

AGENDAMENTO ELETRÔNICO AMBULATORIAL: ANÁLISE DE MELHORIAS APÓS A IMPLANTAÇÃO

RESUMO

Com o objetivo de analisar os resultados da implantação de sistemas e ferramentas eletrônicas, utilizados para executar a regulação do acesso de alta complexidade, ou seja, agendamentos de consultas e exames ambulatoriais especializados, esta pesquisa parte de uma análise exploratória descritiva, buscando promover maior conhecimento em relação à história da Regulação do Acesso à Assistência (também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial), e à implantação de um sistema informatizado para atuar nessa prática. A abordagem utilizada foi quantitativa, visto que possui a intenção de descrever e interpretar os fenômenos, além de analisar as informações coletadas. O objetivo principal desta pesquisa consistiu em analisar os indicadores de absenteísmo e produtividade ambulatorial antes e após a implantação do agendamento eletrônico. Em agosto de 2010, surgiu a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS, implantada no Hospital aqui avaliado, permitindo um fluxo mais prático e organizado para promover o acesso aos usuários do SUS. Dessa forma, neste trabalho foi avaliado o impacto dos agendamentos realizados por meio do sistema CROSS, permitindo o acesso ambulatorial e avaliando os indicadores que efetivamente representavam o impacto de sua implantação. Os resultados obtidos apontam para mudanças positivas e melhorias na qualidade e produtividade, visto que se passou a seguir protocolos mais adequados na prática da regulação assistencial.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Serviços de Saúde; Regulação; Fiscalização em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Agendamento.

AMBULATORIAL ELECTRONIC SCHEDULE: ANALYSIS OF IMPROVEMENTS AFTER IMPLEMENTATION

ABSTRACT

With the objective of analyzing the results of the implantation of electronic systems and tools, used to perform the regulation of high complexity access, that is, consultation schedules and specialized outpatient exams, this research starts from an exploratory descriptive analysis, promoting a greater knowledge on the history of the Regulation of Access to Assistance (Also called regulation of access or care regulation) and the implementation of a computerized system that acts in this practice. The approach used was qualitative and quantitative, because it intends to describe and interpret the phenomena, besides analyzing the information collected. The main objective of the research consists of analyzing the indicators of satisfaction and absenteeism, because, these are the ones that reveal how the image of the institution is and their use in relation to supply and demand. In August 2010, the Central of Regulation of the Health Services Offering - CROSS, and was implanted in the Hospital of this work with its various functions, allowing a more practical and organized flow to promote access to SUS users, so in this work will be evaluated the impact of the schedules made through the CROSS system allowing outpatient access and evaluating the indicators that effectively present the impact of its implementation. The obtained results indicate positive changes and improvements in the quality of care, since it adopts more adequate protocols in the practice of health care regulation.

Keywords: Access to Health Services; Regulation and Surveillance in Health; Public Health and Scheduling; Queries.

Danielle Cristina Campos de Souza¹
Mário Ivo Serinolli²

¹ Mestranda em Gestão em Sistemas de Saúde pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo (Brasil).
E-mail: niellyccs@yahoo.com.br

² Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (Brasil).
Professor do Mestrado Profissional em Gestão em Sistemas de Saúde pela Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo (Brasil). E-mail: mserinolli@gmail.com

INTRODUÇÃO

Na década de 1970, iniciou-se no Brasil o desenvolvimento do movimento sanitário, que tinha como objetivo promover a reforma e organizar a prestação de serviços de saúde pública à população brasileira. O cenário era de crise econômica, resultante do endividamento externo gerado pelo processo de industrialização dos anos 1950, e marcado pelo regime militar. O país naquele momento buscava desenvolver e implantar um Sistema Nacional de Saúde que ampliasse a assistência médica, com profissionais mais qualificados para atender uma parcela da população antes não assistida (Carvalho, Santos, & Campos, 2013). Porém, foi identificado como problema o baixo número de profissionais adequados para as exigências da saúde pública, pois nas 3^a, 4^a e 5^a Conferências Nacionais de Saúde (CNS), onde discutiu-se muito este assunto, e onde foi dado início aos debates relacionados a esta temática, que se iniciou o plano de aprimoramento de profissionais de saúde, e assim, nas 6^a e 7^a CNS (1977), esse conceito foi alterado para o desenvolvimento de capacitações, qualificações e preparação de pessoal para colocar em prática os projetos elaborados para a saúde.

Na década de 1980, com a 8^a Conferência Nacional de Saúde, foram debatidas diversas questões acerca de políticas de gestão de saúde, como por exemplo, a valorização exclusiva do sistema público a ser construído e aprovado: o Sistema Único de Saúde (SUS), onde foi definido o conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, criando seus fundamentos, princípios e diretrizes. Após essa conferência, no Brasil, este foi incorporado à Constituição Federal de 1988, com todos os ideais propostos no fórum, iniciando assim a reforma do SUS (Carvalho, Santos, Campos, & others, 2013).

Sua implantação foi efetivada em 1990 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. Porém, na primeira década, foram encontradas muitas dificuldades para cumprir o planejamento proposto para o sistema, como o retrocesso durante a sua construção, e como as diversas terceirizações de serviços ocorridas nessa década, onde o Estado passou a responsabilidade de gerenciamento e prestação de serviços às entidades privadas, caracterizando o descuido da proposta dos recursos humanos, impedindo o equilíbrio entre a oferta e a demanda – poucos profissionais em saúde para muitos usuários do Sistema – além da descentralização, que apresentou complicações aos municípios quando estes assumiram responsabilidades na assistência à saúde. Tal fato foi

confirmado nos debates das 9^a e 10^a CNS, que citam não ter havido crescimento positivo na saúde após a criação do SUS.

Nas décadas seguintes, a gestão do SUS encontrou durante o seu desenvolvimento desafios na consolidação de suas ações, destacando-se no país a mudança dos perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, e culturais, que exercem grandes influências e agravam ainda mais os já existentes no sistema, aumentando, assim, a necessidade de projetos que favoreçam a população. Desde então, várias estratégias de gestão foram criadas para que esse sistema garantisse a assistência integral, gratuita e igualitária para a população em sua totalidade, conforme sua proposta inicial. Mesmo com a ampliação dos serviços ofertados, a rede de cuidados integrais ainda necessitava de progresso contínuo, além de aperfeiçoamento em sua aplicação junto aos usuários (Baduy, Feuerwerker, Zucoli, Borian, & others, 2011).

Os princípios do SUS definem que a rede de saúde pública deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo assim, ações de vigilância e controle sanitários, atenção nos diferentes níveis de complexidade, além de educação em saúde. Não somente no sistema de saúde do Brasil, mas como também em sistemas de outros países, existem questões decorrentes de motivos semelhantes, e considerando que os diversos níveis de atenção estão organizados e financiados separadamente, verificam-se implicações na resolubilidade, descontinuidade, retrabalho e perda de qualidade dos serviços prestados aos usuários. Em meados da década de 1990, os sistemas de saúde tinham maior foco na redução de questões financeiras, ao invés do foco na população (Baduy et al., 2011). Para estes autores, é nessa lógica que se opera a regulação.

Ações de promoção à saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, são funções realizadas pelo SUS e seus componentes (financiamento, organização, oferta de serviços de saúde, etc.), para garantir o acesso contínuo aos cuidados primários, hospitalar e ambulatorial especializado. O financiamento do SUS é feito por meio de impostos gerais, gastos dos empregadores com saúde e contribuições sociais, sendo suas fontes as receitas estatais e contribuições das três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) e privada. De qualquer forma, seu financiamento não é o suficiente para manter os recursos adequados, e as contribuições sociais têm sido maiores do que sua arrecadação. Mesmo em 1997, com a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF),

que tinha como objetivo específico financiar a saúde, seus recursos foram divididos entre outros setores, e utilizados também para o pagamento de juros da dívida pública. Essa contribuição foi extinta em 2007 ainda sem a reposição dos fundos à saúde, e o financiamento foi contrabalanceado devido aos aumentos nas despesas com saúde nos estados e municípios (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

A organização do Sistema e a oferta de serviços de saúde seguem uma hierarquia que está dividida em três tipos de atenção, que são a atenção primária, comumente chamada de atenção básica no Brasil, a atenção secundária, e a atenção terciária e hospitalar. A atenção primária promove o acesso universal aos usuários do SUS, exercendo o processo de descentralização e coordenação da expansão da cobertura para níveis de cuidados mais complexos. Este tipo de atenção teve seu destaque com os programas e ações voltadas à promoção à saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e o Programa de Saúde da Família, criados para reestruturar o modelo assistencial do SUS (Paim et al., 2011).

