o vínculo com esta área, por tratar-se do meu campo de atuação profissional desde 2015; as experiências anteriores profissionais adquiridas e, também, a oportunidade de poder compartilhar a estratégia e a logística escolhidas para o desenvolvimento dessa construção com outros profissionais; e expressar a energia e a motivação que me moveram na construção deste trabalho.

Entendo que posso contribuir para a Coordenação, onde estou lotada, com a busca permanente de estudos e pesquisas sobre o desenvolvimento dessa atividade profissional, no sentido de me manter atualizada sobre a tendência do desenvolvimento de tecnologias afins e de participar de debates e trocas de experiências, cujos conteúdos possam se reverter em grandes ganhos no crescimento profissional no exercício desta atividade para a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, o que permitirá uma capacidade de reestruturação e de adaptação, quando necessárias, frente ao realinhamento anual do contexto, em função de mudanças nos ambientes interno e externo.

Para o Sistema Único de Saúde, trazer esse assunto para estudo, com uma perspectiva participativa, fortalece a institucionalização da cultura da prática de monitoramento, de modo contínuo, permanente e sistemático na regulação de alta complexidade, baseado em intervenções para correções, orientações e articulações baseadas em resultados que, sobretudo, proporcionará mudanças de posturas e comportamentos que se refletirão no sistema ao longo do processo. Este estudo não é uma proposta estanque, mas que deverá ser continuamente aperfeiçoado. Os novos desafios do SUS e da administração pública demandam um incremento de ações de monitoramento para aumentar a *accountability* pública, melhorar a governança e demonstrar transparência e resultados para os seus pares, para a sociedade, para o cidadão. KUSEK & RIST (2004).

Para a sociedade e os profissionais de saúde, este estudo cumpre o papel de trazer um material de estudo, com resultados ricos em experiências, práticas vivenciadas, lições aprendidas e janelas de oportunidades para resolutividade do SUS.

### **3. OBJETIVO-GERAL**

Sistematizar a Construção e o Desenvolvimento de uma Arquitetura para o Monitoramento de Processos baseado em Intervenções com foco em resultados, visando à celeridade do fluxo da fila de espera e a tomada de decisão.

#### **3.1. Objetivos Específicos**

Para que se possa alcançar o objetivo-geral proposto, quatro objetivos específicos foram detalhadamente trabalhados neste estudo:

- (OE1). Descrever o caminho percorrido pela equipe da CNRAC na construção das diretrizes para o monitoramento no período de 2015-2019.
- (OE2). Desenvolver uma Arquitetura para o Modelo teórico-lógico do monitoramento que contemple o escopo do objetivo geral.
- (OE3). Compartilhar os passos dessa Arquitetura e do Modelo teórico-lógico do monitoramento com os integrantes e gestor da CNRAC.
- (OE4). Sistematizar os resultados alcançados e as possíveis recomendações de forma a implantar em 2019 o Plano de Trabalho de matrizes para metas/indicadores e o Modelo teórico-lógico na rotina da CNRAC e institucionalizar a prática na CGRA.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

Para o desenvolvimento deste estudo, alguns referenciais teóricos foram importantes para embasar o conteúdo trabalhado e dar fundamentação e sustentação ao que foi produzido a partir de muitas reflexões aqui apresentadas, a saber, sobre Regulação na Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade; Monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados; Institucionalização da cultura de monitoramento; Avaliação da Qualidade do Cuidado; Acesso; Lista de Espera; Tempo de Espera.

### **4.1. Regulação na Central de Regulação de Alta Complexidade**

Marcos legal e regulamentar determina o papel da esfera federal sobre a regulação, na dimensão do acesso, para dentro de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde nas três esferas, que possa garantir a integralidade da assistência da saúde pública.

No papel de indutor de políticas públicas da esfera federal, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Portaria GM/MS nº 1.559/2008 (BRASIL, 2008). A política se apresenta em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi instituída considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

E, nesse sentido, a regulamentação determinou ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC a implementação, na dimensão de regulação do acesso à assistência. Tendo como objetos a organização, o controle e o gerenciamento das ações e serviços de saúde, e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

À CNRAC coube a execução da intermediação da referência interestadual, que em seu Regulamento Técnico, alterado pela Portaria SAES nº 688/2017 (BRASIL, 2017), está disposto entre as suas atribuições, no art. 2º: *intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de Assistência de Alta Complexidade, considerando o caráter*

*eletivo e o elenco de procedimentos definido na Tabela de Procedimentos, medicamentos, Órteses e Próteses do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS) com atributo CNRAC.*

No art. 15 está descrita a normativa dos laudos que podem ser inseridos na CNRAC: os laudos de solicitação serão inseridos no SISCNRAC somente quando houver ausência ou insuficiência da oferta dos procedimentos que compõem o elenco da CNRAC, no âmbito do Estado.

Pode-se afirmar que a regulação na CNRAC ainda é muito recente, conta apenas com uma década de instituição, e caminha para a sua estruturação. Nessa organização, o monitoramento das especialidades na CNRAC tem servido como um instrumento de orientação dos cenários e de tomada de decisão.

Vale ressaltar, que a CNRAC exerce um papel importantíssimo na organização do fluxo regulatório. Entre os destaques que merecem ser relatados, a regulação nacional traz para os Centros de Referências de grande afluxo de usuários, a organização da oferta. Os gestores estaduais e municipais do Norte e Nordeste do país têm participado na rotina de trabalho, e demonstrado interesse na participação da prestação de serviços para a CNRAC, como medida de organização dos fluxos aos seus Centros de Referências, especialmente, nas especialidades Oncologia, Neurologia e Cirurgia Cardiovascular, assegurando assim, assistência de forma integral para o tratamento procurado sem prejuízo para a Rede de Assistência local, que presta o atendimento. Os usuários dos municípios limítrofes procuram muito os Centros de Referências mais próximos de suas localidades, especialmente, pelas longas distâncias entre os municípios, levando em consideração as distâncias às capitais (Manaus, Belém, no Norte e Fortaleza, Teresina e Recife, no Nordeste). Segundo as informações tratadas em nossas negociações com alguns gestores, na rotina no trabalho, a CNRAC é vista como uma colaboradora na redução da evasão de endereço incompatível com a residência de origem do paciente, (CARTÃO NACIONAL DO SUS verso COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA) e o interesse desses gestores vai além, demonstra uma forma de organização do município em conseguir recurso de custeio complementar ao orçamento MAC, ou seja, recurso também federal, mas que chega por outra via - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação - FAEC.

A inserção na CNRAC, como Unidade Executante, permite uma melhor organização do fluxo de atendimento aos pacientes oriundos de outros Estados, uma vez que esses pacientes serão primeiramente, inscritos na sua CERAC de origem e terão sua solicitação de tratamento enviada via sistema, para CNRAC após análise e aprovação do

Hospital Consultor, que retornará à CNRAC para direcionar à uma CERAC (Executante) que repassará para análise de agendamento à Unidade (Executante). A Unidade irá providenciar o agendamento do atendimento para esse paciente via sistema, cuja informação de agendamento retornará à CERAC (Solicitante), que informará ao paciente, a data e o horário em que o mesmo deverá estar na Unidade (Executante) para a internação.

Como exemplo, poderia ser qualquer outra Unidade (Executante), mas tomando uma Unidade (Executante) de Manaus: atualmente os pacientes residentes em outros Estados já são atendidos naquela Unidade (Executante), com a diferença de que vão para Manaus sem o agendamento e tendo que ficar aguardando, que uma oportunidade aconteça, expondo os pacientes a um estresse desnecessário, longe de casa e dos familiares. Segundo dados desta Unidade (Executante), em 2017 mais de 300 pacientes fora do estado, foram ali, atendidos. Segundo dados ainda desta Unidade, em 2018, cerca de vinte e dois estados demandaram pacientes para atendimento, além de outros países como: Colômbia, Uruguai, Venezuela e Portugal.

Outro benefício que merece ser destacado e que percebemos que acontece com algumas Unidades que prestam serviços 100% SUS ou até filantrópicos, a inserção de uma Unidade na CNRAC, muitas vezes traz economia de recursos no orçamento daquela Unidade, uma vez que todos os procedimentos realizados e contemplados pela CNRAC são financiados com recursos do Governo Federal. Na prática a Unidade realiza o atendimento do paciente e recebe o valor realizado, conforme tabela do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas dessas Unidades, sempre receberam e trataram esses pacientes, utilizando-se de seus próprios recursos. Com a inserção, poderá otimizar esse dinheiro e investir na melhoria de outras áreas.

A ação de financiamento pretende diminuir o impacto no teto financeiro dos estados e municípios que, historicamente, absorvem grande demanda de pacientes oriundos de outros estados, principalmente dos municípios limítrofes. Assim, os procedimentos solicitados à CNRAC, quando autorizados e devidamente realizados, são remunerados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, garantindo o acesso e o financiamento extra teto dos procedimentos realizados e contemplados pela CNRAC. Desde então tem sido de grande relevância para o fluxo regulatório dos pacientes que se deslocam de seus estados em busca dos serviços de saúde de alta complexidade.

Ainda existem muitas possibilidades para a CNRAC contribuir com o Sistema Único de Saúde, no sentido de promover organização com os estados, chamando-os para as suas responsabilidades sanitárias e compromisso com a sua população. Acredito que a CNRAC está amadurecendo, o seu corpo técnico está enxergando o seu papel e o seu campo de atuação e coisas lindas ainda vamos presenciar.

#### **4.2. Monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados**

Bases legais e regulamentares designam a atividade de monitoramento e avaliação no Sistema Único de Saúde e determinam a sua execução na esfera federal.

A Lei 8.080 (BRASIL, 1990) confere às três esferas interfederativas, em seu âmbito administrativo, a definição de instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde. Como também, confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde o acompanhamento, avaliação e divulgação das ações e dos serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

O Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011) confere às três esferas a atribuição de monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, a fim de assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde.

A Portaria nº 1.535 (BRASIL, 2017) dispõe em suas fundamentações que as ações de monitoramento e avaliação do SUS são integrantes do ciclo de decisão, formulação e implementação das políticas públicas de saúde.

Práticas avaliativas e processo de monitoramento de especialidades na CNRAC não é uma operação simples; e sim, muito complexa, formatados por um modelo híbrido, com várias abordagens sistêmicas e organizado com foco nos resultados esperados do planejamento. Pela amplitude de seus componentes e de suas relações causais foi escolhido o monitoramento de processo baseado em intervenções com foco em resultados, com o objetivo primordial, de dar celeridade ao fluxo e ao giro de fila de espera; capaz de produzir na sua continuidade, uma sustentabilidade dos processos, à medida que se organizam e se amadurecem pela aplicação das intervenções e de suas revisões; e, subsidiar informações nos relatórios de gestão com o desempenho de indicadores de desempenho. E para complementar a tomada de decisão da gestão foram escolhidas as abordagens sistêmicas de DONABEDIAN (1990) Estrutura-Processo-Resultados; BUVINICH (1999) com a combinação de processos e metas; mais SULBRANDT (1994) que vai mais além, incorporando os atores afetados pelo contexto

e se utiliza dos diferentes tipos de dados (qualitativo e quantitativo) e fontes e métodos de coleta de informação. Para o modelo teórico-lógico e passos do desenho, construção e sustentação do Sistema de Monitoramento e Avaliação buscou-se os modelos KUSEK & RIST, (2011).

A inserção ao monitoramento de processos da abordagem de Intervenção buscou-se na literatura (CHAMPAGNE et al., 2016) aos processos já implementados neste desenvolvimento. Para este estudo, o conceito de intervenção acampou um conjunto de ações (nas atividades) distribuídas nos processos, que pudessem transformar o produto de modo a alcançar os resultados esperados (CHAMPAGNE et al., 2016, p. 64). Um modelo causal de Intervenção, em que o agir busque o modificar (p. 67), e alterar o comportamento e a qualidade do resultado, em um acompanhamento sistemático e contínuo dos dados do sistema de informação. Os meios em que são desenvolvidas as intervenções junto aos atores envolvidos são aplicados por contatos imediatos por e-mails e por telefones. Para se acompanhar efetivamente todo processo sistemático de monitoramento há de se ter muita disciplina e dedicação de tempo exclusivo, no máximo, possível. Não, necessariamente, 24h horas por 7 dias; mas, 7 dias disponíveis, dentro de horário possível, para intervenções de caráter de orientação, de correção e de articulação para a eficácia dos processos.

O monitoramento é uma atividade que demorou a ser reconhecida como imprescindível em órgãos públicos, mas é um caminho que toda organização deve implementar, independentemente da atividade no Sistema Único de Saúde – SUS. Não tem mais como não ser implementada nas instituições públicas e institucionalizada em suas práticas.

Os novos desafios da administração pública demandam um incremento de ações de monitoramento para aumentar a *accountability* pública, melhorar a governança e demonstrar resultados para os seus pares, para a sociedade, para o cidadão. KUSEK & RIST, (2004, p.20).

GRIMM & TANAKA (2016) afirmam que o monitoramento e a avaliação vêm se tornando componentes importantes para a gestão.

GARCIA (2001) afirma ser o monitoramento, um processo sistemático que produz informações sintéticas e em tempo eficaz e que permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna, para corrigir ou confirmar as ações monitoradas.

### 4.3. Institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação

Na literatura, encontram-se muitas sinalizações da necessidade da institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação.

Segundo CONTANDRIOPOULOS (2006), existe amplo consenso quanto à ideia de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas. Para que isso se torne uma prática, há a necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, criar uma verdadeira cultura de avaliação.

De acordo com FELISBERTO (2006), no Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, pouco incorporada às práticas. Não faz parte da cultura institucional e nem sempre contribui com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial.

Na verdade, o processo de maturação e de visualização da complexa gestão do monitoramento & avaliação baseado em resultados requer algum grau de governabilidade e de empoderamento necessários, para que se possam aproveitar as *janelas de oportunidades*, as lacunas de articulações, que tão apropriadamente, foram descritas na teoria de Kingdon (2011), para as agendas de políticas públicas.

Sem a institucionalização da cultura de monitoramento e avaliação, como os empreendedores de política (*policy entrepreneurs*) vão estar dispostos para investir seus recursos (tempo, energia, reputação e diversas vezes até dinheiro) para promover determinada posição em troca de resultados futuros? BAPTISTA. T. REZENDE. M. (2011).

### 4.4. Avaliação da Qualidade do Cuidado

Na literatura de Avaliação, encontramos alguns autores que se dedicam à qualidade do cuidado. DONABEDIAN (1990) traz alguns artigos que enfatizam este tema. Em um dos seus textos, ele cita que a garantia da qualidade, em um sentido amplo, está composta por dois elementos: **o desenho do sistema e o acompanhamento do desempenho**. Segundo o autor, estes dois componentes são inseparáveis e de apoio mútuo da garantia da qualidade. Ainda, de acordo com a abordagem desse autor, independentemente, da amplitude da definição de qualidade, existem três possíveis aproximações à avaliação de desempenho de um estudo: avaliação da estrutura; avaliação

do processo; e, avaliação dos resultados. É possível contar com os três enfoques da avaliação, porque entre eles, existe uma relação demonstrada ou suposta, de tal maneira que, - uma “boa” estrutura, aumenta as possibilidades de um “bom” processo; e um - “bom” processo aumenta as possibilidades de um “bom” resultado.

PISCO L.<sup>2</sup> (2006), autor que desenvolve seu trabalho em qualidade da saúde, expressa um conceito muito pertinente à aplicação deste estudo: avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Além de afirmar que diagnosticar é fundamental, ele complementa que o mais importante vem depois, com base no que foi avaliado, para mudar a realidade, procurando o seu aperfeiçoamento. E, ainda cita que um dos principais problemas, é que os maiores esforços vão habitualmente para a medição e não para a ação.

#### **4.5. Acesso**

Segundo Travassos (2004), *acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Para Assis e Abreu de Jesus (2012) destaca-se o papel dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos gestores como os protagonistas na efetivação do acesso aos serviços de saúde. As contribuições dos autores sinalizam a complexa dimensão do conceito do acesso aos serviços de saúde, fato que é constatado na atividade de acompanhamento e de monitoramento de fila de espera, e isso tem sido convertido em reflexão para adoção de uma estratégia relevante a ser observada na regulação da alta complexidade.*

#### **4.6. Lista de Espera**

Conill, Giovanella & Fidelis de Almeida (2011) apresentam em seu texto, (...) *mas se o uso inapropriado dos serviços especializados hospitalares agrava tempos de espera, a existência de longas listas para algumas especialidades também está entre as razões apontadas para a busca de atendimento de urgência. (...) No entanto, é preciso ter em mente que a superação de listas não significa apenas, aumento da oferta com mais intervenções, exames, procedimentos. Um ponto central que os elementos sistematizados neste trabalho permitem sugerir é de que uma abordagem abrangente dessa*

---

<sup>2</sup> Ministro da Saúde de Portugal. Especializado em medicina de família.luispisco@mail.telepac.pt

*problemática implica deslocar o foco da discussão do monitoramento de listas e/ou da ampliação da oferta para o da garantia de um acesso oportuno. Ou seja, significa avançar na direção do monitoramento da qualidade dos sistemas de saúde de modo a enfrentar uma utilização de serviços pouco eficiente, uma vez que, em princípio, este é o diferencial que os sistemas orientados pela APS com redes integradas de serviços podem trazer. Implica, também, enfrentar o desafio político e a disputa de projetos tecno-assistenciais no difícil “jogo” da regulação em sistemas nos quais as doenças se transformou em uma mercadoria altamente geradora de valor, discussão que é central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde contemporâneo. Essa perspectiva apontada por esses autores guarda conexão com a reflexão deste estudo, no entendimento de que é necessário avançar no monitoramento da qualidade, para que se tenha um giro sistemático de uma fila de espera.*

#### **4.7. Tempo de Espera**

*Conill, Giovanella & Fidelis de Almeida (2011) trazem em texto, a discussão da problemática dos tempos de espera, a partir o estudo do Sistema Nacional de Salud (SNS) espanhol enfocando o contexto nacional, enfocando os aspectos relacionados à gestão e às práticas locais(...) A magnitude dos tempos de espera para procedimentos eletivos é um problema em cerca da metade dos países da OECD, mas também ocorre em sistemas com formas de organização distintas e predomínio de prestadores privados, como é o caso da Austrália, do Canadá e da Nova Zelândia. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)... As bases de dados foram padronizadas com monitoramento centralizado das esperas para cirurgias, e de 1997 a 2000 o prazo máximo de espera passou de nove para seis meses, com o tempo médio caindo de 100 para 55 dias. Além da definição de metas, as estratégias incluíram pagamento por tipo e quantidade de procedimentos, contratação de hospital público ou privado para intervenções e alocação do financiamento condicionada ao alcance das metas de tempos de espera e produtividade. Também foram desenvolvidas diretrizes para indicações cirúrgicas, prescrições clínicas, patologias mais frequentes e priorização dos pacientes. Esta contribuição traz muita afinidade com a proposta em estudo e refletirá na abordagem das considerações finais deste trabalho.*

## 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

A metodologia aplicada tratou de desenvolver uma arquitetura de monitoramento de processos baseado em intervenções para obtenção de resultados, no âmbito da CNRAC, assumindo-se como modelo, a experiência inicial com a especialidade Cardiologia Pediátrica. Posteriormente, pelo amadurecimento da dinâmica do processo, pelos resultados obtidos, pelo nivelamento dos processos e celeridade de todas as filas de espera, foi autorizado pela Coordenação-Geral da CGRA a extensão da metodologia a todas as especialidades clínicas. O desenvolvimento da metodologia aplicada nesse estudo contemplou quatro etapas.

1ª Etapa: Descrição do caminho percorrido na construção das diretrizes para o monitoramento de processos baseado em intervenções para obtenção de resultados, no período de 2015-2019.

2ª Etapa: Desenvolvimento da diagramação de um modelo teórico-lógico para o monitoramento de processos baseado em intervenção para obtenção de resultados e para o sistema de monitoramento e avaliação com foco em resultados.

3ª Etapa: Sistematização para compartilhamento da Arquitetura do Monitoramento e do Modelo teórico-lógico das dimensões essenciais de intervenção com os integrantes e gestor da CNRAC.

4ª Etapa: Sistematização dos resultados alcançados e as possíveis recomendações de forma a implantar em 2019 o Plano de Trabalho de matrizes para metas/indicadores e o Modelo teórico-lógico na rotina da CNRAC e institucionalizar a prática na CGRA.

1ª Etapa: Descrição do caminho percorrido na construção das diretrizes para o monitoramento de processos baseado em intervenções para obtenção de resultados, no período de 2015-2019.

A primeira etapa foi descrever o caminho percorrido pela equipe da CNRAC na construção das diretrizes para o monitoramento no período de 2015-2019. Para essa descrição, buscou-se resgate temporal da memória e registros escritos em documentos existentes no processo de implantação e implementação do monitoramento na CNRAC, ainda não sistematizados: análise de informações dos Boletins enviados ao gestor da CGRA; relatórios elaborados para a Gestão da CGRA; Análise de matriz SWOT para levantamento de informações para a construção e o desenvolvimento dos cenários

apresentados em cada ano (pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças); Análise da técnica 5W2H que facilitaram a elaboração dos planos de trabalho de cada ano para cada planejamento anual, com uma rápida análise com algumas adaptações do Ciclo PDCA anual; análise de informações acerca das especificidades de cada especialidade, enviadas por e-mails, para a Coordenação-Geral; análise das sugestões de pautas para reuniões da CNRAC com os integrantes, como também da participação da CNRAC com outras áreas afins do Ministério da Saúde, no período acima mencionado, com o refinamento das observações e comparações afloradas pelas experiências vivenciadas.

Para fins de registro e de melhor elucidação da proposta, apresentou-se na sequência do estudo, um relato da experiência da pesquisadora em seu espaço de trabalho, com uma breve descrição do cenário de desenvolvimento do estudo. Pretendeu-se com isso, aprofundar a sistematização documental desse processo histórico.

i). Em 2015, quando foi externada a vontade de que existisse um monitoramento na CNRAC, foi oferecido pelo Coordenador-Geral todo apoio para a sua construção.

Essa construção se deu a partir de um planejamento após um diagnóstico que passou por uma análise cuidadosa do cenário, do ambiente situacional interno e externo e dos recursos disponíveis. Como instrumento de avaliação do cenário e do ambiente situacional da época, foi aplicada e realizada a análise de uma matriz SWOT em 2015, para se visualizar o panorama geral inicial e foram detectados: nós críticos percebidos, que ocorriam por muitas lacunas de descontinuidade nas suas relações causais; potencialidades para serem investidas e desafios a serem superados em benefício da fluidez do processo. Essa matriz, anualmente, foi reaplicada, para se perceber a evolução das ocorrências e a detecção de novas descobertas como subsídios para a execução no plano de trabalho do ano vindouro. Com esse mecanismo, foi levantado o diagnóstico do cenário situacional e dos recursos disponíveis, agregando-se ainda evidências às informações proferidas pela equipe durante as reuniões e discussões de trabalho.

O planejamento também utilizou outras ferramentas além da análise SWOT. A técnica 5W2H que favoreceu muito a elaboração do Plano de Trabalho que seria executado em 2016; e deixou ativa uma adaptação da metodologia PDCA, para avaliar ao final de cada exercício, o que foi realizado de acordo com o planejamento, aferido e incorporado e o que permaneceria no seguimento do Ciclo como aperfeiçoamento ou inovação. Essa verificação anual foi muito importante para um processo incremental.

ii). Em 2016, protótipos de uma arquitetura preliminar foram iniciados, apresentados e ajustados com o Coordenador-Geral, e num processo de aprimoramento

foi se consolidando e evoluindo. Após muitos testes e estudos, ainda no início de 2016, pode-se ter a lógica que contemplava a dinâmica do fluxo da fila de espera e o arcabouço, - o *modus operandi* esperado para girar o fluxo de uma fila de espera.

Este material metodológico foi disponibilizado ao gestor, apresentado, explicado em suas nuances e elucidadas as perguntas surgidas. Após a explanação, o Coordenador-Geral aprovou e mais uma vez ofereceu apoio e autorização, para sua continuidade - implantação. Nesse momento de apresentação ao gestor, foram listados e requeridos alguns recursos físicos, humanos (com habilidades técnicas para a execução da atividade) e equipamentos necessários, para a construção do monitoramento concernente à implantação. O gestor solicitou, nessa oportunidade, que fosse preparada uma apresentação da aplicação dessa metodologia descrita ao Coletivo da CGRA, durante a apresentação à Coordenação do Planejamento da CGRA 2016. Durante a apresentação do Planejamento da CGRA 2016, o Coordenador-Geral fez citação da implantação do monitoramento nas especialidades cardiologia pediátrica e adulta e determinou a implantação dos mesmos processos na especialidade traumatologia-ortopedia. Nessa apresentação, inclusive estiveram presentes, os consultores externos da CGRA.

Dessa forma, a *baseline* (ou ponto de partida) do monitoramento de processos baseado em intervenção para a obtenção de resultados para a cardiologia pediátrica e adulta pode ser considerada janeiro/2016, quando o processo iniciou o seu desenvolvimento.

iii). No decorrer de 2016, foi enviado, por e-mail, ao Coordenador-Geral, o Plano de Trabalho para 2016, para aprovação durante a elaboração do Planejamento da CGRA, que fora também aprovado. O gestor indicou uma técnica para aprender o processo e executar na especialidade traumatologia-ortopedia. Pela necessidade de executar outras atividades, essa técnica não prosseguiu nessa especialidade naquele momento. O monitoramento de processos baseado em intervenção para obtenção de resultados exige uma dedicação integral e sistemática sem outros aportes de atividades.

Ao final de 2017, o Coordenador-Geral pediu a inserção de todas as especialidades da CNRAC no mesmo processo do monitoramento de processos baseado em intervenção para obtenção de resultados.

iv). No planejamento de 2018, todas as especialidades estavam contempladas e passaram a incorporar os mesmos processos do monitoramento em desenvolvimento. Na apresentação de 2018, foi apresentado ao Coordenador-Geral que já havia reflexões acerca de metas, indicadores e modelagem para o sistema de monitoramento e avaliação,

e que ainda em 2018 entraria na fase inicial de testes e análises do seu comportamento, para uma possível implantação em 2019.

v). No planejamento de 2019 foi contemplado o Plano de Trabalho com a proposta e recomendação da elaboração de metas/indicadores para as especialidades monitoradas, considerando as especificidades de cada uma.

2ª Etapa: Desenvolvimento da diagramação de um modelo teórico-lógico para o monitoramento de processos baseado em intervenção para obtenção de resultados e para o sistema de monitoramento e avaliação com foco em resultados.

Segundo as autoras BEZERRA, L.C. de A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. (2010), após a elucidação das questões básicas do monitoramento, um segundo passo é a diagramação do funcionamento do monitoramento, explicitando a cadeia de eventos lógicos e plausíveis desde os componentes até os resultados esperados.

Assim iniciou-se a segunda etapa. A segunda etapa da construção e do desenvolvimento do monitoramento, por ser incremental, fez parte da agenda de 2016/2019 e seguiu o início do caminho e dos ensinamentos conceituais das autoras acima mencionadas. Em 2016 foi constatado que o sistema CNRAC era excepcional no que ele pretendeu apresentar na época de sua construção. Mas, para atender as necessidades de um monitoramento de processos baseado em intervenção para obtenção de resultados, foram levantadas sugestões de aperfeiçoamentos necessários para o sistema CNRAC, especificamente, nos itens para favorecer a execução do monitoramento das especialidades e que deveriam ser agregados ao sistema atual. Estudou-se e construiu-se, uma diagramação, uma modelagem para ajustar a lógica dos processos existentes a conceitos modernos, utilizando-se de modelos tradicionais publicados, que integrados, poderiam explicitar os eventos ocorridos, ou seja, traduzir a dinâmica e os efeitos esperados, alinhados ao planejamento estratégico da gestão da Coordenação- Geral de Regulação e Avaliação (CGRA), orientado pela gestão da Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC).

Esta metodologia foi planejada para se alcançar o (OE2) proposto, ou seja, o desenvolvimento da modelagem de um modelo teórico-lógico, para o monitoramento, buscando uma sistematização adequada para o que já existia em curso, nos processos. Para se chegar à modelagem mais adequada, só foi possível, a partir de um formato híbrido, juntando abordagens de dois referenciais teórico-lógicos que mais se

aproximavam: o de monitoramento de processos baseado em intervenções e o de sistema de monitoramento e avaliação, ambos, para obtenção de resultados.

Estes modelos foram os escolhidos por apresentarem similaridades na proposta e nas relações causais dos processos existentes, e na dinâmica das dimensões estruturantes a serem monitoradas para alcançar efetividade no fluxo e no giro de fila de espera das especialidades na CNRAC em estudo. A fundamentação da adoção da dinâmica de intervenção teve como referencial, a abordagem teórica apresentada pelos autores (CHAMPAGNE et al., 2016, pp. 45 - 74).

Considerando as especificidades do monitoramento em estudo, o modelo de Intervenções referenciado, foi ajustado para adaptar-se ao que já existia de processos, conduzindo o prosseguimento da construção, na perspectiva de se obter o (OE2). As intervenções foram agrupadas e distribuídas em quatro dimensões essenciais e duas acessórias e transversais sob um tripé lógico de condução com o caráter de: intervenção para orientação; intervenção para correção e intervenção para articulação em geral em todas as dimensões essenciais. As dimensões monitoradas foram projetadas para atividades/ações que perfazem um ciclo de vida. As dimensões essenciais são: agendamentos; pendências; atendimento; fila de espera. As dimensões acessórias e transversais no processo são: da capacitação de monitoramento à distância e a do apoio institucional em suas necessidades de orientação seja às CERAC seja às Unidades Executantes, sempre com o intuito de melhorar a qualidade do fluxo, aperfeiçoar o processo e obter resultados. As dimensões essenciais foram detectadas pela análise SWOT, (pontos fracos, pontos fortes, oportunidades e ameaças); e, constatadas na análise realizada por outra ferramenta de processo - 5W2H - que favoreceu muito a elaboração do Plano de Trabalho de cada planejamento anual realizado. Para análise da solução dos problemas encontrados nas dimensões estruturantes, que foram se evidenciando no período de 2015 a 2019, houve a utilização com adaptações, da metodologia PDCA, no giro do planejamento de cada etapa, de cada ano.

As dimensões essenciais representam a máquina propulsora de todo este monitoramento de processo, para o fluxo e giro de fila de espera, lembrando que, existiam muitas lacunas que provocavam discontinuidades nos processos e nas suas relações causais, e que mereceriam um olhar sistemático, permanente e contínuo de cuidado, para se conseguir uma sustentação e aprimoramentos constantes do processo.

A arquitetura final da lógica do sistema de monitoramento a que se chegou neste estudo, para se adequar à construção e ao desenvolvimento do monitoramento de

processos baseados em intervenção com foco em resultados, engloba também o modelo teórico-lógico, que teve como referencial o Illustrative Logic Model for One National Development Goal, KUSEK & RIST (2004, p.18).

Foram dois modelos e dois conceitos que juntos, formataram o modelo teórico-lógico híbrido deste estudo, e constituíram os passos iniciais neste esboço, do desenvolvimento do sistema de monitoramento e avaliação baseado em resultados, partindo para a aplicação dos 10 passos apresentados pelos autores KUSEK & RIST (2004, p.25), outra diagramação, onde se firmaram as duas funcionalidades do sistema de monitoramento e avaliação baseado em resultados. A primeira, a de monitoramento e a segunda, a de avaliação, caminhando para o alcance do (OE2). (Adaptado do Manual Ten Steps to Designing, Building and Sustaining a Results-Based Monitorin and Evaluation System) – KUSEK. J.Z. RIST. R. C. – (2004) - The World Bank – Washington, D.C.

Sistematizando a proposta da diagramação da construção do Sistema de monitoramento e avaliação, os cinco primeiros passos, corresponderam aos processos iniciais da construção, que deram o suporte e a preparação para a conformação do sistema de monitoramento e avaliação das especialidades clínicas da CNRAC baseado em resultados. Os indicadores foram apresentados aqui neste estudo também como proposta, pelo mesmo motivo, falta de tempo técnico para compartilhamento, discussão e aprovação.

A implementação do sexto passo contemplou a funcionalidade do monitoramento baseado em resultados. No sétimo passo foram trabalhados os critérios e a implementação da funcionalidade de avaliação. No oitavo, nono e décimo passos foram relatados os achados, o uso dos achados e a sustentação do sistema de monitoramento e avaliação dentro da organização. Todos os passos foram seguidos, porém, alguns ainda carecem de aprovação, pela falta de tempo técnico para compartilhamento, discussão e aprovação.

3ª Etapa: Compartilhamento da Arquitetura do Monitoramento e do Modelo teórico-lógico das dimensões essenciais de intervenção com os integrantes e gestor da CNRAC. Para a terceira etapa planejada para a obtenção do (OE3) proposto neste estudo, foram planejadas agendas de apresentações em reuniões de trabalho com o gestor e integrantes da CNRAC com datas que ficaram na dependência da disponibilidade da agenda do Coordenador-Geral de Regulação e Avaliação. O objetivo era compartilhar o que vinha sendo acrescido ao processo e escutar as avaliações dos integrantes, assessores e gestores,

para uma melhor adequação ao assunto discutido, de acordo com o andamento do processo.

Por problemas de agendas do setor, o planejamento e o plano de trabalho de 2018 do monitoramento foram apresentados em reunião de trabalho, no dia de 16/07/2018 com a participação do Coordenador-Geral e de sua substituta, a equipe CNRAC, o médico regulador da CNRA, a assessoria da CGRA e integrantes da CNRAC.

Durante essa apresentação, foi lembrado, inicialmente, o histórico da construção do monitoramento, considerando que muitos não lembravam e alguns presentes, não conheciam. Na sequência foi apresentada a justificativa da apresentação deste Plano de Trabalho só ocorrer neste momento de 2018, mas foram vários os problemas de agendas coincidentes do setor. Depois de situadas estas questões, deu-se início à apresentação do Planejamento e Plano de Trabalho para 2018.

Cada dimensão do monitoramento de processos baseados em intervenção para obtenção de resultados foi apresentada, demonstrando cada atividade, cada ação e o porquê desta atividade ter sido incorporada ao monitoramento para intervenção, com exemplos de ocorrências. Destacou-se que existem, neste processo de monitoramento, princípios de gestão da qualidade, gestão de riscos e gestão de projetos.

4ª Etapa: Sistematização dos resultados alcançados e as possíveis recomendações de forma a implantar em 2019 o Plano de Trabalho de matrizes para metas/indicadores e o Modelo teórico-lógico na rotina da CNRAC e institucionalizar a prática na CGRA.

Por fim, para se alcançar o (OE4), foram reanalisados e sistematizados os dados levantados do OE1, OE2, OE3, porém, foi apresentado aqui neste estudo, na condição de proposta, por não ter havido tempo técnico hábil para submissão. Todo o processo de construção e desenvolvimento não foi fácil, foi muito duro, muito sofrido. Sustentar um sistema de monitoramento e avaliação em uma Instituição que não tem institucionalizada a atividade é muito difícil. Existem no grupo, interesses diversos, que não somam. Pactuar a inserção de nova forma de processo de trabalho não é tarefa simples, mesmo havendo um trabalho pregresso, de quase quatro anos, não se consegue construir um Plano Operativo. Dessa forma, na quarta etapa foram sistematizados tudo o que foi possível construir até junho/2019 e destacamos como resultados: a caracterização das dimensões essenciais de intervenção; proposta de estudo de avaliabilidade das dimensões essenciais de intervenção com critérios, padrões e recomendações; proposta do modelo teórico-lógico das dimensões essenciais de intervenção; proposta da matriz de indicadores e das

fichas de qualificação dos indicadores para as dimensões essenciais de intervenção, seguindo orientações RIPSAs – Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008).

Todo o planejamento da execução realizado nas quatro etapas acima descritas foi assentado na literatura incansavelmente que, paralelamente às ações empreendidas, encontrasse fundamentação e embasamento. A consequência disso, foi que o estudo conseguiu se fortalecer e crescer continuamente.

Desde 2016 vem-se buscando na literatura o que existe de arcabouço teórico que possa fundamentar o monitoramento. Resignificamos as técnicas de avaliação e introduzimos abordagens teóricas. Em (BOURDIEU, 1989), buscou-se a reflexão de que opções técnicas são também opções teóricas.

De acordo com o texto de MEDINA et al (2005), a partir da década de 80, passa a haver um movimento de mudança de uma avaliação metodologicamente orientada, para uma avaliação orientada pela teoria.

Em VIEIRA-DA-SILVA et al (2005), há um crescente consenso que as diferenças nas abordagens e estratégias metodológicas para a avaliação dependem dos objetos e circunstâncias (ROGERS, 2001).

CONTANDRIOPOULOS e outros (2000) afirmam que uma teoria se expressaria pelos enunciados das relações que existem entre conceitos, amplamente gerais e formalizados ou de alcance menor, os denominados modelos teóricos, que seriam uma solução teórica para a questão de uma dada pesquisa.

Tomando como referência Vieira-da-Silva (2005) e Contandriopoulos et. al (2005), o conceito de intervenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, seria uma ação do Estado (programa ou política) que ocorre em um dado contexto-histórico que busca produzir um bem ou serviço (ações e serviços de saúde de promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação) com objetivo de responder a uma necessidade de saúde.

Com o monitoramento sistemático permitiu-se reconhecer e traçar a causalidade dos efeitos (diretos e indiretos); do impacto das intervenções e a necessidade dessas, para se alcançar um grau de sustentabilidade para os resultados; e aprender lições, para melhorar a gestão e o desenho de novas intervenções, para qualificar as ações desenvolvidas e as informações produzidas.

Segundo CONTANDRIOPOULOS et al (1997), não se pode falar em intervenção, sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve. Nessa linha de pensamento, outro

conceito de processo ressignificado, diz respeito ao relacionamento com os stakeholders do contexto: integrantes das CERAC Solicitantes, das CERAC Executantes e das Unidades Executantes (prestadores dos serviços).

Observadas, essas relações existentes e a forma como atuavam para se obter o resultado esperado, nitidamente, precisaria ser modificado. Neste caso, o desafio consistiu em dar significado a essas relações, para valorizar a qualidade do cuidado e a otimização do fluxo.

Dar sentido às relações de parceria foi outro marco importante no desenvolvimento do monitoramento, porque nivelaram relacionamentos, compromissos e responsabilidades para uma atuação linear, de corresponsabilidade, instituindo o paradigma de verdadeiros parceiros de um mesmo trabalho, que tinham o mesmo objetivo comum: dar celeridade a condução da fila de espera. Com isso passou-se a se rever conceitos e o olhar dos serviços existentes.

Para a construção da modelização das intervenções, seguimos duas perguntas norteadoras, formuladas inicialmente, no estudo:

Como desenvolver uma arquitetura de monitoramento, que se aplique às especialidades clínicas da CNRAC, que apresente um modelo que articule uma dinâmica de celeridade do fluxo da fila de espera e promova informações para a tomada de decisão, de forma participativa com o gestor da CGRA e integrantes da CNRAC?

Como qualificar as dimensões das ações, informações e atividades, de forma a contribuir para o desenvolvimento dessa arquitetura que, ao final, contemple um Sistema de Monitoramento e Avaliação voltado para resultados?

Assim, elaboramos o modelo teórico-lógico com adaptações, particularizando cada dimensão, para facilitar a visualização e a compreensão das causalidades intrínsecas. MEDINA et al (2005) cita a Unidade de Comunicação em Saúde da Universidade de Toronto que recomenda, como critério de avaliação da qualidade do modelo, leveza (número de elementos por página ou slide) e clareza na apresentação gráfica (HCU/CHP, 2001).

Pela continuidade da construção e do desenvolvimento do monitoramento baseado em intervenções com foco em resultados, fomos avançando, incrementalmente, na complexidade do conhecimento e no entendimento das ações de intervenção no processo e suas relações com as práticas avaliativas. Pelas leituras e observações contínuas da dinâmica do fluxo e pela proximidade dos relacionamentos com os demandantes e com os prestadores de serviços, visualizou-se a necessidade de que o monitoramento deveria

nortear-se por ações prévias de intervenção com caráter de orientar, corrigir, e articular os atores envolvidos, antevendo as possíveis ocorrências que prejudicassem o processo.

Todas as dimensões foram exaustivamente estudadas para compreender o ciclo de processo particularizado de cada uma, para um monitoramento sistemático com intervenções, predominantemente, prévias e imediatas, com o caráter de orientar (pela fragilidade detectada de acompanhamento do fluxo pelos parceiros envolvidos); de corrigir (para aperfeiçoamento do processo) e de articular, beneficiando o processo (para melhoramentos). Ressalta-se que, além de prévias, as intervenções também ocorrem posteriormente à avaliação, porque o processo deste estudo é cíclico.

Para abranger toda complexidade da prática avaliativa selecionaram-se duas dimensões acessórias e transversais, que funcionam como um suporte permanente de sustentação do processo, para responder às necessidades dos parceiros integrantes do contexto.

Uma terceira dimensão acessória foi cogitada para inserção neste estudo, porém, permaneceu incubada, por não conseguir ainda espaço de desenvolvimento: seria a de aprimoramento tecnológico para o sistema de monitoramento e avaliação voltado para resultados. Altamente importante para elaborações mais refinadas e apresentações para a tomada de decisão, porém não houve ainda a oportunidade de desenvolvimento.

Para este estudo, foi um importante avanço na construção e desenvolvimento do sistema de monitoramento e avaliação da fila de espera das especialidades na CNRAC, a compreensão da caracterização de cada dimensão em sua amplitude no processo e a observação da existência de uma forma cíclica, dinâmica, contínua e reflexa.

Na sequência, logo após a apresentação dos modelos teórico-lógicos de cada dimensão de intervenção, teceram-se comentários exploratórios sobre a avaliabilidade e a amplitude de cada dimensão de intervenção.

Foram apresentados também neste estudo, os Critérios e os correspondentes Padrões propostos esperados, para a verificação das quatro dimensões AGENDAMENTOS, PENDÊNCIAS, ATENDIMENTOS e FILA DE ESPERA, segundo as especificidades de cada dimensão de intervenção.

Quadro 1: Estudo de Avaliabilidade Geral: Critérios e padrões utilizados nas Especialidades Estudadas

Dimensão de Intervenção	Critérios	Padrão	Especialidades estudadas
AGENDAMENTOS	Excelente	Aproveitamento mensal/anual de 91% a 100%	Neurologia
	Bom	Aproveitamento mensal/anual de 81% a 90%	
	Regular	Aproveitamento mensal/anual de 71% a 80%	
	Ruim	Aproveitamento mensal/anual inferior a 70%	
PENDÊNCIAS	Excelente	Solução mensal/anual de laudos pendentes no sistema de 91% a 100%	Neurologia
	Bom	Solução mensal/anual de laudos pendentes no sistema de 81% a 90%	
	Regular	Solução mensal/anual de laudos pendentes no sistema de 71% a 80%	
	Ruim	Solução mensal/anual de laudos pendentes no sistema inferior a 70%	
ATENDIMENTOS	Excelente	91% a 100% dos atendimentos/ano	Neurologia
	Bom	81% a 90% dos atendimentos/ano	
	Regular	71% a 80% dos atendimentos/ano	
	Ruim	Abaixo de 70% dos atendimentos/ano	
FILA DE ESPERA	Excelente	Redução no mês em curso de 10% do número de laudos na fila de espera, do mês anterior.	Neurologia Traumato-ortopedia Oncologia *Referencia à Cardiologia Pediátrica
	Bom	Redução no mês em curso de 7% a 9,9% do número de laudos na fila de espera, do mês anterior.	
	Regular	Redução no mês em curso de 5% a 6,9% do número de laudos na fila de espera, do mês anterior.	
	Ruim	Redução menor do que 5% do número de laudos na fila de espera, do mês anterior.	

Neste estudo foi definido o nível de serviços e atributo Cobertura e utilizada a abordagem sistêmica da tríade de DONABEDIAN (1988) – Estrutura-Processo-Resultado - com a modificação de a avaliação iniciar neste estudo pelo componente Processo, visando caracterizar a adequação e as relações entre as distintas dimensões. Para este componente, também foram incorporadas, com algumas adaptações, as abordagens de BUVINICH (1999) sobre gestão de processos, onde a avaliação é incremental, ajustada ou corrigida no transcurso da implementação, e as questões e os temas de análises vão surgindo sucessivamente e aumentando o conhecimento e/ou os fatos relacionados com a intervenção; inserindo a estratégia de combinação de processos e metas como a melhor alternativa de avaliação. E a abordagem de SULBRANDT (1994) que, além de integrar os enfoques de metas e processos, incorporam os atores afetados no

contexto e se utilizam os diferentes tipos de dados (qualitativo e quantitativo) e fontes e métodos de coletas de informação, permitindo maior compreensão do significado das relações causais encontradas no fluxo e no giro de fila de espera.

A partir dessa análise do primeiro componente, foi realizada a busca pelo segundo componente - resultado, a partir do conhecimento das relações das dimensões. E, por fim, com base nessa análise, a avaliação da estrutura (terceiro componente) ganha significado para o processo de tomada de decisão.

Propõe-se ainda, a utilização na avaliação do método misto, com abordagem quantitativa baseada em dados secundários do sistema do DATASUS, complementada pela abordagem qualitativa, para maior compreensão do significado das relações encontradas nos serviços.

Essas abordagens, com algumas adaptações ao objeto em estudo, nos encorajaram e orientaram como uma bússola, a construção e o desenvolvimento do complexo sistema de monitoramento e avaliação, na perspectiva de dar celeridade a fila de espera da CNRAC.

Ao se pesquisar o arcabouço teórico, a ideia foi não só usar uma abordagem, mas um conjunto de abordagens que tivessem aspectos similares ao objeto em estudo, e assim, qualificar o que já existia.

## **5.1. Técnicas utilizadas no estudo**

Para a obtenção do (OE1) foram realizadas análise documental e sistematizações das análises dos registros levantados, considerando o histórico alcançado, para se conhecer até onde se caminhou, observando o levantamento situacional produzido nos planejamentos anteriores e nos Planos de Trabalho de 2016 a 2019, nos e-mails emitidos e nos relatórios elaborados para o gestor da CGRA.

O esboço para a construção do modelo teórico-lógico do (OE2) teve como referência dois modelos tradicionais publicados, e foi, portanto, um modelo híbrido. Do modelo de Intervenções (CHAMPAGNE et al., 2016) foram aproveitados os conceitos que têm aplicação imediata ao processo já iniciado de monitoramento, focando Intervenções, como relações de causalidade sobre cada atividade de cada Dimensão, que produzam resultados esperados e alinhados às estratégias propostas pela CGRA.

A escolha do modelo teórico-lógico foi criteriosa, porque esse modelo precisaria apresentar três componentes fundamentais: o plano da organização, o plano da utilização,

que conformam a teoria do processo, e, o terceiro, a teoria de impacto (ROSSI et al., 1999), para esse estudo. E, deveriam constar: os componentes, as práticas requeridas para execução dos seus componentes, e os resultados esperados, metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços. Foram também selecionadas neste estudo, quatro dimensões essenciais e duas acessórias: ciclo dos agendamentos, ciclo das pendências, ciclo do atendimento, ciclo da fila de espera (dimensões essenciais), capacitação e apoio (dimensões acessórias ou secundárias). Essas dimensões foram eleitas e correspondem às lacunas detectadas no processo e são o *core* do monitoramento de uma especialidade na CNRAC. É o que o monitoramento tem de mais importante, de mais relevante, para ser observado em termos de melhoramentos dos processos.

As ações de intervenção aplicadas em cada atividade, de cada dimensão serão descritas no final do estudo. A primeira diagramação foi escolhida a partir da similar identificação com o processo, foi o de implementação do monitoramento baseado em resultados, apresentados em (Illustrative Logic Model for One National Development Goal), KUSEK & RIST, (2004 p.18).