A atenção secundária promove a prestação de serviços especializados no SUS, para casos de média complexidade, mas sua oferta é limitada, o que gera a contratação e maior utilização do setor privado, e por ser pouco regulamentada, acaba recusando os procedimentos de média complexidade, dando assim, preferência aos procedimentos de alto custo, e fazendo com que o SUS esteja sempre vinculado aos contratos com o setor privado, principalmente nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Na atenção secundária destaca-se a implementação de serviço ambulatorial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de reabilitação, centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis e centros de referência do trabalhador (Paim et al., 2011).

A atenção terciária envolve os procedimentos de alto custo, que são executados principalmente por entidades privadas contratadas e hospitais públicos especializados e de ensino. Nesse nível existe a dificuldade de controlar os custos e garantir o aumento da eficiência, assim como garantir a qualidade na atenção e na segurança do paciente. Durante alguns anos, no SUS, presenciou-se a falta de mecanismos eficazes de regulação de referência e contra referência, mas esse cenário foi modificado com políticas específicas para algumas especialidades (Paim et al., 2011).

A regulação no SUS foi motivada pela desigualdade do acesso, pois ocorriam muitos casos de

pacientes que internavam em municípios diferentes daqueles onde residem, e também com base no fato de que a população com mais poder aquisitivo tinha maior probabilidade de conseguir sua internação do que a população mais carente. A Regulação no Brasil foi muito discutida em relação à fragmentação do cuidado e à dificuldade de acesso às terapias e procedimentos. Essas discussões ficaram mais profundas em meados de 2001, e por esse motivo, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 2001/2002), que apresentou diretrizes baseadas no avanço da descentralização em saúde e reconhecimento da regionalização, que é fundamental para a consolidação dos princípios da universalidade, com qualidade em todos os níveis de atenção. A implantação da NOAS – SUS 2001/2002, é justificada pela descentralização, que transferiu aos Estados e Municípios atribuições e responsabilidade de operacionalização do SUS, ocorridas com o surgimento das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB01/96). O objetivo da NOAS-SUS é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (Portaria MS/GM n.º 95, 2001) (Vilarins, 2010). Desde sua instituição em 2008, por meio da portaria n.º 1.559, apresentou avanços relacionados à melhoria da qualidade dos fluxos assistenciais fazendo com que essa dimensão da regulação possa ser considerada a porta de acesso do usuário aos serviços públicos de saúde (Bonder Gawryszewski, Oliveira, & Tosoli Gomes, 2012).

O SUS, desde sua criação e implantação, defende o conceito de acesso como direito do cidadão, por isso, quando se fala em qualidade no serviço de saúde pública, é possível relacionar assuntos referentes às expectativas dos usuários e sua satisfação com o atendimento recebido. O usuário tem intenção de receber atendimento humanizado, espera ser respeitado, e quer participar da tomada de decisões adequadas em relação ao seu tratamento. Um meio de participação dos usuários pode ser descrito quando, por exemplo, os mesmos deixam suas opiniões acerca do atendimento, ou mesmo sobre a unidade de saúde onde os mesmos se cuidam. Muitas vezes esse canal de comunicação é feito por meio do serviço de ouvidoria, onde o paciente pode se expressar (elogiar ou se queixar), tornando-se assim um indivíduo coparticipante (Goese, Martins, Massarollo, & Barrionovo, 2015).

A população, por ser favorecida com ações de promoção de saúde, tem a competência de opinar e avaliar a qualidade dos serviços de atenção. O ponto de vista de cada usuário contribui para a elaboração de

estratégias e ações de melhoria, podendo este refletir sobre a prática, e interceder, caso houver necessidade de mudanças, no sistema de saúde, visto que a visão dos usuários é extremamente importante no dimensionamento e planejamento dos serviços prestados (Adas Saliba Moimaz et al., 2010).

Na década de 1990 começou a ser desenvolvido no Brasil o controle social, por meio da participação da população nas técnicas de análise e organização do SUS, e isso implicou diretamente na garantia constitucional para que a população pudesse se envolver nos métodos de elaboração dos princípios do sistema e monitoramento do andamento em todos os níveis de governo. Essa participação fez com que a qualidade de vida do usuário pudesse aumentar diante da sua satisfação com o serviço recebido, justificando a importância de se realizar avaliações referentes à satisfação dos usuários (Arakawa, Lopes-Herrera, Caldana, Tomita, & others, 2012).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde criou o Programa de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), com o objetivo de eliminar algumas das dificuldades enfrentadas pelos SUS, onde foi criado um instrumento de avaliação que passou a ajudar a gestão em tudo o que é referente à qualidade da assistência ofertada. São inúmeras as definições para “satisfação do usuário”, mas de um modo geral, ela se refere ao julgamento (positivo ou negativo) das experiências da população em determinado serviço, além de suas expectativas. Sendo assim, considera-se de grande importância conhecer o ponto de vista dos usuários quanto à satisfação, pois este índice pode ser utilizado como critério norteador da gestão, e também para que se possa ter uma noção dos problemas existentes, e assim idealizar possíveis intervenções (Vieira, Pacagnan, & Dalmas, 2012).

Com o avanço da descentralização, surgiu a necessidade de se enfrentar os problemas existentes, que foram identificados e listados da seguinte maneira: Divisão de Responsabilidade entre Estados e Municípios; Processo de Habilitação; Financiamento do Sistema; Planejamento e Organização Funcional dos Sistemas; Resolubilidade e Acesso aos Serviços; Monitoramento e Avaliação contínua de Desempenho; Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo (Ministério da Saúde, 2002).

Divisão de Responsabilidade entre Estados e Municípios: pactos de gestão entre estados e municípios que foram estabelecidos com critérios pouco adequados para a efetiva organização do Sistema, e que não colaboravam com o comando do gestor público, somando a isso o fato de que ainda existiam unidades básicas de saúde sob gestão do

Estado, gerando conflitos na divisão de responsabilidade de gerência de hospitais públicos e municipais.

Processo de Habilitação: nos estados, o processo de habilitação foi mais lento do que nos municípios, não permitindo que fosse claramente demonstrada a capacidade efetiva da Secretária de Estado da Saúde nas funções de gestão. Já nos municípios, presenciou-se o avanço na gestão municipal e maior equidade na alocação de recursos, e mesmo que alguns municípios apresentassem indicadores negativos e sem garantia de acesso aos demais níveis de atenção, houve um grande crescimento na autonomia de gestão. Mesmo assim, não foi o suficiente para se tornar referência nas redes regionais/estaduais, devido aos conflitos causados pelas barreiras de acesso entre municípios.

Financiamento do Sistema: o financiamento do sistema permanece ligado às ofertas de serviços, porém com maior concentração nas áreas mais desenvolvidas e, por vezes, em ações não compatíveis com o perfil dos usuários do Sistema. Um grande conflito nesse sentido foi o repasse dos recursos a alguns municípios em desacordo com a real necessidade, além da dificuldade na seleção de importantes intervenções e reorganizações a serem realizadas com os recursos disponíveis no Sistema.

Planejamento e organização funcional do sistema: a implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi efetiva em poucos estados, visto que não facilitava a integração intermunicipal. As SES tinham limitações de planejamento e coordenação, induzindo maiores riscos de decisões com consequências indesejáveis, contratação de entidades privadas e construção de unidades sem avaliação do perfil e da demanda.