Juntando-se a aplicação dos conceitos teve-se a segunda diagramação dos 10 passos referenciada do Modelo Lógico, proposto para a obtenção do (OE2). Este referencial também foi uma adaptação do modelo apresentado pelos autores KUSEK & RIST, (2004 p.25) aos planejamentos existentes. (Ten Steps to Designing, Building, and Sustaining a results-Based Monitoring and Evaluation System).

A sequência de compartilhar com a equipe da CNRAC sobre a construção e o desenvolvimento da Arquitetura do modelo teórico-lógico, incluindo a apresentação dos 10 passos do Sistema de Monitoramento e Avaliação, aguarda agenda de aprovação com o gestor e integrantes da CNRAC, contemplando a conclusão do (OE3). A construção de uma linha de base de indicadores com a sua matriz de classificação, baseada no referencial RIPSA – Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações (2008 p. 23) no que se aplicar, está contemplada no Plano de Trabalho de 2019 e tem uma previsão de apresentação até dezembro de 2019.

Para se alcançar o (OE4) foram realizadas análises e sistematizações dos documentos internos disponíveis até 2019, complementados, por análise e sistematizações de levantamentos de dados obtidos do sistema de informação SisCNRAC de 2016 a 2019.

## 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por este estudo tratar-se de abordagem teórica e analítica, tendo como objeto um processo de intervenção desenvolvido no cotidiano do trabalho da equipe de CNRAC, da qual a pesquisadora é integrante, e não envolver diretamente pesquisa em seres humanos, o mesmo não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foi elaborado um Plano de monitoramento de processos, aplicando-se metodologias do campo do monitoramento e avaliação. Ao referido plano foi realizado, como exercício metodológico, análise de algumas informações quantitativas secundárias disponíveis na base do DATASUS. Mesmo como estudo reflexivo sobre intervenção (Plano), adotou-se no estudo, princípios éticos de segurança e confidencialidade de informações analisadas, assim como pactuação em equipe, dos processos para construção do plano, como a apresentação e discussão do material produzido ao gestor da Coordenação-Geral e aos participantes da CNRAC.

Os resultados serão divulgados aos demais gestores e profissionais das diversas instâncias do Ministério da Saúde e do SUS, assim como à comunidade científica, garantindo os princípios éticos do serviço público e de investigações com informações em saúde.

## 7. RESULTADOS

Como resultado deste estudo que se referiu à construção e desenvolvimento da Arquitetura do sistema de monitoramento e avaliação de processos, baseados em intervenção, com foco em resultados, para a celeridade de fila de espera das especialidades na CNRAC, foi apresentado a qualificação teórica que o processo conseguiu alcançar, no período de 01/01/2016 a 01/06/2019, e que contempla: (1) caracterização das 4 (quatro) dimensões essenciais de intervenção: **agendamentos, pendências, atendimentos e fila de espera**, abordando: conceito, objetivo, relevância e atividades. (2) modelo teórico-lógico adotado, particularizado por dimensão; (3) estudo de avaliabilidade especificado para cada dimensão essencial, com sugestões de critérios, padrões de desempenho e recomendações a serem observadas, sobretudo, acerca de riscos e barreiras, que possam impedir o alcance de metas e expectativas; (4) proposição de matriz de um indicador para cada dimensão de intervenção com sua respectiva ficha de qualificação para análise e avaliações; (5) sistematização das dimensões acessórias; (6)

primeiros estudos sobre nova dimensão de intervenção; (7) sistematização dos dez passos: Desenho, Construção e Base de Sustentação do Monitoramento e Avaliação baseado em Resultados, em desenvolvimento. (8) Esboço da Arquitetura que envolve *framework* lógico do sistema de monitoramento de processos, baseado em intervenção, com foco em resultados.

Pela importância concernente às relações causais e aos efeitos que proporcionam no processo, as quatro dimensões supracitadas foram organizadas em uma logística estratégica, voltada, essencialmente, para resultados; três das quatro dimensões foram designadas como tripé de sustentação de celeridade do fluxo (agendamentos, pendências e atendimentos) e a quarta dimensão (fila de espera), receptiva de todas as dimensões, designada como foco principal do monitoramento e avaliação, que apesar de ser diretamente afetada pela atuação das três anteriores, que tem também sua própria dinâmica no processo.

## 7.1. Caracterização da Dimensão de Intervenção

### 7.1.1 Agendamentos

Quadro 2: Caracterização da dimensão Agendamentos

<b>1ª Dimensão: Caracterização dos Agendamentos</b>
1. Introdução - Os agendamentos foram a primeira dimensão a ser explorada em todas suas ocorrências, porque foram as primeiras sinalizações de problemas apontados, tanto pela equipe da CNRAC, em reuniões de trabalho, quanto reclamados pelas Unidades Executantes, em virtude do não comparecimento aos agendamentos registrados no sistema pelos pacientes.
2. Conceito - para este estudo, agendamentos – diz respeito aos laudos registrados no sistema CNRAC pelas Unidades Executantes, situados em dois status: “agendada” e “aguardando confirmação do operador da Unidade Solicitante”.
3. Relevância do registro do agendamento no sistema CNRAC se deve à oportunidade do paciente, que se encontra em fila de espera, poder ser encaminhado para o atendimento de que ele necessita em outra localização geográfica distinta da sua origem, em virtude do seu território não prover seu cuidado integralmente, por não ser habilitado, ou por não possuir condições técnicas e organizacionais para determinados serviços.
4. Objetivo do monitoramento baseado em intervenções desta dimensão agendamento é acompanhar todo o ciclo deste processo, intervindo em cada passo do fluxo, previamente, orientando e alertando às CERAC Solicitantes, para que sejam minimizadas as perdas de cumprimento e transformando em oportunidades, o encaminhamento do próximo da fila de espera.
5. Quando ocorre um agendamento? Quando há no sistema CNRAC o registro de uma data disponibilizada pela Unidade Executante para o encaminhamento do paciente, cujo laudo estava direcionado, aguardando na fila de espera.
6. Qual era o problema dessa dimensão que gerava entraves no fluxo? (i). Os estados pelas suas CERAC não estavam acompanhando o sistema CNRAC e, então, muitos, desconheciam os agendamentos disponibilizados pelas Unidades Executantes. (ii). Em outras situações, as CERAC não acompanhavam o desfecho do encaminhamento. (iii). Repassavam a continuidade do encaminhamento para o TFD, que poderia estar localizado na capital do estado ou no município de origem do paciente (para a atribuição da aquisição de passagem e providências de ajuda de custo) e ninguém se comunicava o envio do paciente. (iv). Por falta de orientação, o paciente não retornava ao TFD ou à CERAC para relatar qualquer ocorrência, que porventura tivesse acontecido que impediu o seu deslocamento. (v). Por outro lado, a Unidade Executante preparava toda uma logística para receber o paciente, que com a ausência à consulta agendada acarretava prejuízo não só para o seu próprio tratamento, mas também, desorganizava o sistema, ocupando a vaga de outro da fila que poderia estar presente (nesta data e em outra data reagendada), causando descontentamento aos profissionais da saúde daquele prestador de serviços.
7. Como se deu o início do processo - (i). Iniciamos a ação de monitorar com intervenção de orientação para cada agendamento. (ii). Começamos mapeando a sua dinâmica do processo e a abrangência de seu ciclo. (iii). O ciclo do agendamento se inicia no momento do registro do sistema CNRAC e finaliza quando o paciente se desloca até a Unidade Executante, para o cumprimento da cirurgia solicitada.
8. Primeiras observações: (i). No acompanhamento deste ciclo, observamos problemas no cumprimento do agendamento pelo paciente na Unidade Executante (exemplo: alguma doença no interstício do encaminhamento, perdas de voos, falta de recursos financeiros para sua manutenção). (ii). Como o sistema CNRAC até maio/2019 ainda não estava preparado para identificar (rastrear) o registro de uma data de agendamento que sofreu alterações posteriores, se não houver um mapeamento diário, um acompanhamento sistemático, não é possível se detectar posteriormente, ou no mínimo, é muito trabalhoso, recuperar essa informação, impossibilitando ou dificultando, avaliar e obter o número real de vagas/agendamentos disponibilizadas por cada Unidade Executante, para cada laudo/paciente. (iii). Quando um paciente deixa de cumprir o agendamento, por algum motivo superveniente, mas que ainda necessita de atendimento, a CERAC de origem torna a pedir uma nova data de agendamento, o que compromete a celeridade da fila de espera. (iv). Os diagnósticos emitidos pela origem demonstram muita falta de cuidado: muitas lacunas nas descrições, muita informação omitida, o que dificulta a análise na Unidade Executante.

<p>9. Sistematização das Atividades/Ações de Intervenção na dimensão Agendamento como rotina até maio/2019 –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(i). Mapear os agendamentos, diariamente, para posterior análise de aproveitamentos e perdas.</li> <li>(ii). Acompanhar os Agendamentos a partir do registro da data no sistema;</li> <li>(iii). Informar o agendamento à CERAC;</li> <li>(iv). Aguardar a confirmação da CERAC no sistema do encaminhamento;</li> <li>(v). Enviar Códigos de Internação para as CERAC ou Unidades Executantes.</li> <li>(vi). Na proximidade da data, solicitar confirmação da CERAC da ida do paciente.</li> <li>(vii). A CERAC informando que o paciente não irá;</li> <li>(viii). Verificar o motivo do não encaminhamento.</li> <li>(ix). Se a perda for algum problema, que possa ser resolvido imediatamente, entrar em contato com a CERAC ou a Unidade e verificar a possibilidade de o paciente ir ao dia que em que ele pode.</li> <li>(x). Caso contrário, pergunta à CERAC, a partir de que data, poderá solicitar reagendamento.</li> <li>(xi). Pedir à CERAC para colocar solicitação de nova data e colocar também nos comentários do sistema.</li> <li>(xii). Informar à CERAC também por e-mail, a partir de que data eles podem lançar novo agendamento, para que o sistema não fique com pendência.</li> <li>(xiii). Se a data não puder ser aproveitada pelo mesmo paciente, pede-se à CERAC ou à Unidade Executante que aproveite a vaga para o nosso próximo paciente.</li> <li>(xiv). Acompanhar (conforme a incidência na especialidade) as providências de UTI aérea dos pacientes das CERAC para os agendamentos nas Unidades Executantes, para que não haja algum risco para o paciente (na ida) e ao chegar ele esteja com tudo encaminhado.</li> <li>(xv). Solicitar o mapa de voo da aeronave e mais orientações que a Unidade Executante repassar.</li> <li>(xvi). Levantar os Laudos solicitados na CNRAC em todos os seus status e intervir quando necessário;</li> <li>(xvii). Mapear status selecionados por prioridades, para a continuidade do fluxo da fila do atendimento.</li> <li>(xviii). Contribuir sempre no acréscimo de prestadores de serviços à CNRAC junto às CERAC Solicitantes e Executantes e estudar a potencialidade da produção da Unidade Executante, para possível acréscimo de agendamentos.</li> <li>(xix). Acompanhar as informações de óbitos de pacientes pelas CERAC e pedir a devolução dos laudos, quando estiverem nas Unidades Executantes, para que a origem proceda ao cancelamento.</li> <li>(xx). Acompanhar os laudos cancelados que estejam agendados, para informação às CERAC executantes ou Unidades Executantes, para aproveitamento da data para o próximo da fila.</li> <li>(xxi). Analisar o perfil de atendimento das Unidades Executantes combinados com a análise da quantidade de laudos na fila de espera e do fluxo de atendimento de cada Unidade Executante para fins de direcionamento dos procedimentos, com possibilidades de agendamentos mais rápidos.</li> <li>(xxii). Acompanhar os laudos aguardando a aprovação do Hospital Consultor, para direcionamento dos laudos.</li> <li>(xxiii). Detectando-se a impossibilidade de o paciente cumprir o agendamento registrado, o fato deve ser informado com justificativa, com antecedência à CNRAC para repasse à Unidade Executante.</li> <li>(xxiv). E, se necessária, uma solicitação de reagendamento, já deve ser encaminhado, informando a partir de qual data, poderá ser realizada a nova análise.</li> <li>(xxv). Isso tem como motivo, evitar nova perda de data de reagendamento;</li> <li>(xxvi). Por outro lado, se o paciente conseguiu realizar o procedimento, orientar à CERAC que o fato deve ser comunicado à CNRAC e solicitar a devolução do laudo, para cancelamento, justificando que não haverá mais o prosseguimento do atendimento.</li> <li>(xxvii). Dessa forma, com esse acompanhamento, confirmamos o encaminhamento ou informamos com justificativa, a desistência ou impedimento de algum encaminhamento.</li> <li>(xxviii). Rapidamente, intervimos junto à Unidade Executante (prestadora de serviços), para aproveitar a mesma data disponibilizada, para outro paciente da fila CNRAC.</li> <li>(xxix). A intervenção é considerada de orientação prévia, para evitar alguma falha do fluxo.</li> <li>(xxx). Observar o registro de agendamentos no sistema, se a Unidade Executante considerou a data de inserção do laudo.</li> <li>(xxxi). Caso contrário, entrar em contato com o prestador deste serviço e mostrar o quantitativo de laudos com datas mais antigas, ainda aguardando um agendamento.</li> <li>(xxxii). Calcular o tempo decorrido de cada agendamento, desde a sua inserção no sistema CNRAC.</li> <li>(xxxiii). Observar quais procedimentos estão sendo agendados e se existiu alguma sinalização de preferência, e comparar se estão seguindo a inserção do laudo/paciente no sistema.</li> </ul>
<p>10. Conclusão: O monitoramento do ciclo desta dimensão gera etapas de atenção, de alerta de cada passo do sistema, exigindo atividades e ações imediatas de intervenções pontuais, como prevenção de alguma ocorrência, que possa resultar em algum prejuízo ao fluxo, em cada laudo, recomendando a cada CERAC solicitante, prover e acompanhar o encaminhamento de todas as providências que certifiquem o embarque do paciente para cumprir o agendamento na Unidade Executante em que o laudo/paciente esteja direcionado. Esta dimensão de agendamento está implantada. E esta atividade continua sendo uma ressignificação no processo existente até então. Critério considerado para a designação de dimensão implantada: Foi amplamente testada em seus efeitos, apresentada aos integrantes da CNRAC, aprovada pelo gestor da CGRA, compartilhada, ensinada e repassado o processo aos demais técnicos. Foi solicitado ao gestor da CGRA, decisão de gestão em prover recursos humanos capacitados para ações de monitoramento sistemático, para esta dimensão, seguindo o mesmo processo de trabalho.</p>

## 7.1.2 Pendências

Quadro 3: Caracterização da dimensão Pendências

<b>2ª Dimensão: Caracterização das Pendências</b>
1. Introdução - Os laudos pendentes constituíram a segunda intervenção que foi explorada em todos os seus aspectos.
2. Conceito de pendências: são laudos pendentes, paralisados e esquecidos no sistema pelas CERAC solicitantes, executantes e Unidades executantes, por anos seguidos, sem alteração de status. .
3. Relevância - A relevância da intervenção na pendência de um laudo/paciente está na busca de uma solução rápida e assim, agilizar o seu retorno ao fluxo ou proceder à sua finalização. É nesta dimensão que se evidenciou muito forte o conceito de laudo/paciente, pois até então, as referências eram apenas sobre um laudo existente no sistema. A sinalização de uma pendência aponta que atrás de cada laudo, está um paciente, que precisa ser cuidado e atendido.
4. Objetivo do monitoramento baseado em intervenções desta dimensão consiste em mapear, mensalmente, todas as pendências existentes, priorizando as que repercutem imediatamente na fila de espera. Informar às CERAC Solicitantes, CERAC Executantes e Unidades Executantes de acordo com as circunstâncias do laudo, as pendências existentes no sistema, para que encontrem uma solução para cada caso e as regularizem o mais rápido possível, para que haja o retorno do laudo ao fluxo, ou analisar se é caso de cancelamento e finalização de prosseguimento no sistema.
5. Em que situações ocorrem as pendências? Ocorrem nas seguintes situações: o médico regulador da CERAC solicitante devolve o laudo para a Unidade Solicitante rever o motivo da devolução; o médico do Hospital Consultor devolve o laudo para a CERAC Solicitante rever o motivo da devolução; a Unidade Executante devolve laudo para a CERAC Executante e a CERAC Executante devolve para a CNRAC e a CNRAC devolve para a CERAC Solicitante rever o motivo da devolução. Ocorrem também pendências no status “Agendado”. Neste caso, é possível que na Unidade Executante o paciente não tenha comparecido ao cumprimento do agendamento e a Unidade Executante não soube como resolver. Outro motivo possível, a Unidade Executante não finalizou o atendimento no laudo, por esquecimento e perdeu o prazo do faturamento da AIH Autorização de Internação Hospitalar.
6. O que estava acontecendo? Qual era o problema dessa dimensão que gerava entraves no fluxo? Havia muitos laudos que eram devolvidos para as CERAC solicitantes, executantes ou permaneciam paralisados nas Unidades executantes sem providência alguma, e muitas vezes, estes não tinham nem conhecimento, ou não sabiam o que fazer ou a quem se dirigir, o que retardava a continuidade do processo e assim, muitos laudos que precisavam de um exame atualizado, de uma alteração de um procedimento, ou de alteração de um CID ou que precisavam melhorar o diagnóstico daquele caso e que poderiam ter retornado há mais tempo para a continuidade do fluxo CNRAC, estavam ignorados. Essa situação provocou afastamento de muitos prestadores de serviços da CNRAC.
7. Como se deu o início do processo - O que monitorar e avaliar nesta dimensão, foram o segundo grande desafio. Primeiro, iniciamos o mapeamento mensal das pendências existentes e começamos a intervir junto às CERAC Solicitante, Executante ou Unidade Executante, informando o número de cada laudo pendente, a quantidade de laudos parados e o motivo que cada laudo estava requisitando. Este mapeamento mensal é muito importante para que todo este rol de laudos seja acompanhado se houve resolução, cotejando cada situação, se houve providências de resolução. Mensalmente, também nesta dimensão, ingressam novas pendências, sempre mantendo ou elevando o número dos laudos para que sejam solucionados ou finalizados. O acompanhamento se dar sobre todos os laudos pendentes existentes, porém, a intervenção em maior grau, recai, sobretudo, sobre os laudos mais antigos, que permanecem pendentes, considerando sua a data de inserção na CNRAC.
8. Primeiras observações: Como rotina de acompanhar as pendências existentes no sistema, procedeu-se abrindo cada laudo no sistema, realizando-se a leitura e verificando-se de que se tratam, mapeando cada uma e acompanhando sua resolução. Em seguida, procedeu-se a envio de e-mails para quem estava com laudos pendentes: CERAC Solicitantes, ou CERAC Executantes ou Unidades Executantes, ou médico do Hospital Consultor, - foram acompanhadas diária, semanal ou mensalmente as soluções, de acordo com a especialidade.

9. Sistematização das Atividades/Ações de Intervenção na dimensão –

(i). Iniciar ações por mapeamento dos status priorizados das pendências existentes no sistema, com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, de acordo com a especialidade. Na oncologia, na cardiologia pediátrica, na neurologia pediátrica, levantar as pendências semanalmente e intervir sempre que necessário.

(ii). As pendências que merecem maior atenção e prioridade de monitoramento são: devolução do Gestor CNRAC e devolução do Hospital Consultor, devolução da Unidade Executante, devolução da CERAC Executante e Agendado - essas se acumulam com maior velocidade e por isso, a atenção deve ser constante; orientando e acompanhando as providências e reiterar até que se obtenha solução para cada caso.

(iii). Observar, mensalmente, no mapeamento das pendências, se as CERAC ou Unidades Executantes estão buscando solução ou finalização de cada caso; e, calcular o tempo decorrido de cada pendência desde a solicitação de regularização, registrada em cada laudo e reiterar intervenções até a solução de cada caso.

(iv). Observar o motivo de cada solicitação e registrar no mapeamento, para acompanhamento verificando que tipo de intervenção será a melhor abordada.

(v). Solucionada a pendência, pedir para a CERAC solicitante ou executante informar a solução à técnica da CNRAC que está realizando o monitoramento.

(vi). Receber a informação da CERAC Se for para agendamento, buscar uma análise de um agendamento.

(vii). Se for alguma informação para o Hospital Consultor, informar de maneira mais breve, para agilizar a aprovação.

(viii). Se for informação para a Unidade Executante, encaminhar pelos meios mais rápidos à CERAC Executante ou à Unidade Executante para uma análise de agendamento, porque, algumas vezes, são pendências muito antigas no sistema e estão esquecidas no prestador de serviços.

(ix). Acompanhar os motivos das devoluções dos laudos pelas CERAC Executantes para providências.

(x). As demais pendências do sistema que não estão elencadas como prioritárias, também são acompanhadas, com espaços maiores de avaliação dentro das possibilidades de tempo, para manter a dinamicidade do fluxo e continuidade do atendimento ou de sua finalização. S

(xi). Sendo caso de devolução à CERAC Solicitante para a Unidade Solicitante, avaliar se deve mapear para acompanhamento.

(xii). As pendências que envolvam falta de prestador devem ser registradas em e-mails para o gestor da CGRA e evitar esforços para busca de novos prestadores.

10. Conclusão: Esta dimensão de pendências está implantada. E esta atividade foi uma ressignificação no processo existente até então. Acreditamos que, da mesma forma que a dimensão do agendamento, quando conseguirmos a mudança de comportamento dos atores envolvidos, que as CERAC se conscientizem da necessidade dessa imediata resolução, trará contribuições e impactos de celeridade dos atendimentos de laudos antigos de inserção na CNRAC, totalmente parados e marginalizados no sistema ou finalizados por não necessitar mais de continuidade. Este também é um dos processos que exige maturidade de todos envolvidos. Critérios de implantação do ciclo de pendências: estar testado, compartilhado, ensinado e aprovado pelo gestor. )Foi solicitado ao gestor da CGRA, decisão de gestão em prover recursos humanos capacitados para ações de monitoramento sistemático, para esta dimensão, seguindo o mesmo processo de trabalho.

### 7.1.3. Atendimentos

Quadro 4: Caracterização da dimensão Atendimentos

<b>3ª Dimensão: Caracterização dos Atendimentos</b>
<p>1. Introdução - Dimensão estudada e acrescentada ao monitoramento de processos baseado em intervenções com foco em resultados. Forma junto com os agendamentos e as pendências, o tripé de sustentação de intervenções de celeridade da fila de espera de cada especialidade na CNRAC.</p>
<p>2. Conceito - Para este estudo, atendimentos, diz respeito ao momento da chegada dos pacientes nas Unidades Executantes, para os quais, os seus respectivos laudos estavam direcionados. O ciclo de atendimentos, para este estudo, abrange até quatro status do sistema: “Paciente Internado”, “Aguardando Aprovação do Auditor da Cerac Executante” “Alteração Aprovada” e “Alta”. Este é um conceito que diz respeito ao ciclo do atendimento próprio para este estudo.</p>
<p>3. Relevância - se deve às peculiaridades do cuidado, que englobam o encaminhamento de um paciente. Vai desde a certeza de que o paciente comparecerá para o procedimento, ao encaminhamento do paciente, segundo o grau de risco e gravidade com o transporte correspondente, que pode ser por via aérea comercial ou UTI aérea. Como ao acompanhamento da estada do paciente em ambiente fora do seu território (que causa, muitas vezes, surtos psicológicos) ao seu retorno à origem. O monitoramento precisa estar presente para avaliar as intervenções necessárias.</p>
<p>4. Objetivo do monitoramento - Acompanhar todo o ciclo que envolve o encaminhamento, da ida de um paciente para a realização do procedimento solicitado, ao seu retorno à origem, intervindo em cada passo do fluxo, previamente, orientando e alertando, para que sejam minimizadas as preocupações tanto dos prestadores de serviços, quanto ao cuidado do paciente; comunicando as ocorrências à sua origem e agindo com intervenções junto à CERAC Solicitante, quando necessárias, de um conforto psicológico, de ajuda financeira e de ações de celeridade de retorno. Este retorno à origem, tanto é uma exigência dos pacientes, quanto necessária ao processo de celeridade, pela desocupação do leito. Esse retorno também precisa ser rápido, porque o Hospital se preocupa com a responsabilidade sobre um paciente pós-cirúrgico, longe de sua residência. Existiram casos, de pacientes da Cardiologia Adulta, que se evadiram da cidade para visitar parentes nas proximidades, e meses após, compareceram ao Hospital em que realizaram a cirurgia, pedindo providências de retorno.</p>
<p>5. Em que situações ocorrem problemas no ciclo do atendimento? Ocorrem nas seguintes situações: Tem-se recebido na CNRAC, reclamações dos encaminhamentos dos pacientes. Em primeiro lugar, diz respeito à falta de compatibilidade das descrições dos diagnósticos realizados nos laudos, pelos médicos assistentes dos pacientes, com as avaliações do médico cirurgião, na chegada do paciente, E isso é muito recorrente. São diagnósticos incompletos, superficiais, exames desatualizados, procedimentos apontados distintos da realidade observada. Há casos até, que não precisariam de cirurgia e foram indicados procedimentos cirúrgicos. E isso ocorre em todas as especialidades da CNRAC. Em segundo lugar, questões financeiras. Os pacientes e seus responsáveis deveriam ir com passagens e ajuda de custo para o período necessário de sua estada, no local direcionado, cedidos pelo estado de origem. Porém, a realidade é outra. A ajuda financeira, além de valor que não corresponde com os valores praticados pelo mercado durante sua permanência, na quase totalidade das vezes, o próprio paciente necessita conseguir esse recurso com os familiares, para tentar ressarcimento no seu retorno. Muitos pacientes são enviados sem ajuda de custo e cria grandes problemas no Hospital, que precisamos intervir de imediato junto às CERAC de origens; e em terceiro lugar é de natureza comportamental. Existem pacientes que surtam e não querem se submeter à cirurgia; outros surtam após a cirurgia e já querem retornar sem ter recebido alta, exigindo do Hospital um conjunto de profissionais disponíveis para essas situações. Transporte de pacientes de UTI também exigem uma logística e um acompanhamento coordenados com ambas as pontas - do encaminhamento do paciente e da recepção do paciente. Outro problema recorrente, que não havia controle algum, era o retorno dos pacientes para sua origem. Não havia um controle, um acompanhamento, uma predisposição do estado para trazer o seu paciente de volta. Não é que agora com o monitoramento, conseguem 100% acompanhar, a diferença é que agora, tem alguém na CNRAC monitorando e buscando responsabilidade. E, ainda, mais um motivo para o monitoramento desta dimensão, não se sabia a quantidade de leitos ocupados por pacientes CNRAC nas Unidades Executantes e que alguns procedimentos demoravam muito mais em uma Unidade Executante do que o atendimento do mesmo procedimento em outra Unidade Executante; também a sazonalidade dos atendimentos em cada Unidade Executante, porque havia meses que chamavam mais pacientes e em outros meses aceleravam. Todas essas observações continuam em análise e acompanhamento.</p>
<p>6. O que estava acontecendo com o fluxo dos atendimentos que prejudicava a celeridade da fila de espera? Qual era o problema dessa dimensão que entravava o fluxo? Levando em consideração o relato acima, a consequência foi que muitos prestadores de serviços, se afastaram da CNRAC e se recusavam a retornar pelos problemas que encontraram com pacientes de outros territórios e de não ter contato com ninguém na CNRAC para relatar os problemas ocorridos,</p>

<p>que intermediasse e resolvesse imediatamente as questões ocorridas. Prestador de serviços só quer atender seus pacientes, nenhum quer resolver problemas de pacientes de fora do estado, que não tem recursos para sua estada, não tem onde ficar, antes de sua cirurgia ou saindo do hospital. Sem prestador, sem atendimentos. Sem atendimentos, fila engessando e crescendo, porque todos os dias ingressam novos pacientes.</p>
<p>7. Como se deu o início do processo - Iniciado o mapeamento mensal dos atendimentos dos laudos/pacientes existentes, começamos a intervir junto às CERAC Solicitantes e Unidades Executantes em cada passo da execução necessário. A estratégia foi se mostrar presente e atuante para todos, resolvendo todos os problemas que porventura acontecessem.</p>
<p>8. Primeiras observações: Precisava-se se fazer presente frente às Unidades Executantes e mostrar parceria, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e disponibilidade para intervir nas necessidades.</p>
<p>9. Sistematização das Atividades/Ações de Intervenção na dimensão.</p> <p>(i). As ações de intervenção nesta dimensão se iniciam com a confirmação da chegada do paciente na Unidade Executante para a qual o laudo estava direcionado.</p> <p>(ii). Essa confirmação é obtida com a CERAC Solicitante e também com a Unidade Executante, por e-mail ou por telefone.</p> <p>(iii). Na maioria das vezes, o paciente leva a Ficha de Atendimento com o código de internação, para inserção da internação, no sistema CNRAC.</p> <p>(iv). Mas, como intervenção prévia, informamos antecipadamente o Código de Internação, para que o Hospital tenha certeza de que o paciente irá cumprir o compromisso agendado.</p> <p>(v). Ao mesmo tempo, promove segurança ao prestador que o ambiente está sendo acompanhado.</p> <p>(vi). Existe toda uma logística de Hospital para esperar estes pacientes, e informar antecipadamente ao prestador, sinaliza que temos organização e que estamos acompanhando o processo.</p> <p>(vii). Acompanhar todo o processo de encaminhamento e providências de transporte UTI aérea de ida e de retorno dos pacientes, da origem para as Unidades Executantes e das Unidades Executantes para a origem, para que não haja algum risco para o paciente; verificar o bloqueio de leito na Unidade dos casos mais graves na ida, e quando necessário na origem, para a continuidade do cuidado.</p> <p>(viii). Acompanhar o retorno dos pacientes, especialmente, em voos com escalas, se conseguiram ser conduzidos adequadamente. Alguns ficam desorientados e perdem o próximo voo e a passagem.</p> <p>(ix). Mapear e acompanhar o número de leitos que estão sendo utilizados no período avaliado, nos mostra a capacidade e disponibilidade da execução do prestador de serviços.</p>
<p>(x). Acompanhar as informações e remoções de óbitos de pacientes pelas CERAC solicitantes e as providências pelas Unidades Executantes e pedir às CERAC imediatas medidas de traslado.</p> <p>(xi). Acompanhar as Altas para as providências das remoções dos pacientes e intervir, quando necessário.</p> <p>(xii). Observar a chamada de atendimentos por cada Unidade Executante, se por data de inserção do laudo/paciente e calcular o tempo decorrido de cada atendimento, desde a sua inserção no sistema CNRAC.</p> <p>Obs.: Ainda não temos alcance de contato em todas as Unidades Executantes. Alguns contatos são restritos às regulações locais. Observar quais procedimentos está sendo chamados para atendimentos e calcular o tempo decorrido para cada procedimento realizado e comparar por Unidade Executante.</p>
<p>10. Conclusão: dimensão de atendimento está implantada. E esta atividade com todo acompanhamento e cuidado dedicado foi uma ressignificação de qualidade no processo existente até então. Critérios de implantação do ciclo de atendimento: estar testado, compartilhado, ensinado e aprovado pelo gestor. Foi solicitado ao gestor da CGRA, decisão de gestão em prover recursos humanos capacitados para ações de monitoramento sistemático, para esta dimensão, seguindo o mesmo processo de trabalho.</p>

## 7.1.4 Fila de Espera

Quadro 5: Caracterização da dimensão Fila de Espera

Caracterização da dimensão Fila de Espera
<p>1. Introdução - Esta é a dimensão Foco do monitoramento e avaliação. A fila de espera foi a quarta dimensão estudada em todos os seus aspectos, em todas as especialidades da CNRAC. A fila de espera é o espelho de todo trabalho executado anteriormente. Ela reflete a eficácia do trabalho das demais dimensões, anteriormente mencionadas, sustentadas como um tripé de intervenção. Mas, a fila de espera tem também vida própria e intervenções dinâmicas e sistemáticas.</p>
<p>2. Conceito - de fila de espera – para este estudo, fila de espera são todos os laudos/pacientes que se encontram aptos a receberem um agendamento de uma Unidade Executante, para a qual o laudo esteja direcionado. E se situam, no status: aguardando agendamento do operador da Unidade Executante. Este conceito foi elaborado para o monitoramento e avaliação da CNRAC. Foi motivo de discussão na equipe, mas no final, aprovado pelo gestor da CGRA, e essa conceituação marcou um novo olhar para o processo.</p>
<p>3. Relevância - A relevância de se monitorar a fila de espera em cada especialidade. A fila de espera é o core do processo. Ela precisa ser monitorada mensalmente e necessita de intervenções com cada Unidade Executante, para que elas agilizem agendamentos, para que aja a comunicação de informações contrárias à preparação do encaminhamento de cada paciente. Existem procedimentos que não encontramos prestador para realizar, o que faz com que estes laudos/paciente esperem muito tempo pela oportunidade. Tem outros procedimentos que todas as Unidades realizam, é o caso dos procedimentos, na cardiologia, - cardiovascular. Não encontramos problemas de retenção de atendimento para estes procedimentos. No entanto, na cardiologia adulta, procedimentos endovasculares e de estudo eletrofisiológico para ablação com fibrilação atrial, não conseguimos prestadores, especialmente, pelo valor de Órtese, Prótese e Materiais Especiais – OPME. O monitoramento intervém na busca de novos prestadores constantemente, sobretudo, para não depender, exclusivamente, de um único prestador, que pode em algum momento, não suprir toda demanda lhe direcionada, por considerarem a demanda reprimida local de seu estado, e vir a falhar na produtividade de repente. A regulação local também se constitui, muitas vezes, como uma barreira para os atendimentos CNRAC.</p>
<p>4. O objetivo principal do monitoramento desta dimensão, é fluir o processo, dar celeridade aos atendimentos, embora a fila de espera tenha caráter eletivo, não há justifica, para quem precisa, ficar aguardando indefinidamente. Até porque, a tendência é de piora dos pacientes, de agravamento dos quadros clínicos, porque a maioria tem diagnóstico tardio.</p>
<p>5. Quando ocorre o monitoramento desta dimensão? Mensalmente, são elaboradas planilhas de cada prestador e analisado o fluxo, é muito importante a observação do tempo em que os laudos estão sem se movimentar na fila de espera de cada Unidade Executante. A intervenção neste caso se inicia, com o encaminhamento da planilha individual de cada Unidade Executante de cada especialidade, por e-mail, para cada prestador, que recebe um telefonema posteriormente, para discutir a possibilidade de análise de agendamento. Demonstrando a Unidade alguma dificuldade com relação a algum atendimento, sem se retirar o laudo, neste primeiro momento, busca-se via e-mail, quem poderia atender aqueles procedimentos que estão parados. Tendo-se certeza de que há a possibilidade de atendimento mais rápido em outra Unidade, são redirecionados os laudos. E, assim sucessivamente.</p>
<p>6. O que estava acontecendo? Qual era o problema dessa dimensão que gerava entraves no fluxo? Os laudos ficavam em cada fila de espera das Unidades, com total desconhecimento da existência desses laudos em sua tela, ou sem preocupação de fazer girar, porque não existia quem monitorasse o processo e informasse e intervisse. Hoje, ainda, maio/2019, existem Unidades Executantes que não permitem o acesso da CNRAC a eles. Apenas, admitem contato com a regulação local. Existe uma meta do monitoramento para alcançar estas Unidades Executantes inalcançáveis.</p>
<p>7. Como se deu o início do processo - Organizando as 3 (três) primeiras dimensões de intervenção e sustentação, que levou um ano de trabalho sistemático, foram iniciadas as estratégias de aceleração da fila de espera, baseada no</p>

contato direto com o prestador, demonstrando a performance e o potencial de cada Unidade Executante e pedindo cumprimento. Ao mesmo tempo, havia uma busca incessante por novos prestadores. Esse trabalho tinha concomitantemente, uma meta para ser alcançada como gatilho disparador de estimulação.

8. Primeiras observações: As primeiras observações foram que os resultados chegavam. Uma estratégia com planejamento, coragem para o esforço, dedicação, compromisso e responsabilidade, sem dúvida alguma, os resultados chegam. Lentamente, mas chegam e se sustentam. Isso nos fortalecia, indicando que o caminho estava correto. Tudo o mais será questão de tempo.

9. Sistematização das Atividades/Ações de Intervenção na dimensão.

- (i). Elaborar Planilha das filas de espera mensal de cada especialidade por Unidade Executante.
- (ii). Elaborar Planilha das Unidades Executantes com o quantitativo de laudos direcionados.
- (iii). Elaborar Planilha dos procedimentos solicitados da fila de espera.
- (iv). Elaborar Planilha dos estados demandantes em cada especialidade. Mapeamento do ranking dos laudos em cada procedimento.
- (v). Mapear o quantitativo de laudos da fila de espera por ano de solicitação na CNRAC.
- (vi). Mapear o perfil da fila de espera por sexo e por idade. Essa informação, além de conhecer a população alvo de cada especialidade, se organiza a melhor estratégia de atuação.
- (vii). No caso do sexo, adulto, para orientação do acompanhante no momento do encaminhamento para a cirurgia. Idades também ajudam na busca da especificidade do prestador para a faixa etária.
- (viii). Buscar junto às Unidades Executantes agendamento para atendimento de urgência para pacientes com quadros clínicos agudizados.
- (ix). Solicitar atualizações do quadro clínico e exames para análise de atendimento.
- (x). Solicitar, a pedido das Unidades Executantes, informações às CERAC de medicamentos em uso, atualizações de relatórios médicos, de exames, imagens com laudos atualizados, para fins de possível atendimento.
- (xi). Analisar para conhecer o potencial da Unidade Executante, o tempo da fila de espera para registro de agendamentos, respeitando as disponibilidades das Unidades Executantes.
- (xii). Considerar o potencial de atendimento das Unidades Executantes para saber se haverá necessidade de redirecionamento de laudos; Reconhecer o período sazonal das Unidades Executantes e avaliar se há possibilidade de aguardar a sua produção ou sinalizar a necessidade de redirecionamento de laudos, para estes momentos de redução de produção.

10. Conclusão: A dimensão de fila de espera está implantada. Esta atividade com todo o acompanhamento e cuidado dedicado foi uma ressignificação de qualidade no processo existente até então. Critérios de implantação do ciclo da fila de espera: estar testado, compartilhado, ensinado e aprovado pelo gestor. Foi solicitado ao gestor da CGRA, decisão de gestão em prover recursos humanos capacitados para ações de monitoramento sistemático, para esta dimensão, seguindo o mesmo processo de trabalho.

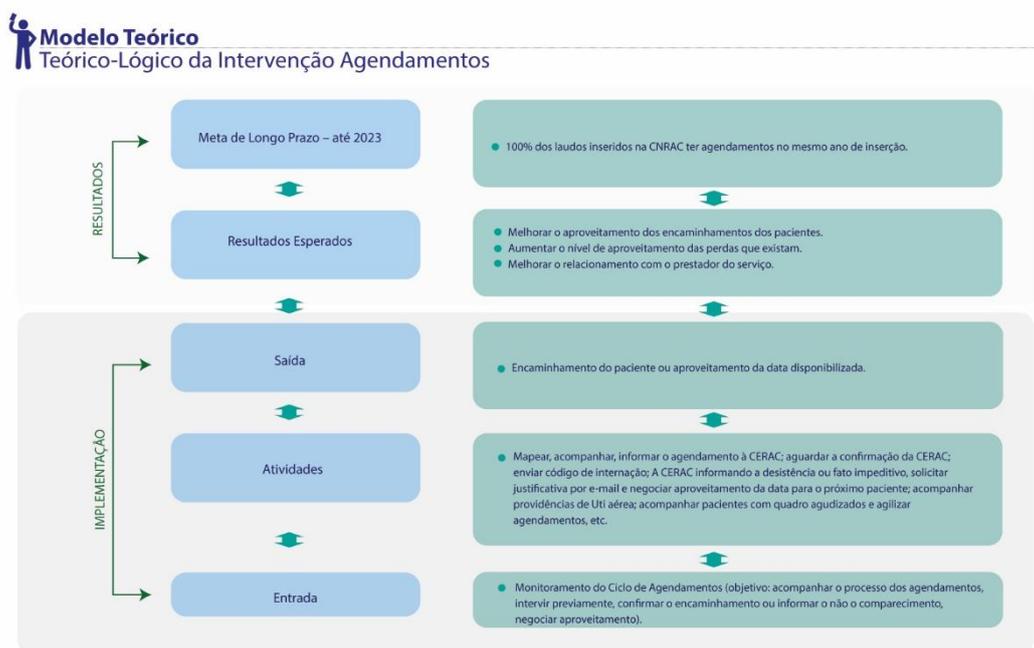
Conclusão: Todas as dimensões essenciais (agendamentos, pendências, atendimentos e fila de espera) estão implantadas no processo de trabalho. Anualmente, as atividades, são apresentadas no planejamento como Plano de Trabalho ao gestor e integrantes da CNRAC.

## 7.2. Modelizando as Dimensões de Intervenção

O modelo teórico-lógico permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do monitoramento de processo baseado em intervenção nos resultados observados, MEDINA et al. (2014).

### 7.2.1. Modelo Teórico-Lógico da Intervenção AGENDAMENTOS

Figura 1 - 1º Dimensão: Monitoramento do Ciclo de Agendamentos



Fonte: Adaptation of the Illustrative Logic Model for One National Development Goal - KUJSEK & RIST, 2011

Com o monitoramento de intervenção de processos, temos avançado muito nos agendamentos de laudos, especialmente, com inserções antigas, que estavam esquecidos na fila de espera. Com todo esse trabalho sistemático e contínuo, podemos ter como desenho de planejamento, uma Meta de Longo Prazo com alcance até 2023 de que 100% dos laudos inseridos na CNRAC, em cada especialidade, terão agendamentos no mesmo ano de inserção.

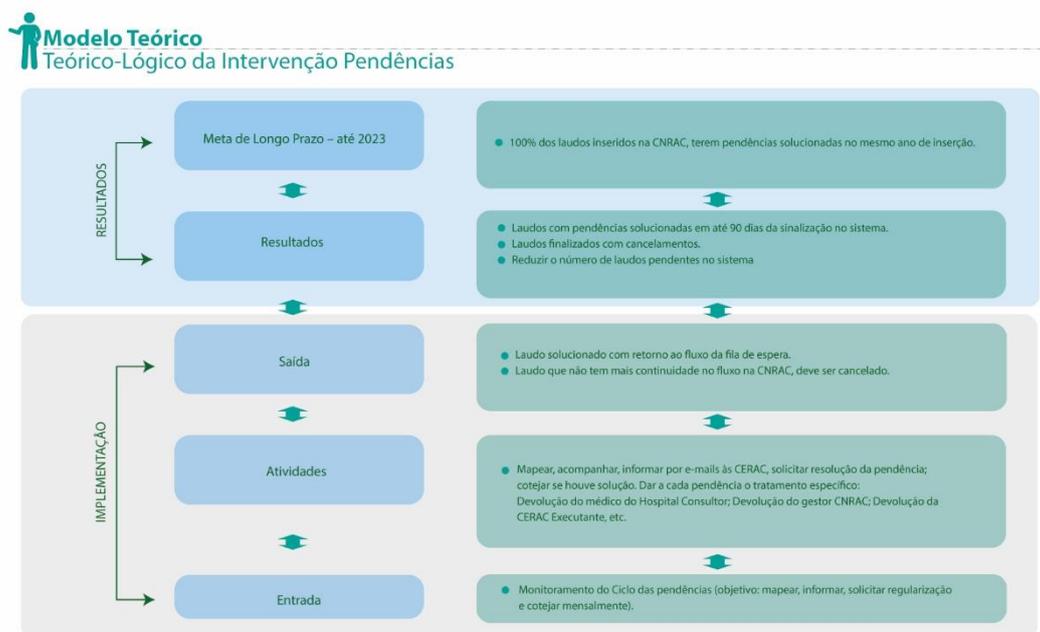
Entretanto, para que essa meta sugerida se realize, será necessária captação de prestadores potenciais em cada especialidade, conforme recomendado por esse estudo, com disponibilidade para agendamentos. Especialmente, captação de prestadores

potenciais na especialidade traumatologia-ortopedia, que detém aproximadamente 1.400 (mil e quatrocentos) pacientes na fila de espera, aguardando desde 2009.

Outro fator que tem sido uma barreira para a celeridade dos agendamentos é a atualização de exames solicitados pelas Unidades Executantes para melhor análise dos diagnósticos com vista à possível atendimento. Como os pacientes dependem do SUS, demoram muito a realizar a consulta e os exames e que são regulados. Tem CERAC que demora até 6 (seis) meses para enviar os exames e imagens atualizados dos pacientes para análise de agendamento. Isso dificulta muito a análise imediata de um agendamento.

### 7.2.2. Modelo Teórico-Lógico da Intervenção PENDÊNCIAS

Figura 2 - 2º Dimensão: Monitoramento do Ciclo de Pendências



Fonte: Adaptation of the Illustrative Logic Model for One National Development Goal - KU SEK & RIST, 2011

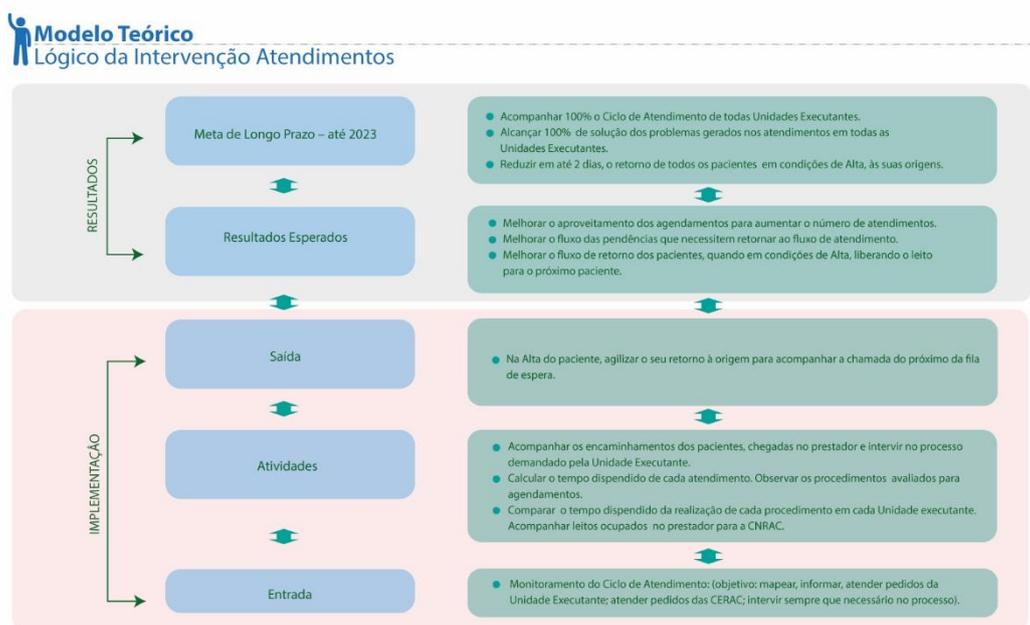
O modelo apresenta as relações causais dessa dimensão e o resultado esperado. Meta de Longo Prazo – até 2023 estimamos que 100% dos laudos inseridos na CNRAC, terão pendências solucionadas no mesmo ano de inserção. Com o monitoramento sistemático, temos avançado nessa solução, nas especialidades: cardiologia pediátrica, oncologia e neurologia.

A maior dificuldade é com a especialidade traumatologia-ortopedia. Esta especialidade precisa de um espaço de tempo maior, para suas regularizações, devido a grande

quantidade de pacientes existentes em sua fila de espera pendentes, pela existência de um único prestador potencial que, durante os anos na série histórica foi declinando o número de atendimentos. E, desde agosto de 2018 até hoje, junho/2019, não retornou à sua normalidade de atendimento, e, por ora, sem data de provável retorno.

### 7.2.3. Modelo Teórico-Lógico da Intervenção ATENDIMENTOS

Figura 3 - 3º Dimensão: Monitoramento do Ciclo de Atendimentos



Fonte: Adaptation of the Illustrative Logic Model for One National Development Goal - KU SEK & RIST, 2011

O modelo apresenta as relações causais dessa dimensão e o resultado esperado. Estima-se como Meta de Longo Prazo que até 2023, em todas as especialidades, seja possível:

- Acompanhar 100% o Ciclo de Atendimento de todas as Unidades Executantes.
- Alcançar 100% de solução dos problemas gerados nos atendimentos em todas as Unidades Executantes.
- Reduzir em até 2 (dois) dias, o retorno de todos os pacientes em condições de Alta, às suas origens, para seu conforto e por outro lado, liberação de leito para o atendimento do próximo paciente.