Resolubilidade e acesso aos serviços: os problemas mais frequentes dos usuários tinham baixa resolubilidade, especialmente devido aos procedimentos restritos e, como consequência, aumentava a dificuldade no acesso aos serviços de média e alta complexidade, o que poderia ser até pior, com base na inexistência desses serviços em alguns municípios ou estados.

Monitoramento e avaliação contínua de desempenho: não existia o habitual acompanhamento de desempenho dos órgãos, tão pouco o monitoramento das atividades sugeridas pelo PPI. Os serviços terceirizados apresentaram controles e auditorias também debilitados. Em resumo, tanto os Municípios quanto os Estados não possuíam mecanismos eficazes para monitorar o funcionamento do sistema que poderia ajudar na criação de estratégias de desenvolvimento.

Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo: com a habilitação municipal no auge, restando poucos municípios não inseridos nesse contexto, o volume de recursos fundo a fundo parou de crescer, apontando a necessidade de novas estratégias para ampliar os recursos financeiros.

No ano de 2006, com o pacto pela saúde publicado na Portaria/GM nº399 (Portaria nº 399/GM, 2006), são apontadas as mudanças necessárias no funcionamento do SUS com relação aos processos de habilitação, regionalização, integração de recursos, e unificação de outros pactos existentes, frente à necessidade de ampliar o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país. Assim, foram pactuadas entre os três gestores do SUS, as responsabilidades de organizar regiões sanitárias, fortalecer mecanismos de controle social, qualificar o acesso à atenção integral, e redefinir os instrumentos de regulação, entre outros. O pacto firmado tem três dimensões, que são o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida é o acordo entre gestores do SUS em priorizar situações que geram impactos na saúde da população, sendo que essas prioridades devem ser pactuadas estabelecendo ações que alcancem os objetivos propostos. Nessa dimensão são seis prioridades pactuadas: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica.

O Pacto em Defesa do SUS define que os gestores devem se comprometer com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, e desenvolver ações para qualificar e assegurar o SUS como política pública. Suas iniciativas devem buscar a despolitização da saúde, promover a cidadania da saúde como direito, e garantir o financiamento de acordo com as necessidades.

O Pacto de Gestão, com relação ao SUS, define as diretrizes para uma descentralização compartilhada, apresentando os princípios norteadores desse processo; definem os objetivos da regionalização e seus principais instrumentos de planejamento, as regiões, os mecanismos, e as etapas do processo de regionalização; definem os princípios gerais do financiamento, os blocos para custeio, e financiamentos para investimentos; define as diretrizes e objetivos do planejamento do SUS, e as prioridades no planejamento; define as diretrizes norteadoras da Programação Pactuada e Integrada; conceitua duas

diretrizes da regulação que são a regulação de atenção à saúde e a regulação assistencial, estabelece os princípios orientadores da regulação e suas metas; define as ações a serem desenvolvidas para garantir a participação social; define as diretrizes para a Gestão do Trabalho e seus principais componentes; e define as diretrizes para o trabalho da Educação na Saúde. O Pacto de Gestão define também as atribuições e responsabilidades sanitárias de cada gestor (municipal, estadual e federal) (Ministério da Saúde, 2006).

A instituição da Política Nacional de Regulação pela Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, veio da necessidade de fortalecer os instrumentos de gestão que visam garantir o acesso e organizar os fluxos assistenciais, e para isso, estabelece três dimensões de atuação integradas entre si, que são: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (Ministério da Saúde, 2008).

Regulação de Sistemas de Saúde: seus objetos são os sistemas municipais, estaduais, nacionais e seus respectivos gestores na execução de macrodiretrizes para a regulação e ações de monitoramento.

Regulação de Atenção à Saúde: conforme pactuação, são exercidas pelos estados e municípios, e seu objetivo é garantir a prestação de serviços adequadamente, com ações diretas e finais de atenção à saúde sob responsabilidade de prestadores públicos, privados e seus gestores. Define estratégias e macrodiretrizes para a regulação assistencial, e controle da oferta de serviços executando, também, ações de monitoramento.

Regulação do Acesso à Assistência: seus objetos são a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização de fluxos assistenciais, sob responsabilidade dos gestores públicos. É estabelecida por complexos reguladores, envolvendo a regulação médica e exercendo a autoridade sanitária para garantir o acesso com base em protocolos, classificação de risco entre outros critérios de prioridades.

A Regulação de Acesso à Assistência Médica deve ser efetivada pela disponibilidade da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de ferramentas que possibilitem acesso ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar de urgências, controle de leitos disponíveis e agendas de consultas e procedimentos especializados, incluindo a oferta de consultas e exames especializados. A Satisfação dos Usuários sobre os Serviços do Sistema de Saúde Pública Brasileiro: um Estudo no Hospital Universitário Federal (Novaretti, Serinolli, & Aquino, 2015). O fluxo de referência e contra referência entre unidades de diferentes níveis de complexidade deve ser perseguido, e com o decorrer do desenvolvimento das diversas

macrodiretrizes da regulação de acesso, foi amplamente facilitado pelo uso da tecnologia de informação e implantação de um sistema de agendamento eletrônico operado por centrais de regulação, que realizam a integração dos serviços de atenção médica em todos os níveis e em todas as direções, incluindo-se aí a regulação em cardiologia, foco central do presente trabalho.

A regulação é um fator determinante para o pleno funcionamento do sistema, garantindo acesso, melhorando a eficácia, a eficiência e a efetividade do atendimento. Os protocolos assistenciais devem claramente definir as indicações terapêuticas, os exames complementares e as tecnologias disponíveis, o local de sua execução e quais pacientes podem se beneficiar. Esses protocolos, se amplamente divulgados, se disponíveis em toda a rede de atenção à saúde, e se corretamente empregados pelos profissionais do sistema de saúde, aumentariam as taxas de resolubilidade e a produtividade, colaborando para o aumento da eficiência. Quanto ao paciente, estes protocolos aumentam sua segurança, uma vez que aperfeiçoam o tempo necessário para alcançar os serviços de saúde assistenciais requisitados. O paciente certo, no lugar certo, na hora certa, com o médico certo e equipe multiprofissional preparada para o atendimento especializado, é a meta a ser atingida.

Assim, em 02 de agosto de 2010, foi criada na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS, que tem por finalidade regular a oferta assistencial de acordo com as necessidades da população, promover a equidade ao acesso, garantir a integridade assistencial, de acordo com sua área de abrangência. As ações da CROSS são definidas pela Secretaria de Saúde, que é a responsável por promover as ações e implementações necessárias aos serviços dessa central (Governo do Estado de São Paulo, 2010). O sistema operado pela central CROSS é uma ferramenta eletrônica que executa ações de regulação assistencial por meio das redes de *internet*. A regulação de média e alta complexidade podem ser definidas como ações e serviços para resolver os problemas mais graves da população, que sejam necessários a atuação de profissionais da saúde especializados, além de recursos tecnológicos para apoio ao tratamento (CONASS, 2011).

A implantação dessa ferramenta de gerenciamento eletrônico dos pacientes foi um evento de grande importância, pois ocorreram mudanças na operação de acesso ao ambulatório de cardiologia. Tais mudanças mostraram-se como um interessante objeto de análise, destacado mais uma vez como objetivo central da presente pesquisa. Como esse sistema é uma

recente ferramenta na gestão do SUS, a proposta deste trabalho é realizar uma análise identificando os avanços, melhorias e desafios trazidos pela sua criação, implantação e utilização na unidade pesquisada, verificando sua atuação como mecanismo de relacionamento na organização de fluxos de referência e contra referência, e implantação de estratégias de regulação visando a garantia do acesso da população aos serviços ambulatoriais oferecidos pelo hospital estudado neste trabalho.