## 7.2.4. Modelo Teórico-Lógico da Intervenção FILA DE ESPERA.

Figura 4 - 4º Dimensão: Monitoramento do Ciclo da Fila de Espera



Fonte: Adaptation of the Illustrative Logic Model for One National Development Goal - KU SEK & RIST, 2011

O modelo apresenta as relações causais dessa dimensão e o resultado esperado. A expectativa é de que, como Meta de Longo Prazo – até 2023 - 100% dos laudos terão seu primeiro atendimento em até 60 dias, em todas as especialidades.

Conclusão: O modelo teórico-lógico está sendo apresentado neste estudo, como proposta de inserção na rotina do trabalho, pois, não houve ainda tempo técnico, para ser compartilhado, discutido e submetido à aprovação do gestor da CGRA. Portanto, não está ainda implantado na rotina de trabalho.

### 7.3. Estudo de Avaliabilidade das Dimensões de Intervenção

A avaliabilidade é um processo voltado para clarificar os desenhos dos programas, explorando sua realidade e, se necessário, ajudando a redesenhá-lo. A técnica de coleta utilizada foi de levantamento de dados secundários do SisCNRAC e de observação, MEDINA et al. (2005). A análise exploratória (avaliabilidade) ROSSI, LIPSEY et al. (2004) trata-se de uma pré-avaliação sistemática, PATTON (2002).

Fez-se, portanto, neste estudo, uma exploração sobre a avaliabilidade de se monitorar e avaliar cada dimensão; e, verificar o que poderia ser avaliado e em qual extensão.

Em cada dimensão foi selecionada uma ou mais especialidades que mais se destaca(m) na sua temática.

Quadro 6: Estudo de Avaliabilidade – Resumo das Especialidades selecionadas em cada dimensão de intervenção

Estudo de Avaliabilidade - Especialidades selecionadas em cada dimensão de intervenção	
Dimensões de Intervenção	Especialidade
AGENDAMENTOS	Neurologia
PENDÊNCIAS	Neurologia
ATENDIMENTO	Neurologia
FILA DE ESPERA*	Neurologia
	Traumato-ortopedia
	Oncologia
	*Referência à Cardiologia Pediátrica

Fonte: Elaboração própria, 2019

#### 7.3.1. Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção AGENDAMENTOS.

O método utilizado na dimensão AGENDAMENTOS foi o de sistematização em planilha, do registro do número de laudos agendados e do número de laudos atendidos, que foram monitorados em mapeamento durante o período considerado, obtidos de dados secundários do SisCNRAC. Com essa disposição de informações, foi calculada a proporção de aproveitamento mensal/anual, para a especialidade em análise.

Para o exercício desta apresentação foi selecionada apenas uma das especialidades – **Neurologia** -, porque ela tem uma particularidade que as demais não têm. As Unidades que executam os procedimentos e serviços de epilepsia, especialmente, realizam agendamentos para o ano em curso e para o ano seguinte. O número de agendamentos é

maior do que as demais especialidades. Então, o acompanhamento do aproveitamento, pelo grande espaço de tempo, deve ser ainda maior, porque há toda uma dinâmica de ocorrências, em que o acompanhamento e a intervenção devem estar atentos. Mas a demonstração deste estudo de avaliabilidade poderia recair sobre qualquer outra especialidade. Foi apenas um recorte e o processo proposto seria o mesmo para qualquer das especialidades.

Para a dimensão de intervenção AGENDAMENTOS foram propostos critérios e padrões formulados a partir da estratégia de gestão de celeridade da fila de espera e de aproveitamento máximo dos agendamentos no sistema. Para cada padrão selecionado, foi feita a descrição do critério esperado que correspondesse ao resultado de APROVEITAMENTO obtido como “excelente”, “bom”, “regular” com as respectivas proporções.

Neste estudo, foi considerado o número de laudos AGENDADOS que foram registrados no sistema, no ano de 2018, e do número de laudos ATENDIDOS que também foram registrados, no ano de 2018.

Para o cálculo do APROVEITAMENTO, conforme dados da Tabela 1 abaixo, verificou-se se existia diferença entre o número de AGENDADOS e o número de ATENDIDOS. Como existiu diferença na relação do número obtido de AGENDADOS com o número obtido de ATENDIDOS, foi o fato considerado para o detalhamento em estudo posterior, e denominou-se a este número encontrado, “perda” de agendamento.

Esta perda foi analisada e verificou-se que existem ocorrências de perdas de agendamentos e que podem ser identificadas como perdas relativas ou perdas absolutas. Estes novos termos (perda, perda relativa, perda absoluta) foram inseridos neste estudo, após análise de cada ocorrência de perda. E, para melhor compreensão, esclarecemos estes conceitos: perda de agendamento é a diferença de AGENDADOS e ATENDIDOS e pode refletir uma perda relativa ou uma perda absoluta.

Perda relativa é aquela ocorrência de agendamento que não foi cumprida, por algum motivo superveniente do paciente, da CERAC Solicitante ou até mesmo da Unidade Executante, mas que a ocorrência foi informada à CNRAC para providências de intervenção cabíveis, disponibilizando a data registrada para outro paciente nos casos possíveis; e o primeiro paciente, necessariamente, foi aproveitado em atendimento de outro momento (havendo apenas alteração de data e não perda absoluta).

Perda absoluta é aquela ocorrência de agendamento que não foi cumprida por motivos, por exemplo: óbito do paciente, desistência do paciente, tratamento realizado

por outra via de atendimento, dentre outros fatos e não foram informadas a tempo à CNRAC para providências de aproveitamento.

Todo o detalhamento das ocorrências de perdas de agendamentos foi analisado nos mapeamentos mensais de agendamentos; e todas as ocorrências que foram informadas ou identificadas a tempo de solução, foram trabalhadas com ações de intervenção, para otimizar a perda de datas disponibilizadas. Esse detalhamento consta no mapeamento mensal da especialidade e é totalmente possível de ser apresentado com maior profundidade, porém, adentraríamos muito no estudo e talvez não houvesse tempo disponível para sua apresentação.

Tabela 1: Análise de aproveitamento de agendamentos em 2018

Análise Comparativa dos Agendados, Atendidos, Diferença entre eles e Aproveitamento de Agendamentos - NEUROLOGIA - 2018 -				
MESES	AGENDADOS	ATENDIDOS	(AGENDADOS-ATENDIDOS)	% de APROVEITAMENTO do atendido em relação ao agendado
DEZEMBRO	13	11	2	84,6
NOVEMBRO	36	31	5	86,1
OUTUBRO	49	43	6	87,8
SETEMBRO	40	35	5	87,5
AGOSTO	49	41	8	83,7
JULHO	48	34	14	70,8
JUNHO	32	28	4	87,5
MAIO	39	37	2	94,9
ABRIL	41	38	3	92,7
MARÇO	39	33	6	84,6
FEVEREIRO	38	26	12	68,4
JANEIRO	43	35	8	81,4
TOTAL ANUAL	467	392	75	83,9
Média/anual	39	33		

Fonte: SISCNRAC, Acesso em 02/05/2019, 7h

Os critérios com os correspondentes Padrões esperados propostos, para a verificação de APROVEITAMENTO de AGENDAMENTOS, na relação de ATENDIDOS sobre AGENDADOS, foram descritos na metodologia.

Comentário:

A conclusão deste estudo de avaliabilidade nesta dimensão foi que o percentual de APROVEITAMENTO anual dos AGENDAMENTOS, na especialidade Neurologia,

no ano de 2018, como demonstrado na TABELA 1, foi de 83,9%. Para este padrão corresponde o Critério anual considerado *Bom*, como resultado final.

Estima-se, como proposta de meta em longo prazo, para 2023, que todas as especialidades tenham APROVEITAMENTO anual, com padrão de no mínimo 91%, e classificação de Critério EXCELENTE.

Para que isso se realize, recomenda-se que o processo aqui adotado de monitoramento de intervenção com foco em resultados seja mantido; e, que haja a lotação de um profissional com habilidades técnicas para acompanhamento sistemático desta dimensão.

Neste estudo de avaliabilidade realizado também se constataram as seguintes observações: Existe, após esse estudo, conhecimento do número real de registros de Agendamentos realizados pelas Unidades Executantes; houve, acréscimo do número de aproveitamento no cumprimento dos encaminhamentos dos pacientes pelas ações de intervenções prévias e sistemáticas. Existe conhecimento, em tempo oportuno, da quase totalidade das perdas ocorridas e busca-se imediata resolução com intervenção para maximizar o aproveitamento da data disponibilizada. Houve melhoria na percepção das CERAC de controle máximo para evitar perdas e impactos na fila de espera. Existe acréscimo de motivação das Unidades Executantes pelos acompanhamentos realizados pela CNRAC, pela parceria e disponibilidade oferecidas e pelo monitoramento estabelecido. Constatou-se que existem procedimentos que não têm prestador que os executem para a CNRAC, por mais que se tenham envidados esforços no sentido de busca de atualização de novos prestadores de serviços. A consequência disso, é que dificulta o rápido agendamento e o fluxo da fila de espera. Sendo, portanto, um risco, uma barreira, para o alcance de metas estabelecidas. Recomenda-se, ainda, que não cesse a busca pelos prestadores de serviços potenciais em cada especialidade.

### **7.3.2. Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção PENDÊNCIAS**

O método utilizado nesta exploração de avaliabilidade desta dimensão, foi o de sistematização de registro em planilha, de dados secundários obtidos do SisCNRAC, considerando as PENDÊNCIAS que foram registradas no sistema e acompanhadas pelo monitoramento no mapeamento mensal da especialidade Neurologia, por situação de laudo ou por grupo de pendências, no primeiro trimestre (janeiro/fevereiro/março), do ano de 2019, como se observa no TABELA 2. Na Tabela 2 são listados os grupos de

pendências, o mês a que se refere e o quantitativo de laudos que foram solucionados e o quantitativo dos que não foram solucionados.

Tabela 2: Análise das Pendências em 2019, na especialidade Neurologia

Análise das Pendências em 2019, na especialidade Neurologia														
Grupo de Pendências	Mês de Janeiro *	SOLUÇÕES		Mês de Fevereiro **	Provenientes do mês anterior	Laudos novos	SOLUÇÕES		Mês de Março	Provenientes do mês anterior	Laudos novos	SOLUÇÕES		Mês de Abril** *
		Sim	Não				Sim	Não				Sim	Não	
Devolvido pelo gestor CNRAC	57	8	49	115	49	66	22	93	111	93	18	24	87	98
Devolvido pelo médico CERAC executante	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Devolvido pelo médico da CERAC solicitante	3	0	0	3	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Devolvido pelo médico do Hospital Consultor	10	1	9	12	9	3	4	8	11	8	3	2	9	16
Aguardando agendamento de nova data	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2
pendências de agendamentos	12	0	12	13	12	1	0	0	18	13	5	0	18	25
total	98			143					145					146

Fonte: cnrac. datasus.gov.br, em 21/04/2019

\*Baseline (início da análise): janeiro/2019

\*\*Acréscimo nas devoluções CNRAC por falta de prestador

\*\*\* Levantamento até 21/04/2019

Para o cálculo percentual, o resultado foi apresentado na TABELA 3, onde foi calculado o número de laudos pendentes solucionados de um grupo de pendências sobre o número total de pendências do mesmo grupo (x 100), na especialidade em análise.

Tabela 3: Cálculo das Soluções das Pendências por Grupo em 2019, na especialidade Neurologia

Cálculo das Soluções das Pendências por Grupo em 2019, na especialidade Neurologia									
Grupo de Pendências	Mês de Janeiro*	SOLUÇÕES	Cálculo (%)	Mês de Fevereiro *	SOLUÇÕES	Cálculo (%)	Mês de Março	SOLUÇÕES	Cálculo (%)
		Sim			Sim			Sim	
Devolvido pelo gestor CNRAC	57	8	14	115	22	19	111	24	22
Devolvido pelo médico CERAC executante	14	14	100	0	0	0	0	0	0
Devolvido pelo médico da CERAC solicitante	3	0	0	3	0	0	4	0	0
Devolvido pelo médico do Hospital Consultor	10	1	10	12	4	33	11	2	18
Aguardando agendamento de nova data	2	2	100	0	0	0	1	1	100
Pendências de agendamentos	12	0	0	13	0	0	18	0	0
Total	98	0		143			145		

Fonte: cnrac. datasus.gov.br, em 21/04/2019

Os critérios, com os correspondentes Padrões esperados propostos, para a verificação do percentual de SOLUÇÃO de laudos PENDENTES em relação ao total de laudos pendentes do grupo de pendências, foram descritos na metodologia.

Pela TABELA 4, observamos que em janeiro/2019 existiram 2 (dois) grupos de pendências (Devolvido pelo médico da CERAC Executante e Aguardando agendamento de nova data) que tiveram pelo Padrão de 100% de solução de pendências do grupo e a classificação de Critério EXCELENTE. Os demais grupos do referido mês, tiveram classificação de Critério RUIM de solução de pendências do grupo. Em fevereiro/2019, todos os grupos de pendências tiveram classificação de Critério RUIM de solução de pendências do grupo. No mês de março/2019, existiu apenas um grupo (Aguardando agendamento de nova data) que teve pelo Padrão de 100% de solução de pendências do grupo, a classificação Critério EXCELENTE. Os demais grupos do referido mês, tiveram classificação de Critério RUIM de solução de pendências do grupo.

Tabela 4: Critérios e Padrões de Soluções das Pendências por Grupo em 2019, na especialidade Neurologia

Critérios e Padrões das Soluções das Pendências por Grupo em 2019, na especialidade Neurologia						
Grupo de Pendências	Cálculo (%) de janeiro	Padrão	Cálculo (%) de fevereiro	Padrão	Cálculo (%) de março	Padrão
Devolvido pelo gestor CNRAC	14	RUIM	19	RUIM	22	RUIM
Devolvido pelo médico CERAC executante	100	EXCELENTE	0	RUIM	0	RUIM
Devolvido pelo médico da CERAC solicitante	0	RUIM	0	RUIM	0	RUIM
Devolvido pelo médico do Hospital Consultor	10	RUIM	33	RUIM	18	RUIM
Aguardando agendamento de nova data	100	EXCELENTE	0	RUIM	100	EXCELENTE
Pendências de agendamentos	0	RUIM	0	RUIM	0	RUIM
Total						

Fonte: cnrac. datasus.gov.br, em 21/04/2019

Conclusão: Nas pendências, percebe-se que existem muitas vezes, poucos esforços ou quase nenhum esforço das CERAC solicitantes, executantes e Unidades Executantes, para solucionar e observa-se que os motivos são diversos. Desde a dificuldade de comunicação com o paciente, porque os números de telefones celulares fornecidos são trocados com muita frequência; os pacientes residem em locais de difícil acesso, muito distantes de grandes centros; existe falta de recursos dos pacientes para deslocamentos até às CERAC e depois marcar consultas com os seus médicos assistentes, para em seguida marcar os exames; realizar os exames, buscar os resultados e levá-los até as CERAC, (tudo (consulta e exames) regulado); falta de recursos humanos disponíveis para esse monitoramento e acompanhamento nas CERAC e nas Unidades Executantes é recorrente; falta de controle de Alta no sistema para faturamento e finalização de uma AIH.

Pensando nas dificuldades acima de regularização de pendências no sistema, este estudo de avaliabilidade propõe como meta em longo prazo para 2023, a estimativa de que todas as especialidades tenham pendências solucionadas, com Padrão de no mínimo 91%, e classificação de Critério EXCELENTE.

Para que isso se realize, recomenda-se que o processo aqui adotado de monitoramento de intervenção com foco em resultados seja mantido; que haja a lotação de um profissional com habilidades técnicas para acompanhamento sistemático desta

dimensão; e, que seja elaborada norma técnica para observação dos parceiros demandantes e executantes, com tempo determinado de permanência de laudos pendentes no sistema. Sem essa norma, que reforce as intervenções, o esforço é muito grande e demanda muito tempo para se colocar no ritmo esperado para 2023, de que um laudo deva permanecer aguardando uma solução de pendência por no máximo, 30 (trinta) dias. A especialidade Oncologia tem a Lei 12.732/2012, que determina no art. 2º: O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único. E, no art. 3º: O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas. Essa legislação favorece ao monitoramento reivindicar pronta resolução diante de pendências apresentadas no sistema, que impeçam a celeridade do atendimento desses pacientes.

### **7.3.3. Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção ATENDIMENTO**

O método utilizado nesta dimensão foi o de sistematização de registro em planilha, considerando o cálculo do tempo dispendido da inserção do laudo na CNRAC ao efetivo atendimento.

Para o exercício desta apresentação foi selecionada a especialidade **Traumatologia-ortopedia**. A escolha dessa especialidade para este estudo de viabilidade se deve por ter sido a especialidade que mais apresentou dificuldades de tempo de espera na dimensão ATENDIMENTOS. Essa especialidade contava com apenas um prestador potencial e alguns prestadores que oscilavam a sua produção, no processo de execução na CNRAC. Uma fila de espera gigantesca, que em outubro de 2018, ultrapassou 1.400 (um mil e quatrocentos) pacientes e um prestador que não conseguia atender cronologicamente pela enorme demanda de urgências dos estados e que paralisou suas atividades em agosto/2018. Outro fator que foi constatado, o fato de não existir monitoramento e avaliação desde a implantação da CNRAC fez com que os prestadores existentes escolhessem os procedimentos que gostariam de atender e nota-se que, preferencialmente, eram escolhidos os que ingressavam no mesmo ano ou pelas cirurgias mais simples, em detrimento das cirurgias de grande porte, ou atendimentos de urgências que ingressavam e pediam prioridade. Assim, existia uma grande fila de espera e com os procedimentos

mais difíceis, aguardando desde 2009, ou seja, há 10 anos, considerando que estamos em maio/2019, aguardando uma oportunidade.

Na TABELA 5, tem-se uma série histórica com as seguintes colunas: ano de atendimento dos procedimentos de 2009 a 01/04/2019 da especialidade traumatologia ortopedia; quantidade de laudos atendidos em cada ano de execução e a última coluna, com as médias de tempo de espera da inserção do laudo ao atendimento.

Tabela 5: Média de tempo de espera da inserção do laudo ao atendimento – Série Histórica Geral

Especialidade: Traumatologia-ortopedia		
Ano de Atendimento	Quantidade de laudos atendidos	Média de Tempo de Espera Atendimentos (dias)
2019*	16	567
2018	82	706
2017	75	576
2016	161	453
2015	191	414
2014	182	331
2013	202	261
2012	264	324
2011	247	301
2010	175	266
2009	72	129
<b>TOTAL DE MÉDIAS</b>	<b>151,5</b>	<b>393,4</b>

Fonte: cnrac.saude.gov.br, acesso em 01/05/2019\*

Pela TABELA 5 pode-se fazer a verificação de que existe uma tendência crescente de dias das médias anuais de tempo de espera apresentadas, de 2009 a 2012; Em 2013, uma interessante retração, que pode ter ocorrido por acréscimo de prestador de serviço, especificamente, neste ano, ou por otimização de produção dos prestadores que já existiam. Essa certeza é totalmente fácil de evidenciar no monitoramento, porém, não foi trazida a este estudo para não desviar do recorte proposto. Na sequência dos anos, a média anual torna a se elevar, a partir de 2014, pelo afastamento e, portanto, decréscimo do número de prestadores para esta especialidade.

Obs.: Em 2019, o levantamento deu-se até 30/04/2019. Por isso, a média apresenta um quantitativo menor nesta referência anual.

Essas médias representariam números mais elevados, caso houvesse, atendimentos dos laudos mais antigos, que aguardam desde 2009, que ainda estão

pendentes na fila de espera e que, geralmente, são casos de maior porte de cirurgia, às vezes, infeccionados, que demandam muito tempo hospitalizados, para liberação do profissional cirurgião, por motivo de segurança do médico e do paciente. E por tudo isso, esses pacientes não são agendados e continuam aguardando atendimento.

Comentário: A partir do início do SisCNRAC, de 2009, é muito nítido o acréscimo de dias médios de espera para um atendimento de paciente, nesta especialidade, em virtude de existir, praticamente, um único prestador potencial com capacidade de produção, e os demais prestadores existentes, produziam, muito menos. Se houvesse monitoramento sistemático com intervenções e controle dos agendamentos desde o início, o número, ao contrário, em vez de crescer, tenderia a diminuir, visto que o espaçamento entre a inserção e a realização diminuiria com o passar do tempo. O que ocorre, entretanto, é o contrário, justamente porque existem ainda laudos antigos não atendidos desde 2009, 2010, 2011 e seguintes.

Ainda na TABELA 5, pode-se observar:

- Tempo de espera (global) das médias anuais para atendimento na CNRAC: 393,4
- Quantidade média anual de laudos atendidos na CNRAC: 151,5
- Quantidade de laudos com atendimentos mais expressivos = 264, em 2012.

Tabela 6: Média de tempo de espera para atendimentos (dias) – Série Histórica Parcial I

Especialidade: Traumato-ortopedia		
Ano	Quantidade de laudos atendidos	Médias de espera para atendimentos (dias)
2014	182	331
2013	202	261
2012	264	324
2011	247	301
2010	175	266
2009	72	129
<b>TOTAL DE MÉDIAS</b>	<b>190</b>	<b>269</b>

Fonte: cnrac.datasus.gov.br, acesso em 01/05/2019

Com relação à TABELA 6, podemos fazer as seguintes observações:

Tomando como referência tempo de espera (média anual) até 3 (três) meses ou 90 (noventa) dias de média para atendimento: não houve alguma média enquadrada neste período.

Tomando como referência tempo de espera (média anual) de 4 (quatro) meses ou 120 (cento e vinte) dias a um ano ou 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para atendimento: os seis primeiros anos de atendimentos obtidos de dados secundários no SisCNRAC conseguiram se enquadrar, com a média anual de 190 (cento e noventa) laudos atendidos.

Comentário: A TABELA 5 demonstra que a concentração dos melhores tempos coincide com o início do atendimento da especialidade na CNRAC. Com a sequência dos anos, o tempo médio tende a aumentar pelas considerações acima mencionadas: quantidade mínima de prestador apto à produção mensal e escolha de procedimentos para execução, em detrimento de outros procedimentos de grande porte cirúrgico ou de custo financeiro alto correspondente, não foram sendo atendidos, ficando os laudos sem atendimentos próximos à data de sua inserção no sistema, especialmente, os laudos mais antigos com essas características do procedimento.

Tabela 7: Média de tempo de espera para atendimentos (dias) - Série Histórica Parcial II

Especialidade: Traumato-ortopedia		
Ano	Quantidade de laudos atendidos	Médias de espera para atendimentos (dias)
2019	16	567
2018	82	706
2017	75	576
2016	161	453
2015	191	414
<b>TOTAL DE MÉDIAS</b>	<b>105</b>	<b>543</b>

Fonte: cnrac.datasus.gov.br, acesso em 01/05/2019

- Considerando na TABELA 7, a média anual de espera de mais de 1 (um) ano ou de mais de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias para atendimento: estão todas as médias anuais, a partir de 2015 até a data do levantamento, 01/05/2019.

Comentário: A TABELA 5 sistematiza o comentário anterior, - a concentração dos tempos de médias anuais maiores coincide com a sequência dos cinco anos posteriores (2015 a 2019) ao início do atendimento CNRAC (2009 a 2014). Os motivos são os mesmos: quantidade mínima de prestador apto à produção mensal e escolha de

procedimentos para execução, em detrimento de outros procedimentos de grande porte cirúrgico ou de custo financeiro correspondente, acrescidos ao ingresso constante de novos laudos/pacientes a cada ano. Na série histórica de atendimentos da traumatologia ortopédia de 2009 a 04/2019, foi levantada dentre os demais demandados, os quatro procedimentos mais realizados e demonstrados na TABELA 8.