Outro fator de grande importância que deve ser melhor explorado, por ser frequente no SUS, é o absentismo de pacientes, que é o ato de não comparecer nas consultas e procedimentos agendados. O índice de absentismo pode estar relacionado a diversos fatores, tais como as condições sócio demográficas, culturais e financeiras, e traz limitações à garantia da atenção. O absentismo é considerado como um desperdício da oferta de recursos públicos, que implica aumento da demanda, já que o usuário fica sem a resolução do seu problema de saúde, e continua aguardando pela atenção adequada (Santos, 2008).

O absentismo pode ocasionar tratamentos incompletos, com grande impacto na saúde e nos custos do sistema. Além disso, também pode diminuir a produtividade, prejudicar assistência contínua e a resolubilidade das demandas, aumentando a espera pelo acesso assistencial (Ferreira, Lopes, Lion, Nogueira, & Pereira, 2016).

O absentismo dos usuários do SUS mostrou ser uma dificuldade habitual no sistema público de saúde, apresentando elevado índice em todas as regiões do Brasil, e em diversas especialidades (Oleskovicz, Custódio, Lima, Grisi, & Oliva, 2014). O não comparecimento dos pacientes caracteriza pouca valorização do agendamento, fazendo com que o paciente, quando presente no hospital, chegue com a doença já instalada, ou seja, sem a realização de prevenção, o que faz com que, na maioria das vezes, os problemas de saúde já tenham atingido a fase de cronicidade (Yakuwa, Sartori, Mello, Duarte, & Tonete, 2015).

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade em nosso país (Mansur & Favarato, 2012). A política de Atenção Cardiológica, publicada em 2004, e envolvendo as três esferas de Governo, atua em redes regionais integradas, disponibilizando ações como a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em cardiologia, que são decisivas para a diminuição dos indicadores de morbidade e mortalidade. A complexidade tecnológica é decisiva para o tratamento dos pacientes cardiológicos, melhorando o prognóstico quanto mais rápido for instituído o tratamento correto. Desse modo,

é tarefa do gestor garantir o acesso e a integralidade da atenção e, inequivocamente, a etapa inicial nesse processo é a regulação da oferta, que assegura o acesso e equidade aos pacientes que dela necessitam.

A regulação de alta complexidade sempre foi motivo de grande discussão. Perante este fato, foram elaboradas reformas que pudessem atender as diferenças regionais, e que centralizassem os atendimentos de alto custo em uma rede de hospitais universitários. Com a necessidade de garantir atendimento integral aos pacientes, especialmente aqueles com diagnósticos Cardiovasculares no SUS, foi instituída em 2004 a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Essa política foi criada com o objetivo de organizar a assistência e garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade, com equipes multiprofissionais e com técnicas e métodos específicos (Júnior, de Oliveira Fraga, & de Freitas, 2012).

Este trabalho aborda a implantação da ferramenta eletrônica de regulação de acesso CROSS, em um hospital público referência em cardiologia, localizado na cidade de São Paulo - SP e subordinado diretamente à Secretária de Estado da Saúde. Esse hospital tem em sua história destaque nacional pelas inovações que tem introduzido na sua área de atuação, e tem como missão prioritária a assistência, oferecendo serviços especializados com qualidade e humanização ao paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). As inovações introduzidas na especialidade cardiológica por essa instituição são produtos de intensa atividade de pesquisa desenvolvida no próprio hospital. Além do mais, desenvolve atividades de ensino em nível de graduação e de pós-graduação, com residência médica nas áreas de cardiologia e cirurgia cardiovascular.

Considerando que a Regulação é essencial para que seja garantida a assistência integral, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e também considerando a importância da assistência de alta complexidade, a questão de pesquisa que norteou a realização deste trabalho foi a seguinte: qual a contribuição e os efeitos da implantação do sistema de regulação eletrônica na qualidade e produtividade assistencial do ambulatório de um Hospital Público Especializado?

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo quantificar o absenteísmo dos pacientes ambulatoriais após a implantação do sistema de agendamento eletrônico operado pela CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde). Para tal, além desta Introdução, apresenta-se em seguida a seção de Método, que descreve a instituição estudada, as fontes e os mecanismos utilizados para coleta de dados, assim como o processo de análise e apresentação dos

resultados, que por sua vez são discutidos na seção seguinte. Por fim, são apresentadas as considerações finais, com destaque para os principais achados deste trabalho, suas limitações, além de propostas para pesquisas futuras.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência realizado em um Hospital Público do Estado de São Paulo, criado em 1954, referência na assistência em cardiologia, e também considerado como um hospital de ensino. Sua especialidade é a área cardiovascular (clínica, cirúrgica e vascular periférica), tanto no país como no exterior. Realiza também exames diagnósticos e terapêuticos, transplantes cardíacos e renais. O local oferece atendimento Assistencial Cardiológico, Clínico e Cirúrgico, e tem destaques pelas inovações que introduziu na sociedade dentro da especialidade em que atua. É caracterizado como hospital de grande porte, para tratamento das Especialidades Cardiovasculares de Alta complexidade, e oferece em média 2.800.000 atendimentos/ano a população do SUS (Sistema Único de Saúde). Realiza atendimento de urgência e emergência em seu pronto socorro, que é do tipo “porta aberta”, ou seja, recebe demanda espontânea, além de pacientes referenciados pela CROSS.

Este Hospital oferece serviços especializados com qualidade e humanização ao paciente do SUS, e ensino das especialidades clínica, cirurgia cardiovascular e cardiopediatria, em níveis superiores, aprofundando os residentes e os médicos no conhecimento científico. Possui 378 leitos, onde 114 são de cardiologia clínica, 112 de cardiologia cirúrgica, 29 de cardiologia pediátrica, 73 UTI especializada, 09 de UTI pediátrica, 11 de observação, e 39 complementares, distribuídos em três enfermarias adultas, uma enfermaria pediátrica, três UTI's adulto, uma UTI pediátrica, enfermaria de Retaguarda, Pronto Socorro, Hemodinâmica, RPA (recuperação pós-anestésica) e Hospital Dia. Sua produção é a seguinte: atendimento ambulatorial - em média 18.000 consultas/mês; exames/procedimentos 204.131 médias/meses; cirurgias 331 médias/meses, atendimento multiprofissional 13.872 médias/meses. O atendimento multiprofissional envolve os profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição Assistencial e Fonoaudiologia.

Os principais equipamentos que o hospital dispõe são: tomógrafo computadorizado, equipamentos de Raio X, câmara de ressonância magnética e aparelhos de ultrassom. Sua estrutura física compreende cinco prédios, com oito seções de serviço

médico hospitalar, 17 seções de diagnósticos e terapêuticos (nove seções de Cardiologia Invasiva, três seções de Cardiologia Não Invasiva, duas seções de diagnósticos complementares e duas seções de reabilitação), e no total, são 40 consultórios para atendimento. São atendidos, em sua maioria, pacientes que residem em São Paulo, mas também atende pacientes de outros Estados, desde que sejam referenciados pela CNRAC (Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade) / TFD (Tratamento Fora de Domicílio), sendo que em ambos os casos são encaminhados pela complexidade de seu diagnóstico.

O ambulatório está compreendido em dois prédios dentro de sua estrutura, onde podem ser encontradas 23 seções dentro da especialidade de cardiologia, para o atendimento mensal de em média dezotoito mil consultas, além dos exames diagnósticos e

terapêuticos.

O trabalho foi realizado seguindo as etapas de uma pesquisa técnica, contemplando a formulação do problema e dos objetivos, coleta de dados, análise e processamento de informações, além de revisão de material teórico.

Aqui apresentamos uma pesquisa básica e empírica, exploratório-descritiva e de abordagem quali-quantitativa. Esses métodos foram escolhidos devido ao pouco conhecimento existente sobre o sistema CROSS, justificando a abordagem do mesmo. Ainda, descreve-se neste artigo um fenômeno já ocorrido, que foi a implantação do referido sistema em um hospital de cardiologia. A coleta de dados apresenta as características desse sistema, e investiga as hipóteses teóricas (Raupp & Beuren, 2003). Na Tabela 3, apresenta-se a classificação da presente pesquisa.