Tabela 8: Procedimentos mais solicitados na especialidade Traumatologia-Ortopédia na Série Histórica

Especialidade: Traumatologia-ortopedia de 2009 a 04/2019		
Código do procedimento	Denominação do procedimento	Quantidade
0408040092	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	291
0408060034	ALONGAMENTO E/OU TRANSPORTE OSSEO DE OSSOS LONGOS (EXCETO DA MAO E DO PE)	272
0408050063	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	197
0408040076	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISAO / RECONSTRUCAO)	135

Fonte: cnrac.datasus.gov.br, em 01/05/2019

Comentário: A TABELA 8 apresenta os quatro procedimentos mais atendidos na CNRAC, de 2009 a 01/05/2019, na especialidade traumatologia-ortopedia. O último procedimento 0408040076-ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISAO/RECONSTRUCAO) representa os laudos mais antigos e mais difíceis de realização no sistema. Por isso, fica na situação de espera de um possível agendamento. São cirurgias de grande porte cirúrgico, quase todas demandam enxerto (transplante) ósseo. Temos também na fila de espera, pacientes hemofílicos que existem poucos ortopedistas para esta especialidade e, no final de contas, demandam tempo de recuperação e uma equipe profissional específica, aos cuidados do Hospital que realizou o procedimento.

Constatou-se que é possível dar celeridade aos atendimentos, buscando-se novos prestadores e principalmente, prestadores potenciais que realizam todos os tipos de procedimentos e em quantidade de produção.

Conclusão: Com essa quantidade acima descrita de prestadores potenciais é possível uma fila de espera em torno de 30 a 50 pacientes aproximadamente/mês. No entanto, quanto mais se conseguir prestadores potenciais, melhor.

Recomenda-se, para a traumatologia-ortopedia, uma atenção maior do que para as outras especialidades com relação ao quantitativo de prestadores potenciais, pois as

demais especialidades já estão neste processo de monitoramento há mais tempo, sem esquecer, entretanto, de continuar persistindo para evitar sazonalidade de cada prestador.

Na traumatologia há a necessidade de no mínimo, 20 (vinte) prestadores potenciais que realizem os procedimentos mais volumosos na fila de espera: quadril (especialmente revisão/reconstrução), joelhos, coluna, especialmente, (escoliose) dentre os demais; braços, mãos, pés. O acúmulo de usuários existentes, aguardando uma oportunidade de atendimento, há 10 (dez) anos se aproxima de 1.400 (mil e quatrocentos), em junho/2019.

Entendendo-se como prestador potencial, aquele que produz regularmente mais de 10 (dez) atendimentos mensais.

Pela série histórica obtida por dados secundários, no SisCNRAC, em todas as especialidades, podemos verificar o comportamento dos atendimentos ao longo dos anos. Constatamos que, no período inicial da CNRAC, existiam muitos prestadores para todos os procedimentos. Com o passar do tempo, não havia monitoramento e os prestadores foram se afastando. Muitos motivados pelos baixos valores da Tabela SUS que não foram atualizados, em contraste com os valores praticados no mercado, especialmente, de procedimentos que necessitam de OPME; os profissionais cirurgiões cada vez mais afastados da saúde pública e voltados, sobretudo, para consultórios e redes privadas; as limitações do faturamento CNRAC incidindo sob a cirurgia, ato único; dificuldades operacionais tanto de inexistência de pré, quanto de pós-operatórios na CNRAC; somados à forma de encaminhamentos das CERAC, na maioria das vezes, enviando pacientes sem ajuda de custo ou condições pessoais financeiras de manutenção dos pacientes e responsáveis, foram os fatores que afastaram os antigos prestadores e dificultam os seus retornos, abrindo a única possibilidade de se buscar novos prestadores, incessantemente. E, pérolas, vamos encontrando nesse caminho.

Pelo estudo de avaliabilidade, aqui proposto, sugere-se como meta de longo prazo (2022), para todas as especialidades, exceto para a traumatologia, que a perspectiva é para 2023 (como meta), ter para atendimentos, laudos do ano em curso na fila de espera. E, como sugestão, de padrão e critério, para análise e avaliação nestes mesmos anos propostos, a distribuição utilizada foi descrita na metodologia.

No geral, tem-se a expectativa de um ciclo gradativo de padrão e critério, para todas as especialidades, alcançando em torno de 91% dos atendimentos serem de 2022; 95% dos atendimentos serem de 2023 e 100% dos atendimentos serem de 2024, considerando realizadas as adequações necessárias das possíveis barreiras impostas de se

conseguir ou não prestadores potenciais, no número recomendado, para cada especialidade, ou seja, 1 prestador potencial dentre 5 prestadores existentes na especialidade oncologia; 5 prestadores potenciais dentre número superior a 10 prestadores nas especialidades (cardiologia e neurologia); 20 prestadores potenciais na especialidade traumato-ortopedia; Números recomendados, especialmente, nos procedimentos de mais dificuldades de prestadores disponíveis para a CNRAC de todas especialidades.

O estudo de avaliabilidade, aqui proposto, para critério e padrão, em uma análise e avaliação, a partir de 2022 (meta), para todas as especialidades, exceto traumato-ortopedia que a perspectiva é para 2023 (como meta) para tempo decorrido de dias de espera, da inserção do laudo/paciente na CNRAC ao seu efetivo atendimento, em cada especialidade:

- Critério: tempo de espera decorrido da data da inserção do laudo/paciente à data de seu efetivo atendimento – Padrão: 30 dias.

Para que isso se realize, recomenda-se que o monitoramento de processo baseado em intervenção com foco em resultados, aqui adotado, seja mantido.

#### **7.3.4. Estudo de avaliabilidade da dimensão de intervenção FILA DE ESPERA.**

O método utilizado foi o de registro mensal em planilha, de dados secundários obtidos do SisCNRAC, da quantidade de laudos em fila de espera, por ano de inserção no sistema, de acordo com cada especialidade.

As três dimensões acima apresentadas (que representam o tripé de sustentação do monitoramento) têm interferências e efeitos diretos sobre a dimensão fila de espera. O comportamento da dimensão Fila de Espera, foco principal do monitoramento de intervenção, reflete o que foi realizado nas demais dimensões. Mas a dimensão Fila de Espera também tem o seu ciclo próprio de processo e foi monitorado sistematicamente em duas frentes de intervenção: a primeira, demonstração mensal da performance de cada fila de espera para cada Unidade Executante, sinalizando o tempo de espera de cada laudo/paciente aguardando o registro no sistema e pedia-se agendamento. Enquanto as Unidades não acatavam a solicitação, tentava-se buscar outro prestador, que tivesse mais potência de agendamento. A segunda frente utilizada foi a busca incessante de novos prestadores, negociando e buscando alternativas que pudessem atender a ambas as partes.

Essa intervenção demanda muito esforço. Mas, quando se consegue, o resultado não tem preço.

Para o exercício desse estudo, serão apresentadas três especialidades: **Neurologia** (Tabela 9), **Traumato-ortopedia** (Tabela 10) e **Oncologia** (Tabela 11).

Tabela 9: Fila de espera acumulada Neurologia - Por ano de solicitação (Referência: Junho/2019)

FILA DE ESPERA ACUMULADA NEUROLOGIA - POR ANO DE SOLICITAÇÃO - Referência: Junho/2019							
UF/CERAC SOLICITANTE	2019	2018	2017	2016	2015	2014	TOTAL
AC	2						2
AL	1	2					3
AM		1					1
AP	2	2					4
BA	3	1	2	1			7
CE	2		1			1	4
DF	2		1	1		1	5
ES	3	1		1		1	6
GO		1					1
MA							0
MG							0
MS		1	2				3
MT	2		1			1	4
PA							0
PB	2	1	1				4
PE	1		1				2
PI							0
RN	1						1
RO	1	1	2				4
RR	5	8	1		1		15
SC	3						3
SE	2	1	1				4
TO	3						3
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>76</b>

Fonte: SISCNRAC, Acesso em 01/06/2019, 7h

As demonstrações das Tabelas 9, 10 e 11 trazidas por esse estudo têm o propósito de apresentar a quantidade de laudos existentes na fila de espera e o número de laudos que continua sendo trabalhado, para registro de agendamento, o mais rápido possível no sistema. Isso demonstra o grande esforço e o tamanho da responsabilidade do monitoramento de intervenção, que deve ser realizado, mensalmente, junto às Unidades

Executantes e junto às CERAC Solicitantes, para que não desperdicem as oportunidades de atendimentos. Para conseguir o equilíbrio desejado de se chegar a uma fila de espera com 30 laudos, que é a meta esperada para todas as especialidades, conforme expectativa demonstrada anteriormente, o tempo estimado para que o monitoramento sistemático consiga essa realização é em média, de 2 (dois) anos de trabalho ininterrupto, considerando que tenhamos o número recomendado de prestadores potenciais, conforme mencionado anteriormente. Alcançamos na **ONCOLOGIA** número ainda bem mais reduzido e temos a grande expectativa de alcançar este número na **NEUROLOGIA** até o final de 2020. Na **TRAUMATO-ORTOPEDIA**, se alcançarmos o número de 20 (vinte) prestadores potenciais, com muito trabalho, chegaremos a esse número de 30 laudos, em 2023.

Tabela 10: Fila de espera acumulada da Traumato-Ortopedia - Por ano de solicitação (Referência: Junho/2019)

FILA DE ESPERA ACUMULADA TRAUMATO-ORTOPEDIA - POR ANO DE SOLICITAÇÃO –Ref.: Jun/2019												
UF/CERAC SOLICITANTE	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	TOTAL
AC	16	39	37	53	9	1	2					157
AL		5	4	4	5	1	1	1				21
AM	2	12	18	43	37	28	14	2		4		160
AP	1	16	9	14	8	6	1					55
BA	1	5	4	4	7	14	5	1	3			44
CE			3	1	2	2		2	2		1	13
DF		1					1		3			5
ES			2	10	4	1	4		2	3		26
GO		1	1		5	1	3	1				12
MA		1		1								2
MG			3	3	1	4	1			1		13
MS		3	7	7	3	2		1				23
MT	1	1	3	2		5	1					13
PA	3	4	5	7	1	3	4			1		28
PB		2	2	4	2	2	2		1			15
PE			3	4	1							8
PI					1	1			1			3
RN	1	13	19	23	10	6	4	2	1			79
RO	4	17	41	82	33	28	9	5	2			221
RR	6	71	81	57	35	33	14	4	1	2		304
SC		3		2	3		1	1	2			12
SE	5	8	15	24	17	3	4	2				78
TO		10	9	7	13	4	1	4	2			50
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>212</b>	<b>266</b>	<b>352</b>	<b>197</b>	<b>145</b>	<b>72</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1342</b>

Fonte: SISCNRAC, Acesso em 01/06/2019, 7h

Tabela 11: Fila de Espera acumulada Oncologia - Por ano de solicitação (Referência: Junho/2019)

FILA DE ESPERA ACUMULADA ONCOLOGIA - POR ANO DE SOLICITAÇÃO - Referência: Junho/2019		
UF/CERAC SOLICITANTE	2019	TOTAL
AM	1	1
PE	1	1
RO	1	1
RS	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

Fonte: SISCNRAC, Acesso em 01/06/2019, 7h

Apenas para fazer uma leve referência, a Cardiologia Pediátrica que iniciamos o monitoramento de intervenção em 2016, foi trabalhado sistematicamente, com muito esforço e dedicação, para se atingir a meta desejada de 30 (trinta) laudos na fila de espera até o final de 2018. Mas, em maio/2018, a gestão da CGRA fez rodízio de especialidades entre os técnicos e não pode ser mais acompanhada por esse monitoramento. Mas, note-se que, embora a partir de janeiro/2018, decisões na CGRA tenha alterado a idade de cobertura da Cardiologia Pediátrica praticada na CNRAC, de 0 a 12 anos para 0 a 17 anos, acrescentando o número de laudos na fila de espera existente na época, começamos em 2018, como esperado, a colher os primeiros frutos deste trabalho, e se continuasse o mesmo processo de monitoramento, a expectativa era alcançar até dezembro de 2018 a meta de 30 (trinta) laudos na fila de espera. Foi muito grande o esforço em se conseguir, ao longo do monitoramento, 05 (cinco) prestadores potenciais, que giravam a fila em até 81%. Todo o processo de intervenção que foi realizado na Cardiologia Pediátrica e o que está sendo realizado nas demais especialidades são factíveis de serem demonstrados. Porém, para não avolumarmos demais este estudo, será apresentado em alguma oportunidade que surja de curso de longa duração.

Tabela 12: Fila de Espera da Cardiopediatria (2018)

CARDIOPEDIATRIA - Fila de Espera Acumulada - Distribuição de Laudos Demandados por CERAC Solicitante - Referência: 2018 - Idade 0 a 17 anos					
CERAC Solicitante	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
	Qtidade. de Laudos				
AC	5	3	2		4
AL	10	11	6	3	2
AP	4	2	2	4	2
BA	2			1	
ES	3	5	4	5	4
GO	3	2	4	4	2
MA	6	4		6	5
MS					10
MT	24	19	19	12	
PB	26	28	17	14	16
PE					1
PI	8	4	7		2
PR				1	
RO	9	11	3	4	5
RR	10	5	4	4	5
SC	2		2	2	5
SE	1	1	1	1	1
TO	6	6	6	4	6
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>101</b>	<b>77</b>	<b>65</b>	<b>70</b>

Fonte: SISCNRAC, Acesso em 01/06/2018, 7h

Tabela 13: Fila de Espera da Cardiopediatria (2017)

CARDIOPEDIATRIA - POSIÇÃO <u>DA FILA DE ESPERA</u> POR MÊS/2016, - PELA QUANTIDADE DE LAUDOS DE CADA <u>CERAC SOLICITANTE</u> - Idade: 0 a 12 anos												
CERAC Solicitante	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
	Qtidade. de Laudos											
AC	15	13	13	12	9	4	6	4	6	8	8	12
AL	28	19	24	12	7	7	9	10	10	11	8	11
AM	1			1				1				
AP	20	13	16	12	6	7	6	3	6	3	5	5
BA	1	1	1	1			1		1	1		
ES	14	11	7	6	4	7	6	6	7	8	5	5
GO	7	6	6	6	6	2	2	4	3	2	2	3
MA	5	9	7	7	1	4	3	5	6	3	7	5
MS	3		1	1	1	1	0					1
MT	19	12	18	19	22	20	26	13	16	17	20	27
PA	1	1										
PB	24	20	28	31	29	30	32	30	23	24	27	29
PI	18	18	22	13	11	12	9	11	16	13	13	10
RN	1	1	1	1		1	0	1		1		
RO	13	12	10	11	13	6	7	8	7	5	8	13
RR	15	11	9	10	15	9	9	7	5	5	7	5
SC	5	6	6	12	10	5	1	4	3		1	1
SE		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TO	12	6	5	5	4	1	1	1	3	6	3	8
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>160</b>	<b>175</b>	<b>161</b>	<b>139</b>	<b>117</b>	<b>119</b>	<b>109</b>	<b>113</b>	<b>108</b>	<b>115</b>	<b>136</b>

Fonte: SisCNRAC, acesso, 02/01/2018

Tabela 14: Fila de Espera da Cardiopediatria (2016)

CARDIOPEDIATRIA - POSIÇÃO <b>DA FILA DE ESPERA</b> POR MÊS/2016, - PELA QUANTIDADE DE LAUDOS DE CADA <b>CERAC</b> <b>SOLICITANTE</b> - Idade: 0 a 12 anos												
CERAC SOLICITANTE	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
	QTDAD E. DE LAUDOS											
AC	3	10	14	12	16	14	12	13	10	14	12	12
AL	14	13	22	24	24	28	30	27	30	25	28	25
AM	2	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
AP	7	9	6	9	13	19	18	15	13	14	13	20
BA	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1
ES	18	11	16	21	18	15	15	14	18	17	19	11
GO	5	5	3	2	4	4	5	5	4	5	7	7
MA	1	2	8	8	8	7	6	7	6	6	5	7
MG	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
MS	0	0	0	1	1	2	2	2	2	3	3	3
MT	18	20	23	22	22	28	26	20	16	15	17	19
PA	1	0	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
PB	5	15	23	23	22	25	22	22	22	25	29	25
PI	6	7	9	12	13	13	11	14	15	14	13	18
RN	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RO	21	15	17	21	21	18	12	8	12	19	19	15
RR	8	7	8	10	10	10	7	9	15	19	18	16
SC	7	7	7	7	6	4	4	3	4	5	5	8
TO	11	10	17	22	23	30	27	19	18	15	12	10
TOTAL	129	136	180	199	205	223	200	182	189	200	203	199

Fonte: SisCNRAC, acesso, 02/01/2017

Uma grande barreira que põe em risco a celeridade da fila de espera, além do número de prestadores, é o tempo para atualização de exames, imagens, relatórios médicos dos quadros clínicos, pré-operatórios solicitados, para análise das equipes médicas de possíveis agendamentos. Em média, as CERAC encaminham com seis meses após cada pedido. São reiteradas as solicitações aos estados, para se conseguir um encaminhamento mais rápido. Esse fato de demora no envio do que se pede de pré-operatório, se deve ao fato de que consultas e exames são regulados nos estados. Portanto, uma barreira e um risco para o planejamento e que podem comprometer, por consequência, o plano de trabalho para alcance de celeridade da fila de espera.

Comentário:

Pela exploração da avaliabilidade deste estudo nesta dimensão, propõe-se como meta a ser alcançada: redução da fila de espera mensal, seguindo os critérios e padrões abaixo, para uma avaliação, a partir de 2020:

- Critério: Redução de 10% do número de laudos na fila de espera, no mês em curso, com relação ao mês anterior. Padrão: Excelente.
- Critério: Redução de 7% a 9,9% do número de laudos na fila de espera, no mês em curso, com relação ao mês anterior. Padrão: Bom.
- Critério: Redução de 5% a 6,9% do número de laudos na fila de espera, no mês em curso, com relação ao mês anterior. Padrão: Regular.
- Critério: Redução menor do que 5% do número de laudos na fila de espera, no mês em curso, com relação ao mês anterior. Padrão: Ruim.

A estratégia de meta sugerida acima tem o foco na expectativa de se ter 30 (trinta) pacientes, em todas as filas de espera, em todas as Unidades Executantes até o final de 2020. A única exceção que sinalizamos neste estudo, será para a traumatologia-ortopedia, por questão de número elevadíssimo de pacientes na fila de espera, motivada pela falta de prestadores potenciais. A quantidade de laudos e de prestadores potenciais existentes até junho/2019, para a especialidade traumatologia-ortopedia é de aproximadamente 1.400 (mil e quatrocentos) pacientes e apenas 5 (cinco) novos prestadores potenciais que se apresentaram até este momento, para início de produção, a partir de julho/2019. E, neste exato momento de fechamento do estudo, em junho/2019, recebemos a informação de que o estado de Minas Gerais, que estava nos cedendo esses dois prestadores citados, acaba de fechar a regulação para a ortopedia CNRAC, porque o estado encontra-se em estado de emergência, em consequência da possível abertura da barragem. Devolveram-nos 40 (quarenta) laudos. O que diminui ainda a chance de conseguirmos êxito para a traumatologia-ortopedia até 2023. Porém, temos esperança que a situação se normalize.

As grandes dificuldades giram quase sempre na mesma problemática. Existem procedimentos que não têm prestador para a CNRAC, por mais que se tenha envidado esforços para esse alcance, e que por isso, dificulta o seu agendamento. Ou, no caso da traumatologia-ortopedia não tem ainda, prestadores potenciais para acabar com aquela fila de espera. Não tendo agendamento, não tem atendimento e assim, a fila não gira. Sendo, portanto, um risco, uma barreira para o alcance de metas e aproveitamentos sugeridos.

Conclusão: Exercendo o monitoramento sistemático de intervenção com foco em resultados das dimensões anteriores (agendamentos-pendências-atendimentos), que formam o tripé de sustentação da dimensão foco principal (fila de espera) acrescido do monitoramento sistemático de intervenção com foco em resultados da dimensão fila de espera obtém-se celeridade dos atendimentos da CNRAC, com diminuição da fila e retorno rápido dos pacientes a suas origens. Toda janela de oportunidade é aproveitada no monitoramento de processos de intervenção. No entanto, mudança de comportamento, não é instantâneo. É um processo que vamos colhendo os frutos aos poucos, à medida que os atores internalizem cada passo necessário, mas, a boa notícia, é que existe tendência de uma institucionalização dos processos.

Conclusão: O estudo de avaliabilidade realizado neste estudo, ainda não está implantado, por falta de tempo técnico para que o compartilhamento, discussão e submissão à aprovação do gestor da CGRA. Portanto, não está ainda implantado na rotina de trabalho.

#### **7.4. Matriz e Ficha de Qualificação de Indicadores para as Dimensões de Intervenção**

A proposta de matriz e ficha de qualificação de indicadores para as dimensões de intervenção abordadas neste estudo foi de uma aplicação de quatro indicadores, - um para cada dimensão essencial de intervenção, com adaptação das orientações de Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações – Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSA (2008).

Tomou-se em consideração o levantamento de dados secundários e a técnica de observação MEDINA et al. (2005). A construção da matriz de indicadores pautou-se em critérios de: relevância para a compreensão do contexto do objeto de estudo, suas causas e consequências; validade para orientar tomada de decisão; identidade com processos de gestão do SUS; e disponibilidade de fontes regulares. Foi adotada a classificação temática de *cobertura* da RIPSA para os indicadores aqui utilizados. Cada indicador é caracterizado na matriz pela sua dimensão, denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados.

Como instrumento de orientação técnica ao usuário, foram utilizadas Fichas de Qualificação (APÊNDICE), adaptadas do modelo RIPSA, que esclarece os conceitos e critérios adotados para os indicadores.

O conjunto de matrizes e fichas de qualificação de indicadores propostos neste estudo, não está ainda implantado na rotina de serviço, em virtude de não ter-se conseguido tempo técnico para compartilhar, discutir, e submeter à aprovação do gestor da CGRA.

## 7.4.1. Matriz de Indicador: Cobertura por Dimensão de Intervenção

Quadro 7: Matriz do Indicador - Cobertura

COBERTURA				
Denominação	Conceituação	Fontes	Método de Cálculo	Categoria
Proporção de aproveitamento de AGENDAMENTOS em cada especialidade da CNRAC.	Percentual de aproveitamento do total dos agendamentos no total de atendimentos registrados no sistema CNRAC.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).	Método de Cálculo: (i) Comparação entre o número de agendados e o número de atendidos. (ii) O percentual de aproveitamento é encontrado pela razão do número de atendimentos pelo número de agendamentos (x 100).	Unidade geográfica: Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.
Proporção de PENDÊNCIAS solucionadas, por grupo de pendências.	Distribuição percentual das soluções de pendências, segundo o seu grupo de pendências, no período considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).	Número de soluções por grupo de pendências, sobre o número total de pendências existentes no mesmo grupo (x 100).	Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.
Razão entre o número-padrão anual estabelecido e o número médio anual de dias decorridos da inserção ao ATENDIMENTO.	Número médio anual de dias decorridos da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento e o número-padrão anual estabelecido de número de dias decorridos da inserção da data do laudo/paciente na CNRAC à data de seu efetivo atendimento, em cada especialidade CNRAC, no ano considerado.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).	(i). Calcular cada tempo decorrido para um atendimento do ano em análise, considerando a data da internação subtraída da data de inserção. (ii). Calcular a média anual, realizando a soma de cada quantidade de dias de cada laudo pela quantidade de laudos analisados. (iii). Média anual de dias decorridos da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento pelo número-padrão anual estabelecido de número de dias decorridos da inserção da data do laudo/paciente na CNRAC à data de seu efetivo atendimento, em cada especialidade, no ano considerado.	Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.
Razão entre o total de laudos na FILA DE ESPERA do mês considerado e o total de laudos na FILA DE ESPERA do mês imediatamente anterior, por especialidade da CNRAC.	Número total de laudos na fila de espera, de cada especialidade, do mês considerado, obtido do Sistema da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - SisCNRAC em relação ao número total de laudos na fila de espera, de cada especialidade, do mês imediatamente anterior, obtido do SisCNRAC.	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).	Número total de laudos/pacientes na fila de espera, de cada especialidade, do mês considerado obtido pelo SisCNRAC sobre o número total de laudos/pacientes na fila de espera, de cada especialidade, no mês imediatamente anterior (x 100).	Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.