Tabela 1. Estrutura da Pesquisa Científica.

| Classificação | Tipos | Descrição | Autores |
|---------------|--------------|---|---|
| Natureza | Básica | Adquirir maiores conhecimentos uteis para o avanço da ciência, sem previsão de aplicação prática. | Prodanov & Freitas (2013); Rodrigues (2007) |
| Natureza | Empírica | Guiados pela experiência | Moresi (2003) |
| Aos objetos | Exploratória | Proporcionar maior familiaridade com o problema, levantamento de dados primários e secundários e entrevistas. | Rodrigues (2007) |
| | Descritiva | Fatos observados, registrados, analisados, classificados e interpretados. | |
| Abordagem | Qualitativa | Descrição de informações não quantificáveis, e interpretação de fenômenos ou análise indutiva dos dados coletados. | Rodrigues (2007) |
| | Quantitativa | Converte em números as informações coletadas, para serem analisadas e classificadas, e utiliza técnicas estatísticas. | |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como dito, este estudo objetiva a análise dos efeitos e dos resultados da implantação da CROSS em um hospital de cardiologia, em sua função de regulação ambulatorial, e na influência que exerceu sobre a satisfação dos usuários do SUS. Foram coletados dados primários por meio de questionários aplicados aos pacientes e colaboradores da unidade de saúde e dados secundários por meio dos indicadores e relatórios já existentes, com o prazo de 24 meses antes e depois da implantação. Todos foram analisados estatisticamente pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), utilizando o teste *T Student* para analisar a

possível diferença entre as médias. O tamanho da amostra nas pesquisas aplicadas foi definido com base em cálculo estatístico específico, considerando a quantidade total de atendimentos mensais de primeira instância.

Em média, são ofertadas 650 vagas mensais de primeira vez. Esses pacientes receberam o questionário para responder em seu primeiro contato no guichê para abertura da ficha de atendimento, e após o término deste, entregaram o instrumento já respondido. Em relação ao questionário dos funcionários, a amostra foi menor visto que menos colaboradores atenderam os critérios para participação que foram: 1 - colaboradores que já

trabalhavam na unidade 12 meses antes da implantação; 2 - funcionários que utilizem o sistema diretamente, ou seja, para agendamentos ou para encaminhamento; 3 - médicos que atendem esses pacientes; 4 - atendentes que recebem esses pacientes em sua primeira vez na unidade.

Em ambas as pesquisas foi utilizado o questionário do PNASS. Foram medidas as atitudes e o nível de conformidade da pessoa entrevistada, visto que era necessário que cada um expressasse sua opinião para que se pudesse captar a intensidade da satisfação dos respondentes (Llauradó, 2015).

Após o delineamento do método de estudo, foram desenhadas as etapas da coleta de dados. Inicialmente ocorreu a escolha do local, quando então definiu-se o ambulatório de cardiologia da instituição.

A amostra foi constituída por pacientes e usuários agendados pela primeira vez pelo sistema CROSS. A coleta de dados quantitativos tomou por base os dados de relatórios internos, relatórios externos, e dados do próprio sistema CROSS. Estas informações foram analisadas e apresentadas por frequência absoluta e relativa ao total da amostra, sem a aplicação de testes estatísticos específicos.

O desenho das etapas da coleta de todos os dados foi definido conforme apresentado na Tabela 4:

Tabela 2. Desenho do procedimento de pesquisa.

| | |
|-------------------------|--|
| Planejamento: | - Escolha do local: ambulatório de cardiologia. |
| | - Escolha da amostra (pacientes e usuários): pacientes de 1ª vez agendados pelo sistema CROSS, e funcionários que tiveram acesso ao sistema. |
| | - Elaboração dos questionários: utilizando o modelo PNASS. |
| Coleta de dados: | - Coleta de dados quantitativos e qualitativos: dados de relatórios internos, dados de relatórios externos, dados do sistema CROSS. |
| | - Recolhimento dos dados das entrevistas: reunir as respostas dos questionários. |
| Ânalise: | - Análise de dados quantitativos: analisar os dados coletado nos relatórios com programa para análise de dados estatísticos. |
| | - Análise de dados qualitativos: analisar os dados coletados com os questionários com o programa para análise de dados estatísticos. |
| Reflexão: | - Conclusões da pesquisa: descrever os resultados obtidos nos questionários e nos dados levantados, e sugerir ações de melhorias ou opções de pesquisas futuras. |

Fonte: Adaptado de Baptista (2016, p. 52).

A coleta de dados secundários foi realizada com o objetivo de apresentar os efeitos ocorridos antes e após a implantação do sistema CROSS. Para tal, os indicadores mensais de 24 meses antes e 24 meses depois do processo foram avaliados.

Os indicadores avaliados foram escolhidos pois se tratam de variáveis que demonstram quantitativamente as mudanças nos fatores ou parâmetros de qualidade pré-definidos. Os indicadores auxiliam na descrição da situação de determinado fenômeno e, assim, permitem realizar comparações e analisar mudanças em um determinado período de tempo. Os indicadores ideais devem apresentar algumas características, como a disponibilidade

(existência dos dados), confiabilidade (os dados são autênticos e confiáveis), validade (finalidade do evento avaliado), simplicidade (fácil aquisição e assimilação), discriminatória (possibilita conferir múltiplos fatos), sensibilidade (identifica as mudanças comportamentais do evento no decorrer do tempo), abrangência (associação de diversas circunstâncias), utilidade (deve amparar a tomada de decisão e apontar condições que possam ter mudanças), além dos critérios éticos (Kluck, 2004).

Para demonstração efetiva do desempenho dos processos relacionados ao sistema CROSS, sua aplicação e qualidade, foram definidos os indicadores coletados: produtividade geral, que é a relação entre as

consultas realizadas e as horas/médico trabalhadas (número de consultas realizadas, dividido número de horas trabalhadas); taxa de retorno ambulatorial: é o percentual de retornos em relação ao total de consultas (avalia a capacidade de absorver novas consultas, e se refere ao número de retornos multiplicado por 100, dividido pelo número total de consultas); absentéismo, que é o percentual de consultas agendadas e realizadas, em relação ao total de consultas agendadas, servindo para avaliar as ausências dos pacientes nas consultas agendadas, e calculado pelo total de consultas realizadas, subtraindo os encaixes, multiplicando por 100, e dividindo pelo total de consultas agendadas.

O levantamento de indicadores foi realizado diretamente nos relatórios internos da unidade, relatórios do sistema CROSS, e em bases públicas de dados, como o DATASUS, NIH e CQH. Com estes indicadores, foi possível ver os resultados obtidos com a implantação da regulação por meio da ferramenta eletrônica, o que poderá ser utilizado para melhorar a percepção dos gestores sobre a importância desse processo.

Os indicadores representados foram escolhidos visto que envolviam os pacientes referenciados pela CROSS. Apenas indicadores que atenderam ao referido critério foram avaliados, visando observar o sistema de maneira mais focada. Os indicadores de absentéismo e de satisfação do usuário foram os principais apresentados para identificar os reais efeitos da implantação desse sistema

Os questionários aplicados foram analisados e tabulados para comparar o nível de satisfação atual com o nível anterior, no período delimitado de 24 meses antes e 24 meses depois da implantação do sistema. O método

escolhido para a mensuração da satisfação atual foi o método de pesquisa *Survey*, que é quantitativo para pesquisas planejadas, e aplicado pelo pesquisador, tornando-se uma coleta direta sobre suas expectativas e sentimentos. Assim, o foco do método neste estudo foi obter conceitos atuais sobre os benefícios do sistema, obter uma visão nova que não poderia ser encontrada em outros métodos de coleta, e adquirir dados com a eficácia desse método, evidentemente se aplicado com rigor (Silva R. K., 2013).