Fonte: Elaboração própria, Adaptação RIPSAs (2008)

#### **7.4.2. Ficha de Qualificação de Indicadores – Para cada dimensão de Intervenção Essencial**

As Fichas de Qualificação de Indicadores de cada dimensão de intervenção estão disponibilizadas no APÊNDICE.

#### **7.5. Dimensões Acessórias**

Com o intuito de melhorar a qualidade do processo de fluxo dos laudos, aperfeiçoar o processo e obter resultados, duas dimensões foram planejadas como necessárias e transversais a todas as outras principais.

##### **7.5.1. Capacitação do sistema de monitoramento e avaliação de processos baseado em intervenção com foco em resultados à distância**

Foi organizado um Manual com os passos orientadores para condução da rotina da atividade para as CERAC e para as Unidades Executantes. Foi apresentado como sugestão ao gestor, porém ainda não aprovado.

Um grande avanço que a CNRAC alcançou foi a inserção na Portaria SAS 688, de 06/04/2017, das atribuições de monitoramento a cada ator envolvido no processo. Pois, não é possível, só a esfera federal realizar o monitoramento de tudo e as outras esferas da federação e atores envolvidos, também não participarem com a sua parcela de responsabilidade. O monitoramento é um processo e necessita do acompanhamento sistemático por onde o fluxo exerça sua dinâmica.

##### **7.5.2. Apoio institucional às CERAC e às Unidades Executantes**

Para o desenvolvimento da rotina da atividade do sistema de monitoramento e avaliação baseado em intervenções com foco em resultados, foram transitados via e-mail institucional mais de 10.000 (dez mil) e-mails de intervenções, ainda não catalogados, no período de 2016 a maio/2019. Esses e-mails normalmente são seguidos de telefonemas, para um rápido retorno. Atualmente, desde o início de 2019 tem-se utilizado o meio de comunicação mais rápida *whatsapp*. Envia-se o e-mail para formalizar e pede-se celeridade pelo *whatsapp*.

### **7.5.3. Dimensão acessória**

Existe incubada ainda mais uma dimensão acessória, que receberá a denominação de Aperfeiçoamento do Sistema de Informação e Tecnologias Afins para o Monitoramento e Avaliação de processos baseado em Intervenções com foco em resultados. Esta dimensão vem sendo construída desde 2016, para qualificar tecnologicamente, tudo o que foi produzido, agregando conhecimentos e técnicas de monitoramento e avaliação. Foram apresentadas aos integrantes da CNRAC e gestor da CGRA, algumas demandas iniciais, mas, não houve a oportunidade ainda de emergir.

### **7.6. Primeiros estudos sobre nova dimensão de intervenção**

Como a construção e o desenvolvimento do sistema de monitoramento é incremental, paulatinamente, vamos acrescentando novos desafios, que aprimorem a qualidade da prestação dos serviços nas especialidades da CNRAC.

Desde maio/2019 tem-se analisado a melhor forma de melhorar os diagnósticos dos pacientes. Agora, vamos adentrar nesta dimensão. Como rotina de trabalho, informalmente, vêm-se conversando com médicos de Hospitais Consultores, médicos de diversos Hospitais, principalmente da traumatologia e da neurologia, onde ocorrem mais problemas de lacunas, omissões de informações, na tentativa de compreender quais são suas maiores dificuldades sobre os diagnósticos relatados pelos médicos assistentes dos pacientes e que informações complementares, lhe dariam mais segurança no ato cirúrgico.

Dessas conversas informais do cotidiano do trabalho com os médicos e após compartilhamento com a equipe e aprovação do gestor da CGRA, nascerá mais uma ação de intervenção, que entrará em atividade no monitoramento de processos. E, em uma nova oportunidade de um novo curso, poderemos realizar a apresentação desse incremento.

### **7.7. Sistematização e esboço dos dez passos: desenho, construção e base de sustentação do monitoramento e avaliação baseado em resultados.**

A metodologia que foi seguida neste estudo, para essa construção e desenvolvimento do sistema de monitoramento e avaliação, promoveu extensivos detalhes em como construir, manter, e talvez, o mais importante, sustentar um sistema de

M&A baseado em resultados. Envolveu uma adaptação dos 10 passos apresentados pelos autores KUSEK;RIST (2004).

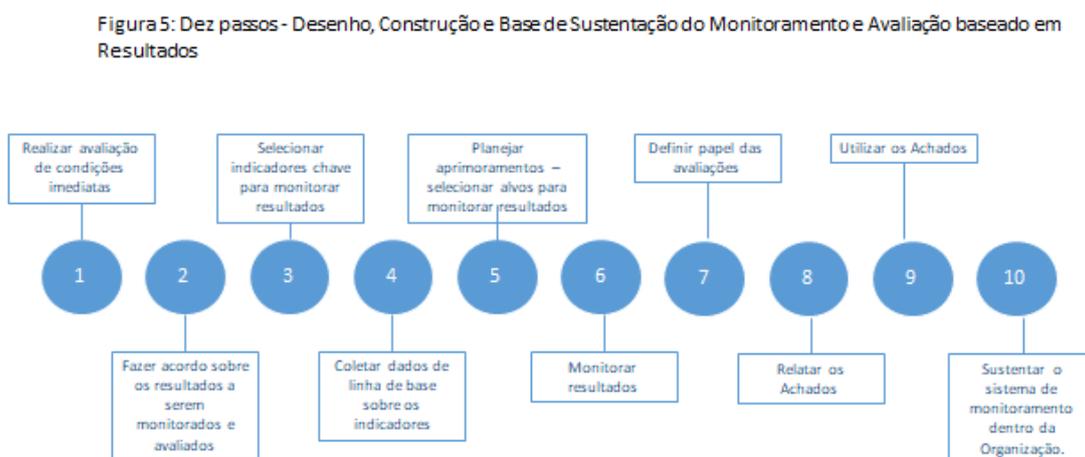
Quadro 8: Dez Passos de um sistema de Monitoramento e Avaliação baseado em Resultados

Dez Passos de um Sistema de Monitoramento e Avaliação baseado em Resultados
Passo 1: Realizar avaliação de condições imediatas.
Passo 2: Fazer acordo sobre os resultados a serem monitorados e avaliados.
Passo 3: Selecionar indicadores chave para monitorar resultados.
Passo 4: Coletar dados de linha de base sobre os indicadores.
Passo 5: Planejar aprimoramentos – selecionar alvos para monitorar resultados.
Passo 6: Monitorar resultados.
Passo 7: Definir papel das avaliações.
Passo 8: Relatar os achados.
Passo 9: Utilizar os achados.
Passo 10: Sustentar o sistema de monitoramento e avaliação dentro da organização.

Fonte: Adaptação KUSEK & RIST, 2004

Diagramando, com algumas adaptações os dez passos da construção deste Sistema de Monitoramento e Avaliação, ficaram representados no formato abaixo:

Figura 5 - Dez passos - Desenho, Construção e Base de Sustentação do Monitoramento e Avaliação baseado em Resultados



Fonte: Adaptação da Diagramação: dos Dez Passos do Desenho, da Construção e da Base de Sustentação do Monitoramento e Avaliação baseado em resultados. (Adaptado do ten steps to Designing, Building and Sustaining a Results-based Monitoring and Evaluation System – KUSEK, J. & RIST, R. C. – The World Bank – Washington, DC, 2011).

Comentário: Todos os passos estão sendo seguidos conforme orientação do Desenho acima, com algumas adaptações KUSEK;RIST (2011). Alguma parte dos passos já foi implantada, como pode ser observado nos processos apresentados neste estudo e uma pequena parte ainda está sendo implementada, aguardando tempo técnico para compartilhamento, discussão e submissão de aprovação ou aperfeiçoamentos com o gestor da CGRA e integrantes da CNRAC.

### **7.8. A arquitetura lógica do sistema de monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados.**

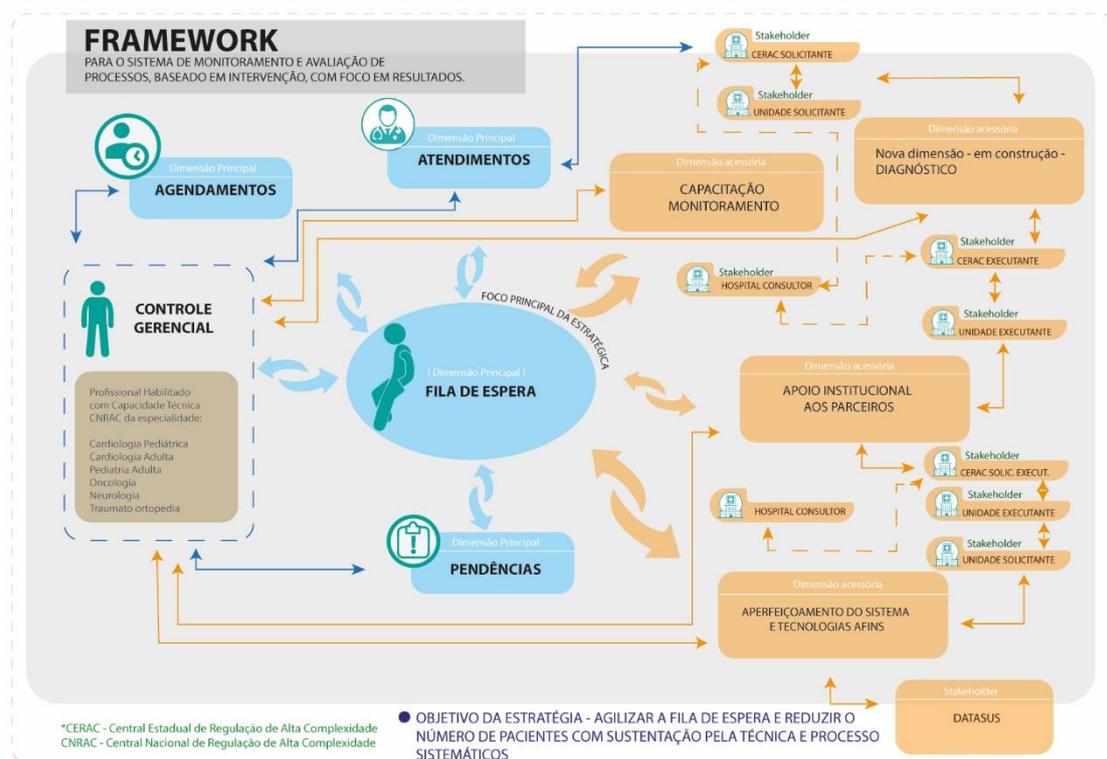
A proposta deste estudo foi ao final, qualificar todo o processo de monitoramento de intervenção com foco em resultados com ações que promovessem a celeridade da fila de espera das especialidades da CNRAC e pudesse expressar o desenho, a Arquitetura que envolveria a forma lógica adotada e que norteou toda a construção e desenvolvimento, consolidando todo o trabalho organizado.

A lógica da construção do monitoramento para o acompanhamento do fluxo da fila de espera das especialidades da CNRAC, desde o início, teve como norte, uma equação que serviu de base para se chegar à sua Arquitetura, com a seguinte composição de (15% de tecnologia + 70% criatividade profissional (reflexão + lógica + comprometimento) + 15% de domínio do negócio).

O monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados, para gerir filas de espera das especialidades CNRAC, encontra-se em um estágio maduro, para sugerir metas e indicadores específicos, critérios e padrão em busca da eficiência desejada.

Nessa perspectiva, apresentamos abaixo, a Arquitetura lógica do sistema de monitoramento de processos baseado em intervenção com foco em resultados, complementando o conjunto de desenhos elaborados.

Quadro 9: Arquitetura da Lógica do Sistema de Monitoramento e Avaliação de Processos baseado em Intervenção com Foco em Resultados



Fonte: Elaboração própria, 2019

O sistema de monitoramento e avaliação de processos baseado em intervenção com foco em resultados para a celeridade da fila de espera das especialidades na CNRAC é um somatório de processos sistemáticos e contínuos de intervenções, voltados a resultados e não pode prescindir de nenhum deles, para que haja a necessária sustentação e equilíbrio planejados.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cinco componentes foram examinados neste estudo e pela relevância e relações com o contexto, necessitam ser descritos no momento da finalização desta etapa deste estudo: a) Cobertura de atendimento CNRAC; b) Os efeitos dos racionamentos de gastos; c) Governabilidade limitada; d) Governança das filas; e) Outras reflexões.

a) **Cobertura de atendimento CNRAC.** A CNRAC busca oferecer um acesso de qualidade baseado nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Certamente, a parcela de usuários que ingressam na CNRAC, seja ínfima, em relação à demanda de sua população. O estado tenta se organizar para atender toda a sua população. Parte da população necessitada de cuidados de alta complexidade, que não tem condições de ser atendida no próprio estado, seja por falta de médicos especializados, seja pela falta de Estabelecimentos preparados ou adequados ao caso diagnosticado, é inserida na CNRAC. Também é possível em um país continental, como o Brasil, com estados de tão grandes dimensões, parte da população não tenha acesso sequer à regulação do seu município, por vários fatores de acessibilidade. Esta constatação de necessidade de se alcançar estas pessoas, deve ser agenda recorrente dos estados, especialmente, aos de grandes dimensões territoriais. O fato é que, os casos inseridos na CNRAC são muito graves, muitas vezes, com o tempo de cirurgia ultrapassado, casos recidivos e não acompanhados, diagnósticos simplificados e que não transparecem o verdadeiro grau de complexidade e até mesmo de comorbidades associadas. Verdadeiras dificuldades, inclusive de se encontrar um prestador para estas especificidades. Por isso, a necessidade da permanência das ações e intervenções da CNRAC até que se concretize a autonomia dos estados na organização de suas responsabilidades sanitárias.

b) **Os efeitos dos racionamentos de gastos.** Tem sido difícil gerir a necessidade de inserção de novos prestadores de serviços de saúde para a CNRAC. Temos duas grandes discussões, que englobam defesas econômicas, políticas e administrativas e que estão, intimamente, relacionadas: o financiamento e a gestão. A questão do financiamento, que tanto os estados e municípios se reportam seja no modelo, seja de alterações de preços, que especialmente a rede privada demanda, se acontecessem, repercutiriam no mercado imediatamente, e não sabemos qual a amplitude que se poderia chegar e quais as suas consequências. Como estamos em um país que vem buscando alcançar o

desenvolvimento que há muitos anos, não conseguimos, não poderemos visualizar ainda momentos de mudanças em formas de financiamentos ou alterações da Tabela SUS, no sentido de valorização dos preços, em curto prazo. Constatamos que, no período inicial da CNRAC, existiam muitos prestadores para todos os procedimentos. Com o passar do tempo, não havia monitoramento e os prestadores foram se afastando. Muitos motivados pelos baixos valores da Tabela SUS que não foram atualizados, em contraste com os valores praticados no mercado, especialmente, de procedimentos que necessitam de OPME; os profissionais cirurgiões cada vez mais afastados da saúde pública e voltados, sobretudo, para consultórios e redes privadas; as limitações do faturamento CNRAC incidindo sob a cirurgia, ato único; dificuldades operacionais tanto de inexistência de pré, quanto de pós-operatórios na CNRAC; somados à forma de encaminhamentos das CERAC, na maioria das vezes, enviando pacientes sem ajuda de custo ou condições pessoais financeiras de manutenção dos pacientes e responsáveis deflagrando problemas sociais, foram os fatores mais significativos que afastaram os antigos prestadores e que dificultam os seus retornos à CNRAC.

O que foi realizado para equilibrar neste estudo?

A alternativa imediata: organização de gestão para a única possibilidade de solução, a busca de novos prestadores, incessantemente.

Pensando nisso, conseguimos elaborar uma grande ferramenta de gestão que é o monitoramento e avaliação de processos, baseado em intervenção com foco em resultados. As dificuldades de aproximações com os possíveis prestadores de serviços de saúde para a CNRAC estão sendo superadas pela negociação, com exaustivas conversações sobre o que poderíamos oferecer que não fosse aumento de valores. E, assim, iniciamos as novas inserções de prestadores para a traumato-ortopedia, a neurologia e a oncologia.

c) **Governabilidade limitada da fila de espera.** Sem discussão alguma, a nossa governabilidade na CNRAC é limitada. Limitada em ambas as polaridades: tanto diante dos entes federados, com a mesma hierarquia nas três esferas, quanto diante dos prestadores de serviços de saúde para a CNRAC, que definem quando atender e o que atender, conforme as suas disponibilidades.

Qual foi a saída encontrada nesse estudo?

Percebeu-se que, dentro das nossas limitações existem universos incríveis de oportunidades e de possibilidades de realizações com ATITUDES, AÇÕES,

COMPROMISSOS, RESPONSABILIDADES e ATUAÇÕES e que poderíamos exercer. Isso fez toda a diferença. E não demos lugar à inércia e à letargia diante das dificuldades. Além disso, estabelecemos parcerias de trabalho com os entes federados na forma de atuar e com os prestadores de serviços para a CNRAC na forma de executar. Reconhecia-se cada dia mais, que tínhamos um precioso instrumento de gestão nas mãos: um sistema de monitoramento e avaliação de processos, baseado em intervenção, com foco em resultados. Um trabalho, uma estratégia e um foco. Precisamos apenas trabalhar, e tem muito a se fazer!

d) **Governança das filas e publicização**. No seu papel indutor de políticas públicas para a saúde, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, atualmente, absorvida pela **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017, página 61. Art. 1º, do Anexo XXVI. Coube ao DRAC, implementar a Política Nacional de Regulação do SUS instituída, em especial, a dimensão de regulação do acesso à assistência, que tem como objetos a organização, o controle e o gerenciamento das ações e serviços de saúde, e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. E à CNRAC, promover a regulação interestadual e qualificar o acesso de pacientes a procedimentos de alta complexidade, de forma equânime em todo o país, representada nos estados pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC, viabilizando o acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem. A CNRAC reformulou o Regulamento Técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), visando aperfeiçoar e otimizar os fluxos e processos de trabalho, bem como reforçar o caráter eletivo dos atendimentos, os critérios de solicitação e as atribuições de cada estrutura operacional, pela Portaria SAS, nº 688, de 06/04/2017. E, no art. 2º dessa Portaria, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), instituída no âmbito da Secretaria da Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) está descrito o seu objetivo de intermediar a referência interestadual de usuários que necessitam de Assistência de Alta Complexidade, considerando o **caráter eletivo** do atendimento e o elenco de procedimentos definido na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS) com atributo CNRAC. Tendo em conta as funções do Estado, a CNRAC vem exercendo o seu papel dentro de suas atribuições de organização, controle e gerenciamento das ações e serviços

de saúde. Como ferramenta principal, utiliza o monitoramento e avaliação de processos, baseado em intervenção com foco em resultados. Trata-se de uma atividade técnica de grande valor, que vem sendo aperfeiçoada, para melhorar a governança e a tomada de decisão. Em breve, estará pronta para ser também um instrumento para publicização.

e) **Outras reflexões** - O monitoramento e avaliação neste estudo teve um compromisso com a melhoria do giro de fila de espera, através do desenvolvimento de processos de intervenção, baseado em resultados. Foi um desafio concreto, que envolveu dinamicidade, que relevou a sua complexidade própria, como todos os serviços de saúde, e nos levou a uma verdadeira certeza de que vamos alcançar resultados, com muito trabalho, dedicação e no tempo oportuno.

Na construção do presente trabalho, desde o início, teve-se o apoio do gestor da CGRA, para sua continuidade. Porém, houve fragilidades; uma vez que não existe a internalização na Coordenação-Geral de todo o processo. Às vezes, talvez, motivados pela vontade de modificar os objetivos do monitoramento, pensando em uma perspectiva de mudança do contexto geral, em virtude dos processos de judicialização que não param de adentrarem pelo sistema.

São notórias as inquietações que existem na gestão em relação às responsabilidades sanitárias que envolvem, sobretudo, a União. Isso, no meu ponto de vista, não tem como ser alterado, até mesmo, pela própria composição normativa do Sistema Único de Saúde, que demanda aos entes federados. A União sempre será citada nos processos judiciais. A União sempre será cobrada pela ineficiência dos estados, que ocorre por fatos que extrapolam o nosso conhecimento.

Os achados neste estudo sugerem a importância da continuidade do processo que, em um prazo de três a quatro anos tem a possibilidade de mudar o cenário da fila de espera na CNRAC. Hoje, existe o problema de falta de prestadores, especialmente, para a fila de espera acumulada de traumatologia com aproximadamente 1.400 (mil e quatrocentos) pacientes. Um acúmulo gigante, porque não houve controle, acompanhamento, monitoramento e tomada de decisão, desde 2009, no início da CNRAC.

Nas principais dimensões de intervenção: Agendamentos, Pendências, Atendimentos e Fila de Espera, têm-se, hoje, conhecimento de todo processo que envolve cada ciclo, e com isso, conseguimos acompanhar passo a passo cada ação, para não haver prejuízos ao fluxo. E com o monitoramento sistemático de processo baseado em

intervenção, vamos reduzir as perdas de agendamentos e aumentar o número de aproveitamentos; reduzir as demoras de soluções para os laudos pendentes; dar agilidade aos atendimentos pelo melhor aproveitamento dos agendamentos perdidos, pelas intervenções sobre os laudos pendentes de soluções e pelo retorno dos pacientes às suas origens e liberação de leitos, conseqüentemente, acelerando a fila de espera.

Hoje, temos conhecimento de como negociar com os prestadores de serviços e da linha tênue da parceria neste relacionamento, que precisa ser exercida.

O contexto encontrado neste estudo demanda normas que deem sustentação ao monitoramento de processo baseado em intervenção com foco em resultados, para que se trabalhe com uma normatização, que regule o exercício das práticas avaliativas frente às dificuldades encontradas com atores que têm constitucionalmente, autonomia administrativa, mas muitas vezes, não têm responsabilidade sanitária com relação à sua população, e que, às vezes, tendem à desorganização do Sistema Único de Saúde.

O importante é acreditarmos que podemos fazer a diferença e trazer os estados para se responsabilizarem, para se comprometerem cada vez mais, envolvidos nas suas próprias demandas. Esse lastro nós temos e essa *expertise* também adquirimos.

Alterações, apenas porque a carga é grande demais, só se fragiliza a institucionalização do processo, que fica, mas, não fica tão bem. Os desafios precisam nos fortalecer a seguir em frente.

Parte da incredulidade demonstrada pela gestão acredita-se, que seja porque, se exigem milagres. E, trabalho é trabalho, tem o seu tempo técnico para cumprimento.

O contexto encontrado demanda ações de continuidade, ininterruptamente.

Nada do que conseguimos de resultados do processo, aconteceu de imediato. O que constatamos nesse estudo, é que tudo passa por um processo gradual de experiência, de vivência e de maturidade.

O resultado alcançado de ações de intervenção que dão celeridade à fila de espera, nas especialidades da CNRAC, foi diretamente dependente da constituição e do amadurecimento do entendimento das quatro dimensões essenciais de intervenção do processo: agendamentos, pendências, atendimentos e fila de espera.

Tínhamos apenas um problema midiático que repercutia no país e que precisaria ser resolvido, para que a CNRAC oferecesse respostas de atendimentos imediatos à população brasileira e resultados de gestão.

Havia a necessidade de se refletir, conhecer e aprender sobre a complexidade do objeto em estudo e da dinâmica do fluxo, que além de depender de uma série de fatores multidimensionais, era afetado por fatores fora do controle até então.

Foram várias reuniões com os integrantes da CNRAC, para se estabelecer de imediato, um início. Com o decorrer de reuniões, iniciamos estudos e análise em reiteradas leituras de laudos, aplicando-se as técnicas que se tinha conhecimento e experiência naquela época, ferramentas de planejamento e organização de processos.

Com as evidências sinalizadas nos levantamentos, fomos traduzindo os dados obtidos do sistema em informações; transformando o conhecimento e constatando com observações contínuas do objeto em estudo, que os nós estavam nas quatro dimensões para intervenções, elencadas acima, o que trouxe uma ressignificação aos nossos conceitos de organização, de estrutura e de processos, que existiam.

Foi um estudo, que evoluiu o cotidiano no trabalho. Alguns processos conseguiu-se a condição de implantados na rotina de trabalho; e outros, em via de compartilhamento com o gestor e integrantes da CNRAC e submissão à aprovação. Foi um estudo, que não se esgotou nesta apresentação e que acompanhará e se revestirá do desenvolvimento de novas tecnologias suscetíveis de incorporação no Sistema Único de Saúde – SUS, se aprimorando.

Tivemos algumas limitações no processo:

- Encontrar pessoas com capacidade técnica e perfil para seguir uma estrutura de monitoramento e avaliação já implantada, que pudesse compor uma equipe.
- Dificuldade em encontrar espaços para o aprimoramento do sistema de informação e de tecnologias, para concomitantemente, acelerar a visualização e apresentação do processo de monitoramento e avaliação.
- Resistências internas para a execução por preferências pela automatização do processo.

Por outro lado, foi um estudo que trouxe muita aprendizagem. Entendemos o todo, como um processo de amadurecimento. Por isso, precisa ser ininterrupto. A cada dia se apresentam novos desafios, e o caminho trilhado e toda experiência adquirida vão fortalecendo e encorajando o seguir para um novo horizonte.

Ao abrirmos o nosso relacionamento (federal) com os parceiros (estaduais) envolvidos na mesma atividade, compartilharmos informações e experiências, introduzirmos humanização nessa relação, trouxemos um novo olhar, o saber ouvir, agir,

interagir, reconstruir e estabelecer parcerias, que fizeram com que, o processo de trabalho se tornasse mais ágil, responsável e efetivo.

Ao abriremos o nosso relacionamento com as Unidades Executantes, para negociação de prestação de serviços, aprendemos muito, principalmente, a não desistir. Um *não* recebido hoje de um prestador, poderá ser transformado em um *sim*, um ano depois. Se insistirmos, se persistirmos, com humildade, com paciência, com alternativas, com convicção de que se acredita no que se está fazendo, resultados aparecem. Somos muito cobrados. O verdadeiro resultado vem lentamente, mas, vem!

No contexto das atividades desenvolvidas foi sentido, vivido e internalizado a necessidade de se qualificar o processo e organizar uma lógica de ciclo contínuo e ininterrupto: aumentar o grau de observação, de foco, de dedicação e persistência, – analisar todo o universo compreendido – perceber e ressignificar, se necessário; sempre pensando no melhoramento das práticas avaliativas em ato contínuo, como etapas do mesmo processo de aprender e ensinar.

E fomos vencendo desafios. Agora, junho de 2019, um ciclo está se completando, mas, já visualizamos um amanhecer de novas possibilidades e de novos desafios. No segundo semestre de 2019, pretendemos continuar compartilhando essa proposta com o gestor da CGRA e integrantes da CNRAC e submeter à discussão e aprovação. E, assim, sucessivamente, até se tornar os processos eficientes, na medida esperada. É uma arquitetura com abordagem metodológica que, guardando as devidas proporções e contextos, pode ser adaptada para o monitoramento de processos, baseado em intervenção, com foco em resultados de qualquer fila de espera eletiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G.P. VIEIRA-DA-SILVA, L. **Organização das práticas de vigilância em saúde em um sistema local**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.1, p.57-73, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n1/a3820.pdf>

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11, pp.2865-2875. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise, p. 2871.

BAPTISTA, T. W.F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. 2011.

BEZERRA, L.C. de A; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. de A. **Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização**. In: ISABELA SAMICO et al. (Eds.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. pp. 65 – 78.

BEZERRA, L.C.A., FREESE, E. FRIAS, P.G., SAMICO, I., ALMEIDA, C.K.A. **A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 25(4):827-839, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/14.pdf>

BOURDIEU. P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro, Lisboa: DIFEL, Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Portal do Ministério da Saúde**: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. - **Portaria 688**, de 06/04/2017. Reformula o Regulamento Técnico da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. – **Portaria 1.419**, de 08/06/2017 - Aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança das Unidades integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017, página 61. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Art. 1º, do Anexo XXVI. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto 8.901**, Art. 10, de 10/11/2016. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.

BRASIL. Presidência da república. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.**

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº. 8.080/1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508,** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. inciso III do art. 13

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.535,** de 16 de junho de 2017. Institui o Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) e de seu Plano Operativo.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 5,** de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Plano Nacional de Assistência à Criança com Cardiopatia Congênita, art. 361, do Cap. XVI, Título II.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 6,** de 28 de setembro de 2017, na página 569. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.517,** de 24/07/2013. Institui o Grupo de Trabalho para a Elaboração da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Presidencial 9.795,** de 17/05/2019 – Aprova os Regimentos Internos e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do MS, remaneja cargos em comissão e função de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo – Direção e Assessoramento Superiores – DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Encontrando caminhos para a institucionalização.** 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS de A a Z,** 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. site na internet (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>).

BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A.P; HARTZ, Z. (Orgs.) **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BUVINICH. M.R. **Ferramentas para o Monitoramento e Avaliação de Programas e Projetos Sociais**. Outubro de 1999. [mrbuvinich@unicef.org.br](mailto:mrbuvinich@unicef.org.br)

CHAMPAGNE. F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; BROUSSELLE. A.; HARTZ Z. & DENIS. J.L. **Avaliação conceitos e métodos**. Ed. FIOCRUZ. 2ª Reimpressão, RJ: 2016.

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Lígia and ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.6, pp.2783-2794. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600017>.

CONTANDRIOPOULOS. A.P. – **Avaliando a institucionalização da avaliação**. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 11. nº 3, pp. 705-711. Rio de Janeiro, 2006.

CONTRANDRIOPOULUS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL., PINEAULT,R. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, ZMA (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>

CUNHA, A.B; VIEIRA-DA-SILVA, L. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf>

DONABEDIAN. A. **The quality of care**. *JAMA*, v. 260, n. 12, sept. p. 23-30, 1988. <<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>>.2017.

DONABEDIAN. A.M.D. **Criteria and standards for quality assessment and monitoring**. *QRB*, v. 12, n.3, 1986.

DONABEDIAN. A. **Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica. Um texto introdutorio**. Mimeo. 1990.

DONABEDIAN. A. **The seven pillars of quality**. *Arch Pathol lab. Med.*1990 nov; 114(11): 1115-8.

DUBOIS. C.A. CHAMPAGNE. F. e BILODEAU. H. **História da avaliação**. In: Brousselle A, Champagne F, Contrandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

FELISBERTO, Eronildo et al. **Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2009, vol.9, n.3, pp.339-357. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000300013>.

GARCIA. R.C. **Subsídio para organizar avaliações da ação governamental**. Brasília. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). p.33, (2001).

GRIMM, Sylvia Christina de Andrade & TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde (online)*. 2016, vol. 25, nº 3, pp. 585-594. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300014>.

HARTZ, Z.d.A. **Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n., p. 341-354, 1999a.

HEUFEMANN, N.E.C., GONÇALVES, M.J.F., GARNELO, M.L. **Avaliação do programa de controle da tuberculose em Cenário Amazônico: desafios em Coari.** *Acta Amazônica*. Manaus, 43(1) 2013: 33 – 42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aa/v43n1/v43n1a05.pdf>

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies.** Longman, 2011.

KUSEK, J.Z. RIST, R. C. **Ten Steps to Designing, Building and Sustaining a Results-Based Monitorin and Evaluation System** — The World Bank – Washington, D.C. (2004).

PISCO, L. A. – **A avaliação como instrumento de mudança.** *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 11. nº 3. pp. 566-568, julho-setembro, RJ, 2006.

MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, G.B. **Logic Models: a tool for telling your program's performance story.** *Evaluation and Program Planning*, v.22, p. 65-72, 1999.

MEDINA, M.G. et al. **Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde.** In.: VIEIRA-DASILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador; Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-04.pdf>

PATTON, M.Q. **Qualitative research and evaluation methods.** Thousands Oaks London – New Delhi: SAGE Publications, 2002.

PRADO, N.M.de B., MEDINA, M.G., AQUINO, R. **Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 41(3): 214-227, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0214.pdf>

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

ROSSI, P.H.;FREEMAN, H.E.; LIPSEY, M.W. **Evaluation, a systematic approach.** Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.

ROSSI, P.H.;FREEMAN, H.E. **Evaluation, a systematic approach.** Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

SANTOS, L; ANDRADE. L. O. M. – **SUS: O espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Campinas (SP). CONASEMS-IDISA, (2007).

SULBRANDT, José. **A avaliação de programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais.** In Kliksberg, Bernardo (comp.). **Pobreza: questão inadiável.** Brasília. ENAP, 1994. 16.

TANAKA. O. Y. **Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 11. nº 3, pp.564-576. RJ, 2006.

TANAKA. O. Y. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta.** *Saúde Soc. São Paulo*. vol. 20. nº 4, pp.927-934. SP, 2011.

TANAKA. O. Y. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(4):821-828, 2012.

TRAVASSOS, C. Castro; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** *Cad. de Saúde Pública* (online). 2004.

TRAVASSOS, C. Castro. MSM. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In: Giovanella L., Escorel S., Lobato LVC. Noronha, JC. Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES; 2008. P. 215-245.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde.** In: Hartz & Silva (orgs) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador; Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

## APÊNDICES

### **Apêndice 1: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão AGENDAMENTO**

#### PROPORÇÃO DE APROVEITAMENTO DE AGENDAMENTOS.

Conceituação: Distribuição percentual do aproveitamento dos agendamentos no ano considerado, segundo especialidades da CNRAC.

Interpretação:

Mede o aproveitamento do número de agendamentos registrados no sistema CNRAC em relação ao número de atendimentos registrados no sistema CNRAC no ano considerado.

É influenciado por:

- (i) Se não houver acompanhamento pelo TFD de origem do paciente;
- (ii) Se não houver acompanhamento pela CERAC solicitante;
- (iii) Se não houver acompanhamento pela CNRAC;
- (iv) Se houver intercorrências do quadro clínico atual do paciente e não houver a comunicação para providências de aproveitamento;
- (v) Se houver problemas relacionados aos transportes aéreos e não comunicados com antecedência;
- (vi) Outros.

Uso:

Cotejar as variações do número de agendamentos na distribuição proporcional dos meses do ano considerado, por especialidade, identificando situações de desigualdades quantitativas (sazonalidades existentes) e tendências que demandem ações e estudos específicos.

Contribuir para análises comparativas dos perfis de oferta dos agendamentos por especialidade, em cada mês, do ano considerado.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação dos agendamentos voltados para a celeridade do fluxo da fila de espera e do quantitativo de laudos/pacientes na fila de espera.

#### Limitações:

Não encontrando recurso humano com o perfil de monitoramento para observação e acompanhamento contínuos dos agendamentos, atualização, comparação e análise diária no mapeamento, grandes demandas podem desviar a gestão sistemática da perda de agendamentos e conversão imediata em oportunidade de utilização. . Desde 2016 vem se recomendando ao gestor da CGRA, um técnico com o perfil de monitoramento cotidiano para essa atividade.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).

Método de Cálculo: (i). Comparação entre o número de agendados e o número de atendidos. (ii). O percentual de aproveitamento é encontrado pela razão do número de atendimentos anual pelo número de agendamentos em anual (x 100).

Categorias sugeridas para análise: Unidade geográfica: Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.

#### Dados estatísticos e comentários

Comentário: Para esta apresentação neste estudo, buscou-se o panorama da especialidade Neurologia, em 2018. O percentual de aproveitamento geral dos agendamentos em 2018 foi de 83,9%, pelo Quadro 5 acima. Houve picos excelentes em maio e abril/2018. No geral, o aproveitamento em 2018 dos agendamentos na especialidade Neurologia, pode ter um padrão considerado de bom resultado.

## **Apêndice 2: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão PENDÊNCIA**

### **PROPORÇÃO DE PENDÊNCIAS SOLUCIONADAS, POR GRUPO DE PENDÊNCIAS.**

Conceituação: Distribuição percentual das soluções de pendências, segundo o seu grupo de pendências, no período considerado.

Interpretação:

Mede o número de soluções relativas ao grupo de pendências sobre o total de pendências do mesmo grupo de pendências.

É influenciado por:

- (i) Pela existência de acompanhamento do laudo no TFD de origem do paciente;
- (ii) Pela existência de acompanhamento do laudo da CERAC solicitante;
- (iii) Pela existência de acompanhamento do laudo da CNRAC;
- (iv) Pela existência de acompanhamento do laudo da Unidade Executante;
- (v) Pela dificuldade de comunicação da CERAC de origem com o paciente;
- (vi) Pelas dificuldades financeiras do paciente de deslocamento para ir até a CERAC de origem tomar conhecimento do que precisa providenciar;
- (vii) Pelas dificuldades de marcar consultas com o médico assistente do paciente para solicitar a requisição de exames e relatórios médicos atualizados.
- (viii) Pela dificuldade de marcar o exame solicitado que se encontra pendente para análise de agendamento.
- (ix) Pela demora em receber os resultados dos exames e imagens;
- (x) Pela demora na entrega dos resultados às CERAC de origem, para providências de encaminhamento.
- (xi) Outros.

Uso:

Cotejar, mensalmente, as variações do número de pendências solucionadas e o número de pendências que continuam aguardando regularização no mês considerado, por

especialidade, identificando situações que demandem ações e estudos específicos e reiteração de intervenções.

Contribuir para análises comparativas mensais, por especialidade, em cada mês, do ano considerado.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das pendências e intervenções voltadas para a celeridade do retorno ao fluxo da fila de espera e da finalização de laudos que não prosseguirão e que serão cancelados.

#### Limitações:

Se não houver gestão mensal dos laudos pendentes nas CERAC solicitantes, executantes, Unidades executantes e na CNRAC, para conversão em imediata solução que possa oportunizar em tempo hábil, a continuidade do fluxo do laudo.

Se não conseguir recurso humano para realizar essa atividade de observação contínua, de acompanhamento, atualização comparação e análise mensal no mapeamento. Desde 2016 vem se recomendando um técnico com o perfil de monitoramento cotidiano para essa atividade.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).

Método de Cálculo: (i). Comparação mensal entre cada laudo pendente, de todos os status com pendência de um mês e o laudo pendente, de todos os status com pendência do mês seguinte. (ii). O número de laudos solucionados é registrado na coluna especificada na planilha. (iii). O número de laudos que continuam com pendências é registrado na coluna especificada na planilha.

Categorias sugeridas para análise: Unidade geográfica: Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.

#### Dados estatísticos e comentários:

Comentários: Para apresentação do Quadro 4, de Análise de Pendências, em 2019, foi realizado um recorte da especialidade Neurologia. As pendências fazem parte de uma

dimensão, que necessita de intervenção sistemática, para que se possa, a partir de 2023, conseguir avaliar positivamente, pois o quadro acima, visualmente, demonstra o pequeno número da quantidade de solução e o maior número da quantidade de pendências remanescentes.

### **Apêndice 3: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão ATENDIMENTO**

RAZÃO ENTRE O NÚMERO-PADRÃO ESTABELECIDO PARA AVALIAÇÃO E  
O NÚMERO MÉDIO ANUAL DE DIAS DECORRIDOS DA INSERÇÃO AO  
ATENDIMENTO.

Conceituação: Número-padrão anual sugerido de número de dias decorridos, da inserção da data do laudo/paciente na CNRAC à data de seu efetivo atendimento (30 dias) sobre o número médio anual de dias decorridos, da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento, em cada especialidade CNRAC, no ano considerado.

Interpretação:

Mede, anualmente, a relação entre o número-padrão anual estabelecido de número de dias decorridos, da inserção da data do laudo/paciente na CNRAC à data de seu efetivo atendimento e o número médio de dias decorridos, da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento. Quanto mais próxima de 1 (um) a média anual, mais próxima estará do padrão sugerido de 30 dias decorridos da inserção ao atendimento de um laudo

O conceito de atendimento apresentado neste estudo propicia a obtenção de um dado aproximado do real do total de atendimentos efetivamente realizados.

É influenciado por:

- (i) Pela efetividade da CNRAC no aumento do número de prestadores potenciais, para girar os atendimentos de todos os procedimentos, mensalmente;
- (ii) Pela efetividade das CERAC no encaminhamento dos pacientes, e imediatamente informar intercorrências, por razões supervenientes, que prejudiquem o bom curso do fluxo no aproveitamento dos atendimentos seguintes.
- (iii) Outros.

Uso:

Cotejar, anualmente, as variações do número de dias decorridos, da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento e a relação entre o número- padrão anual estabelecido de número de dias decorridos, da inserção da data do laudo/paciente na CNRAC à data de seu efetivo atendimento e o número médio de dias decorridos, da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento, identificando situações que demandem ações e estudos específicos e reiteração de intervenções.

Contribuir para análises comparativas anuais, por especialidade, em cada mês, do ano considerado.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação do tempo de espera para um atendimento pela CNRAC e intervenções voltadas para a celeridade do fluxo da fila de espera.

#### Limitações:

- (i) Impossibilidade da CNRAC de aumentar o número de prestadores potenciais, para girar os atendimentos de todos os procedimentos, mensalmente;
- (ii) Impossibilidade das CERAC de encaminhar os pacientes, por razões supervenientes, sem informar as ocorrências, prejudicando o aproveitamento dos atendimentos seguintes.
- (iii) Impossibilidade de conseguir um recurso humano para realizar essa atividade de observação contínua, de acompanhamento, atualização comparação e análise mensal das planilhas. Desde 2016 vem se recomendando um técnico com o perfil de monitoramento cotidiano para essa atividade.
- (iv) Outros.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).

Método de Cálculo: (i). Calcular cada atendimento do ano em análise, considerando a data da internação subtraída da data de inserção. (ii). Calcular a média anual, realizando a soma de cada quantidade de dias de cada laudo pela quantidade de laudos analisados. (iii). Média anual de dias decorridos da data de inserção do laudo/paciente na CNRAC à data do seu efetivo atendimento pelo número-padrão anual estabelecido de número de

dias decorridos da inserção da data do laudo/paciente na CNRAC à data de seu efetivo atendimento, em cada especialidade, no ano considerado.

Categorias sugeridas para análise: Unidade geográfica: Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.

Dados estatísticos e comentários:

Série histórica do tempo médio anual de atendimento dos laudos/pacientes na CNRAC, na especialidade traumato-ortopedia, - especialidade escolhida por ser a mais crítica dentre as demais, pela dependência de único prestador potencial no seu ciclo de existência na CNRAC.

Para não se reiterar a apresentação acima do estudo, informamos que, os cálculos e os comentários para essa apresentação são os mesmos do estudo de avaliabilidade da dimensão atendimento.

#### **Apêndice 4: Ficha de Qualificação de Indicador para a dimensão FILA DE ESPERA**

RAZÃO ENTRE O TOTAL DE LAUDOS NA FILA DE ESPERA DO MÊS CONSIDERADO E O TOTAL DE LAUDOS NA FILA DE ESPERA DO MÊS IMEDIATAMENTE ANTERIOR, POR ESPECIALIDADE CNRAC.

Conceituação: Número total de laudos na fila de espera, de cada especialidade, do mês considerado, obtido do Sistema da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - SisCNRAC em relação ao número total de laudos na fila de espera, de cada especialidade, do mês imediatamente anterior, obtido do SisCNRAC..

Interpretação:

Mede, mensalmente, a relação quantitativa entre o total de laudos/pacientes na fila de espera, de cada especialidade, do mês considerado e o total de laudos/pacientes na fila de espera, de cada especialidade, do mês imediatamente anterior, refletindo o acréscimo ou decréscimo de número de laudos/pacientes na fila de espera. Sendo o decréscimo sempre a alternativa esperada, conforme apontamentos do estudo de avaliabilidade em testes desde 2016.

Valores acima de 100 indicam acréscimo do número de laudos/pacientes na fila de espera; valores abaixo de 100 indicam decréscimo do número de laudos/pacientes na fila de espera. Quanto menor for o resultado de 100, - melhor, tendendo para a situação ideal, próximo ao padrão esperado de 2020 – 30 (trinta) laudos/pacientes para as especialidades, com exceção da traumato-ortopedia, que necessitará de um tempo maior de adequação, para 2023.

É influenciado por:

- (i) Se a CNRAC aumentar o número de prestadores potenciais, para girar os atendimentos de todos os procedimentos, mensalmente;
- (ii) Se as CERAC solicitantes encaminharem os pacientes no tempo determinado e imediatamente informarem o não cumprimento, por razões supervenientes. Informar as ocorrências, para o aproveitamento dos atendimentos seguintes.
- (iii) Outros.

### Uso:

Cotejar, mensalmente, as variações do número total de laudos/pacientes em cada fila de espera no período considerado, em relação ao período anterior, e em cada especialidade com o propósito de avaliar a sua consistência, identificando situações que demandem ações e estudos específicos e reiteração de intervenções.

Contribuir para análises comparativas, por especialidade, em cada mês, do ano considerado.

Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação do tempo de espera para um atendimento pela CNRAC e intervenções voltadas para a celeridade do fluxo da fila de espera.

### Limitações:

- (i) Se a CNRAC não aumentar o número de prestadores potenciais, para girar os atendimentos de todos os procedimentos, mensalmente;
- (ii) Se as CERAC Solicitantes não encaminharem os pacientes no tempo determinado e imediatamente não informar o cumprimento dos encaminhamentos dos pacientes, por razões supervenientes. Informar as ocorrências sempre a tempo, para o aproveitamento dos atendimentos seguintes.
- (iii) Se a CNRAC não conseguir recurso humano para realizar essa atividade de observação contínua, de acompanhamento, atualização comparação e análise mensal das planilhas. Até hoje, maio/2019, vem se recomendando ao Gestor CGRA um técnico com o perfil de monitoramento cotidiano para essa atividade.
- (iv) Outros.

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informação da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (SisCNRAC).

Método de Cálculo: Número total de laudos na fila de espera, de cada especialidade, do mês considerado obtido pelo SisCNRAC sobre o número total de laudos na fila de espera, de cada especialidade, no mês imediatamente anterior (x 100).

Categorias sugeridas para análise: Unidade geográfica: Brasil, estados e Distrito Federal, demandantes por especialidade da CNRAC.

Dados estatísticos e comentários:

Tabela 15: Fila de Espera Acumulada - Distribuição de Laudos Demandados por CERAC Solicitante - Referência: 2019 - Neurologia

NEUROLOGIA - Fila de Espera Acumulada - Distribuição de Laudos Demandados por CERAC Solicitante - Referência: 2019					
CERAC Solicitante	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
	Qtidade. Laudos				
AC	2	3	2	1	2
AL	5	4	5	2	3
AM	14	8	6	3	1
AP	8	5	4	7	4
BA	11	14	8	7	7
CE	4	5	5	5	4
DF	6	6	4	3	5
ES	13	13	6	6	6
GO	1	1	1	2	1
MA	4	4	4	2	
MG				1	
MS	10	8	4	5	3
MT	3	2	2	3	4
PA	2	3	3		
PB	10	11	5	4	4
PE	8	10	9	4	2
PI	1	1			
RN	9	6	5	1	1
RO	7	8	7	6	4
RR	19	21	16	15	15
SC	7	6	2	5	3
SE	8	7	6	4	4
TO	6	8	5	5	3
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>154</b>	<b>109</b>	<b>91</b>	<b>76</b>

Fonte: SISCNRAC, Acesso em 01/06/2019, 7h

Tabela 16: Razão do número de laudos do mês considerado sobre o mês imediatamente anterior

158	Inicial
154	97,5
109	70,8
91	83,5
76	83,5

Fonte: SisCNRAC, 01/06/2019

Comentário: Para este comentário, apresenta-se a especialidade neurologia, em 2019, porque esta clínica vem trazendo resultados muito favoráveis de adequação, dentro

dos resultados esperados no processo de monitoramento e avaliação baseado em intervenções, com foco em resultados. Conforme previsto, anteriormente, diminuir de 100, tende para a situação ideal, ou seja, próximo ao padrão esperado de 30 laudos nesta especialidade em 2020. Aproximar-se do padrão proposto de 30 laudos nesta especialidade até 2020 é o esperado, permanecendo os mesmos prestadores potenciais, acrescido de novos prestadores potenciais.