Como dito, os questionários foram distribuídos aos pacientes e profissionais do hospital, tendo sido elaborados seguindo o modelo do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS para pesquisas de satisfação com os usuários dos serviços, especialmente relacionadas ao atendimento recebido da saúde pública nas áreas de emergência, ambulatório, internação e cirurgia. Neste trabalho foi avaliada somente a área ambulatorial. O modelo PNAS avalia os seguintes critérios: agilidade no agendamento do atendimento, agilidade no atendimento, acolhimento, confiança, ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído), marcas da humanização, e expectativa sobre o serviço (PNASS, 2015).

Para a realização da investigação é necessária a definição da amostra, dentro de uma população, sendo essa os sujeitos participantes do estudo (Ferreira V. , 2015). Para se ter uma amostra de qualidade foi utilizada a regra estatística de cálculo de respondentes, com uma estimativa de 248 pacientes e 36 funcionários. Abaixo se encontra apresentada a fórmula utilizada, onde “n” é o tamanho da amostra; “N” é o tamanho da população; “E” é o erro tolerável, que nas pesquisas de *marketing* é padronizado o valor de 5% (Lucian, 2015).

$$n = \frac{N \times \frac{1}{E^2}}{N + \frac{1}{E^2}}$$

Além da fórmula, foram estabelecidos também critérios de inclusão e de exclusão conforme segue: Inclusão: apenas pacientes encaminhados pelo Sistema CROSS, no período de 30 dias, que foram referenciados para primeira consulta ambulatorial, e funcionários que já faziam parte do quadro de colaboradores no período de 12 meses antes da implantação do sistema. Exclusão: foi verificado se o encaminhamento era pelo Pronto Socorro ou por outra porta de acesso, pois por se tratar de uma unidade com PS “portas abertas”, há muitos casos de demanda espontânea para atendimento de urgência e emergência, e os funcionários que não presenciaram a

rotina da unidade no período de 12 meses antes da implantação, não participaram da entrevista.

Este trabalho foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição, submetido à avaliação por meio da Plataforma Brasil (protocolo de submissão CAAE Nº 58295616.2.0000.5511), e aprovado segundo parecer substanciado número 075222/2016, por obedecer às diretrizes previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que define os aspectos éticos e legais relacionados às pesquisas de qualquer natureza envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentados nesta seção os resultados obtidos separadamente na presente pesquisa, incluindo o número de consultas médias mensais de primeira vez agendadas no Hospital, além dos indicadores mencionados na seção anterior.

Produtividade Geral, está relacionada a organização dos serviços, acompanhamento dos rendimentos e da capacidade de produção (Poz, Pierantoni, & Varella, 1997). Rendimento dos Consultórios, aponta a produção relativa ao tempo trabalhado na assistência especializada e o avanço dos rendimentos dos consultórios (Magri, Aciole, Salomão, Tagliaferro, & Ribeiro, 2016). Retorno ambulatorial,

indica a garantia nos atendimentos à necessidade da população, com o fácil acesso, e com qualidade na prestação de serviços, representa o resultado do serviço prestado (Ortega, et al., 2016). Absenteísmo, indica o desperdício de vagas, o que causa impacto direto na resolubilidade e na continuidade assistencial (Sousa R. , 2015). Satisfação, indica o nível de qualidade do serviço oferecido e oferece uma análise da necessidade de mudanças ou alteração de estratégias no atendimento (Arruda & Bosi, 2016). São quatro motivos que justificam a importância da análise da satisfação: o alto custo da assistência, o custo de oportunidade, o planejamento de prioridades, e o monitoramento da unidade (Souza, Scatena, & Kehrig, 2016). A Tabela 5 apresenta a média dos indicadores da unidade em que se realizou o estudo.

Tabela 3. Indicadores levantados - apresentados em média anual.

| INDICADORES | | | | |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Produtividade Geral | 3,96% | 3,90% | 2,39% | 3,09% |
| Rendimento dos Consultórios | 109,73% | 116,81% | 125,97% | 133,16% |
| Taxa de Retorno Ambulatorial | 93,19% | 93,50% | 92,72% | 91,85% |
| Absenteísmo | 49,73% | 48,20% | 30,00% | 23,73% |
| Satisfação- Muito bom | 51,44% | 51,20% | 50,15% | 48,59% |
| Satisfação- Bom | 35,86% | 34,40% | 36,97% | 39,21% |
| Satisfação- Regular | 8,76% | 9,64% | 9,15% | 9,27% |
| Satisfação- Ruim | 3,94% | 4,76% | 3,71% | 2,92% |

Fonte: Elaborado pelo autor

Referência e Contra-referência, são os pacientes encaminhados para a unidade e os que tiveram alta de volta para sua unidade de origem, pois seu diagnóstico não são de alta complexidade. Exames externos, são os agendamentos feitos pela unidade alvo deste trabalho, encaminhando pacientes para outras unidades, pois não possui o exame solicitado. Exames recebidos, são os

pacientes que vieram de outras unidades (externos) para realizar o exame no hospital alvo deste trabalho, os exames ofertados pelo sistema CROSS nesse caso, são os Testes Ergométricos, Holter e Ecocardiograma. A Tabela 6 apresenta a média dos dados da unidade especializada onde foi realizado o estudo.

Tabela 4. Dados coletados - apresentados em média anual.

| DADOS COLETADOS | | | | |
|----------------------------|------|------|------|------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Referência | 526 | 467 | 615 | 649 |
| Contra-referência | 8 | 5 | 4 | 10 |
| Exames externos agendados | * | 17 | 34 | * |
| Exames externos realizados | * | 11 | 24 | * |

Fonte: Elaborado pelo autor/ * Dados não coletados por falta de informações.

Foram obtidos 250 respondentes nas entrevistas aplicadas aos usuários, e 29 respondentes na entrevista aplicada aos profissionais.

Tabela 5. Pesquisa aplicadas, quantidade de usuários e quantidade de profissionais da unidade que responderam as pesquisas.

| PESQUISA 1 - USUARIOS | | | | | |
|---------------------------|------------------------|----------|-----------|-------|---------|
| Escolaridade | | Feminino | Masculino | Total | % |
| 1 | Não alfabetizado | 1 | 1 | 2 | 0,80% |
| 2 | Fundamental incompleto | 28 | 18 | 46 | 18,40% |
| 3 | Fundamental Completo | 31 | 21 | 52 | 20,80% |
| 4 | Médio Incompleto | 18 | 13 | 31 | 12,40% |
| 5 | Médio Completo | 43 | 35 | 78 | 31,20% |
| 6 | Superior Incompleto | 2 | 6 | 8 | 3,20% |
| 7 | Superior Completo | 11 | 6 | 17 | 6,80% |
| 8 | Não respondeu | 6 | 10 | 16 | 6,40% |
| | | 140 | 110 | 250 | 100,00% |
| PESQUISA 2 -PROFISSIONAIS | | | | | |
| Escolaridade | Escolaridade | Feminino | Masculino | Total | % |
| 1 | Não alfabetizado | | | 0 | 0,00% |
| 2 | Fundamental incompleto | | | 0 | 0,00% |
| 3 | Fundamental Completo | | | 0 | 0,00% |
| 4 | Médio Incompleto | | 1 | 1 | 3,45% |
| 5 | Médio Completo | 8 | 3 | 11 | 37,93% |
| 6 | Superior Incompleto | 5 | 4 | 9 | 31,03% |
| 7 | Superior Completo | 5 | 3 | 8 | 27,59% |
| 8 | Não respondeu | | | 0 | 0,00% |
| | | 18 | 11 | 29 | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelo autor.

As análises estatísticas contribuíram na identificação do teste a ser realizado, além da normalidade das variáveis. A Tabela 8 apresenta o resultado do teste de normalidade, onde ficou evidenciado que o Teste T seria o adequado para análise estatística das variáveis e médias.

Tabela 6. Teste de normalidade – SPSS

| Indicador | Descritivos | | | Diferenças extremas | | | Kolmogorov-Smirnov Z | p-value |
|--|-------------|--------|---------------|---------------------|----------|----------|----------------------|---------|
| | n | Média | Desvio Padrão | Absoluta | Positiva | Negativa | | |
| Produtividade | 48 | 3,36 | 1,34 | 0,18 | 0,18 | -0,12 | 1,24 | 0,09 |
| Rendimento dos consultórios | 48 | 121,29 | 12,61 | 0,08 | 0,08 | -0,07 | 0,57 | 0,90 |
| Satisfação Muito Bom | 48 | 50,25 | 2,69 | 0,08 | 0,04 | -0,08 | 0,58 | 0,89 |
| Satisfação Bom | 48 | 36,61 | 2,25 | 0,11 | 0,11 | -0,06 | 0,74 | 0,65 |
| Satisfação Regular | 48 | 9,18 | 1,06 | 0,12 | 0,10 | -0,12 | 0,85 | 0,46 |
| Satisfação Ruim | 48 | 3,83 | 1,02 | 0,09 | 0,09 | -0,07 | 0,60 | 0,86 |
| Taxa de Retorno | 48 | 92,82 | 1,20 | 0,16 | 0,08 | -0,16 | 1,14 | 0,15 |
| Absenteísmo | 48 | 37,92 | 13,46 | 0,15 | 0,15 | -0,13 | 1,05 | 0,22 |
| Referencia | 48 | 564,25 | 98,86 | 0,06 | 0,05 | -0,06 | 0,44 | 0,99 |
| Contra-referencia | 48 | 6,81 | 5,46 | 0,17 | 0,17 | -0,11 | 1,20 | 0,11 |
| Exames Encaminhados Para Outro Serviço | 23 | 25,43 | 13,78 | 0,12 | 0,09 | -0,12 | 0,57 | 0,91 |
| Exames Realizados Em Outro Serviço | 23 | 17,09 | 10,33 | 0,09 | 0,09 | -0,07 | 0,42 | 0,99 |
| Teste Ergométrico | 48 | 22,81 | 5,05 | 0,14 | 0,14 | -0,11 | 0,94 | 0,34 |
| Eco | 48 | 129,15 | 40,81 | 0,14 | 0,12 | -0,14 | 0,95 | 0,33 |
| Holter | 48 | 16,42 | 5,03 | 0,13 | 0,07 | -0,13 | 0,93 | 0,36 |
| Satisfação positiva | 48 | 86,87 | 2,04 | 0,16 | 0,08 | -0,16 | 1,08 | 0,19 |
| Satisfação negativa | 48 | 13,02 | 1,82 | 0,12 | 0,12 | -0,06 | 0,87 | 0,44 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados apresentados na Tabela 1 se referem às consultas de primeira vez agendadas pelo sistema CROSS e atendidas no hospital em estudo.

Tabela 1. Quantidade de consultas de primeira vez agendadas para o Hospital nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011.

| Referência | Consultas de primeira vez | | | | | | | | | | | | Média |
|------------|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | |
| 2008 | 546 | 553 | 500 | 639 | 638 | 561 | 546 | 575 | 470 | 326 | 495 | 462 | 526 |
| 2009 | 438 | 576 | 521 | 441 | 401 | 497 | 522 | 473 | 457 | 438 | 396 | 445 | 467 |
| 2010 | 521 | 554 | 612 | 526 | 607 | 704 | 701 | 608 | 621 | 568 | 614 | 748 | 615 |
| 2011 | 641 | 620 | 735 | 659 | 515 | 692 | 724 | 638 | 721 | 652 | 597 | 590 | 649 |

Fonte: relatórios internos, adaptado pelo autor.

Após os testes estatísticos, foram percebidas mudanças positivas no hospital após a implantação do sistema CROSS. Analisando a taxa de produtividade verificou-se que a queda no indicador se deveu ao fato de a unidade ter passado a seguir os protocolos de regulação, limitando o acesso aos diagnósticos pertinentes à complexidade atendida no hospital. O rendimento dos consultórios cresceu, visto que passaram a atender pacientes adequados ao nível assistencial, proporcionando aumento na qualidade e diminuição no desperdício de tempo entre a avaliação e resolubilidade dos diagnósticos. A taxa de retorno teve queda devido ao número de contra-referências, ou seja, pacientes com diagnósticos cardiológicos, mas de baixa ou média complexidade, que após a avaliação são encaminhados de volta para sua unidade de origem onde continuarão seguindo tratamento clínico. O absenteísmo também apresentou queda, o que mostra claramente um maior aproveitamento dos recursos disponíveis no hospital.

Já em relação às pesquisas de satisfação no período da implantação do sistema, comparadas com as atuais (entrevistas), verificou-se a ocorrência de mudanças em todos os critérios, porém, o critério “bom” apresentou crescimento, indicando que houve melhora no valor percebido e nas expectativas dos usuários após terem acesso a um hospital especializado em cardiologia, lembrando que estes têm perspectiva de uma solução para seu quadro (doença), levando em consideração o atendimento recebido.

Houve queda no critério “muito bom”, pois antes do sistema, alguns pacientes eram encaminhados erroneamente (outras especialidades, ou diagnósticos não pertinentes), e por ser o hospital uma unidade de referência, acabava por resultar em uma avaliação satisfatória. Todavia, com o controle e delimitação do acesso, passou a ocorrer uma avaliação mais criteriosa. Os demais critérios mostraram resultados satisfatórios, ou seja, queda nos critérios “Regular e Ruim”.

CONCLUSÕES

De acordo com os indicadores e dados apresentados, a realização deste trabalho permite afirmar que, após a aplicação do sistema CROSS no hospital estudado, os resultados apresentaram repostas positivas. Houve aumento do número de consultas de primeira vez, especialmente em decorrência da redução da taxa de retorno.

A queda da taxa de retorno se deveu à redução do número de pacientes contra referenciados, ou seja, aqueles que não possuíam diagnósticos de alta complexidade, que deveria ser o principal serviço prestado pelo hospital. Dessa forma, os pacientes que

não atendiam os critérios para tratamento e acompanhamento foram encaminhados para sua unidade de atenção básica, para que pudessem seguir acompanhamento de acordo com as especificidades de cada caso.

O absenteísmo ambulatorial é caracterizado pela falta do paciente a uma consulta ou exame previamente agendado, caracterizando o desperdício de recursos em saúde, pois outros pacientes que estão à espera de uma mesma oportunidade acabam ficando sem atendimento, contribuindo sobremaneira para o aumento da espera por consultas e exames (Bittar, Magalhães, Martines, Felizola, & Falcão, 2016). Esse indicador mostra o aproveitamento das vagas ofertadas, e notoriamente, observou-se neste estudo que as faltas efetivamente diminuíram, evitando o desperdício de recursos e aumentando o atendimento às necessidades da população. Dessa forma, percebe-se que o agendamento eletrônico, além de organizar o fluxo de regulação, contribuiu também na oferta e na demanda, evitando que sejam perdidos recursos, ou mesmo que estes sejam mal-empregados.

No âmbito da saúde pública, a discussão sobre absenteísmo em consultas nos ambulatorios está relacionada com desperdícios de recursos estruturais e financeiros, tanto públicos quanto privados, além do seu impacto social. O absenteísmo não é um fenômeno local, já tendo sido relatado, por exemplo, em três grandes ambulatorios especializados no Estado de São Paulo. Nestes, a média de absenteísmo variou entre 16,9% a 30,3% (Bittar et al., 2016), em comparação à média observada no presente estudo, que foi de 23,73% após a implantação do Sistema de agendamento eletrônico.

O absenteísmo analisado no presente trabalho, apresentou queda após a implantação do sistema CROSS, o que comprova a eficácia de regulação central. Essa informação é confirmada no aproveitamento das vagas ofertadas no sistema, onde o número de atendimentos aumentou, já que o agendamento ganhou praticidade, facilitando não somente a vida do usuário, mas também facilitando o trabalho da unidade onde o mesmo solicita o agendamento.

Embora o número de consultas por hora trabalhada tenha sido menor, os ganhos com o aumento da capacidade de atender pacientes novos, e a diminuição acentuada das faltas dos pacientes, asseguraram maior rendimento e produtividade ao ambulatório especializado em cardiologia, ampliando a capacidade do sistema e organizando o atendimento do hospital.

Como este trabalho foi realizado em apenas uma instituição hospitalar, em pesquisas futuras sugere-se um estudo multicêntrico, incluindo

diferentes unidades que acessam o sistema CROSS, além de pesquisas com pacientes e funcionários, visando avaliar efetivamente os índices de satisfação com o atendimento. Devido à ausência de trabalhos acadêmicos que versem sobre o sistema de regulação

feita por meio eletrônico, ou pelo próprio sistema CROSS, outra sugestão seria aprofundar esta temática com base em estudos que avaliem os motivos e soluções para que as perdas e ociosidade do sistema de saúde possam ser reduzidos.

REFERÊNCIAS

ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1990). Brasília: Ministério da Saúde.

Albieri, F., & Cecilio, L. (2015). De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*, 184-195.

Albuquerque, M. d., Praciano, L. P., Costa, A. M., & Melo Filho, D. A. (2013). Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc*, 223-236.

Almeida, P., Giovanella, L., Mendonça, M., & Escorel, S. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, 286-298.

Arakawa, A., Lopes-Herrera, S., Caldana, M., & Tomita, N. (2012). Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. *CEFAC*.

Arruda, C., & Bosi, M. (2016). Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.

Azevedo, S. (2016). O programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí. *HOLOS*, 402-413.

Baduy, R. S., Feuerwerker, L. C., Zucoli, M., & Borian, J. T. (2011). A Regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Caderno de Saúde Pública*, 295-304.

Barbosa, D., Barbosa, N., & Najberg, E. (2016). Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 49-54.

Bopsin, M., Bassani, L., Riella, C., & Antunes, M. (2015). ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE – RS. *Caderno Pedagógico*, 137-147.

Carvalho, M. d., Santos, N. R., & Campos, G. W. (2013). A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória. *Saúde em Debate*, 372-387.

CEBES. (outubro de 2014). Redes de Atenção a Saúde. *Construindo o cuidado integral*. Rio de Janeiro, Brasil: Revista Divulgação em Saúde para Debate.

Cintra, R., Gonçalves, L., Dias, B., Vieira, S., Pacagnan, M., & Dalmas, J. (18-20 de Novembro de 2012). A Satisfação dos Usuários sobre os Serviços do Sistema de Saúde Pública Brasileiro: um Estudo no Hospital Universitário Federal.

CONASS. (2007). Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Em *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. vol 9*. Brasília.

CONASS. (2011). *Regulação em Saúde - Coleção para entender a Gestão do SUS*. Brasília.

CROSS. (2015). Revista CROSS. *Central de regulação de Ofertas e Serviços de Saúde*. São Paulo, Brasil.

Dancey, C., & Reidy, J. (2013). Estatística sem matemática para psicologia. Porto Alegre: Penso.

Diretrizes Operacionais. (09 de fevereiro de 2006). *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, Brasil.

Ferreira, M., Lopes, A., Lion, M., Lima, D., Nogueira, D., & Pereira, A. (2016). Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 411-419.

- Ferreira, V. (2015). Satisfação dos profissionais de saúde em meio hospitalar público, privado e parceria público-privada. Lisboa.
- Gamarra, T., & Porto, M. (2015). Regulação em Saúde e Epistemologia Política: Contribuições da Ciência Pós-Normal para enfrentar as incertezas. *Organizações & Sociedade*, 405-422.
- Giannotti, E. M. (2013). A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos. São Paulo.
- Iochida, L., & Castro, A. (2001). Planejamento da Pesquisa. *Projeto de Pesquisa (Parte VIII - Método Estatístico/Análise Estatística)*. São Paulo.
- Klein, F., & Mascarenhas, A. (2016). Motivação no Serviço Público: efeitos sobre a retenção e satisfação profissional dos gestores governamentais. *Revista de Administração Pública*.
- Kluck, M. (ABRIL de 2002). ANVISA - Seminário sobre INDICADORES HOSPITALARES – abril 2002. *Indicadores de qualidade assistencial - Projeto SIPAGEH e o HCPA*. Faculdade de Medicina / HCPA.
- Llauradó, O. (23 de Janeiro de 2015). *A atualidade sobre market research*. Fonte: Netquest: <http://www.netquest.com/blog/br/escala-likert/>
- Lucian, R. (2015). Protocolos para análises estatísticas: Uma revisão teórica das principais decisões em Métodos Quantitativos em Administração. *Revista Eletrônica de Ciências - VEREDAS*, 131-145.
- Magri, L., Aciole, G., Salomão, F., Tagliaferro, E., & Ribeiro, L. (2016). Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. *SAÚDE EM DEBATE*, 144-155.
- Maia, C., & Guilhem, D. (2016). A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. *Pan American Journal os Public Health*, 155-160.
- Martins, M., Goese, P., Barrionovo, M., & Massarollo, M. (2015). Direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de. *Revista Rene*, 337-344.
- Moimaz, S., Marques, J., Saliba, O., Garbin, C., Zina, L., & Saliba, N. (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 1419-1440.
- Novaretti, M., Serinolli, M., & Aquino, S. (2015). Funcionalidade das plataformas SIGA e CROSS na regulação em oncologia: Experiência do município de São Paulo. *Gestão e Saúde*, 698-714.
- Oleskovicz, M., Oliva, F., Grisi, C., Lima, A., & Custódio, I. (2014). Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 1009-1017.
- Ortega, M., Prato, J., Coria, A., Lara, S., Barrell, A., & Téllez, V. (2016). Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 37-45.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). Saúde no Brasil 1. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*, pp. 11-31.
- Pinto Junior, V. C., Fraga, M. N., & Freitas, S. M. (2012). Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de atenção Cardiovascular de alta Complexidade. *Bras Cir Cardiovasc*, 463-468.
- PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. (2015). Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde.
- Portaria MS/GM n.º 95. (26 de Janeiro de 2001). *Regionalização da Assistência a Saúde: Aprofundando a Descentralização com equidade no acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n.º 1.559. (01 de Agosto de 2008). *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasil.
- Portaria n.º 1169. (15 de Junho de 2004). *Institui a Política Nacional da Atenção Cardio Vascular de Alta Complexidade*. Brasil.

- Portaria nº 399/GM. (22 de Fevereiro de 2006). *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasil.
- Poz, M., Pierantoni, C., & Varella, T. (junho de 1997). Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde. Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.
- Protasio, A., Silva, P., Lima, E., Gomes, L., Machado, L., & Valença, A. (2014). Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, 209-220.
- Raupp, F., & Beuren, I. (2003). Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade*, 76-97. São Paulo: Atlas.
- Santos, J., & Souza, L. (2008). Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Universidade Federal da Bahia - UFBA.
- Série Pactos pela Saúde - vol 06. (2006). *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Silva, R. K. (09 de dezembro de 2013). *Método de Pesquisa Survey*. Fonte: Partes: http://www.partes.com.br/2013/12/09/metodo-de-pesquisa-survey/#.V5q5v5Ug_IU
- Silva, T., Ribeiro, G., Nunes, A., Vasconcelos, F., & Andriola, W. (2015). Avaliação dos Indicadores da Qualidade do Ensino Online: Um estudo de caso. pp. 503-511.
- Sousa, F., Medeiros, K., Gurgel Júnior, G., & Albuquerque, P. (2014). Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1283-1293.
- Sousa, R. (2015). Absenteísmo e sua influência nas organizações. ETIC - Encontro de Iniciação Científica.
- Souza, P., Scatena, J., & Kehrig, R. (2016). Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. *Physis Revista da Saúde Coletiva*, 289-308.
- Yakuwa, M., Sartori, M., Mello, D., Duarte, M., & Tonete, V. (2015). Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 384-390.
- Yin, R. (2001). *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Sage Publications, Inc. e Arttrned Editora Ltda.