

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA  
REGIÃO CENTRO-OESTE**

**ANTONINA MIRANDA DE ANDRADE**

**USO DO SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO – SISREG NO HOSPITAL  
ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, NA  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.**

**CAMPO GRANDE  
2015**

**ANTONINA MIRANDA DE ANDRADE**

**USO DO SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO – SISREG NO HOSPITAL  
ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, NA  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade.

**CAMPO GRANDE  
2015**

**ANTONINA MIRANDA DE ANDRADE**

**USO DO SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO – SISREG NO HOSPITAL  
ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, NA  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade.

A banca examinadora, após a apresentação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito \_\_\_\_.

Campo Grande, 24 de agosto de 2015

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

---

Sonia Maria Oliveira de Andrade  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

---

Ana Rita Barbieri  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

---

Luiza Helena de Oliveira Cazola  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

---

Alexandra Maria Almeida Carvalho  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS

## RESUMO

Este trabalho resulta da avaliação do uso do Sistema Nacional de Regulação - SISREG no Hospital Escola da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A pesquisa tem por objetivo avaliar o uso do SISREG quanto ao acesso, tempo e resolutividade, na perspectiva de profissionais e usuários, considerando que essas variáveis são atributos relacionados à qualidade dos serviços prestados. Foram aplicados questionários para médicos docentes, médicos administrativos, técnicos administrativos e usuários dos serviços de saúde no NHU. Os resultados apontam ampliação do acesso para os serviços especializados no Estado. Foi constatada alta satisfação na resolutividade dos problemas de saúde do paciente, porém, o tempo de espera entre agendamento e consulta e para atendimento médico no NHU continua sendo um problema para os usuários que dependem dos serviços do Sistema Único de Saúde-SUS. No município de Campo Grande houve universalização no atendimento, apesar de a demanda ser superior à oferta dos serviços. Esses dados podem subsidiar a melhoria do uso do Sistema, da abrangência da cobertura dos serviços e da diversidade de acesso. A pesquisa também auxiliará os gestores a programarem mudanças que garantam melhor prestação de serviços nos setores de saúde, de acordo com as necessidades da população a ser atendida, fixando padrões de qualidade com base nos princípios de equidade e integralidade.

**Descritores:** Regulação. Equidade em saúde. Avaliação em saúde. Tecnologia da informação.

## **ABSTRACT**

This work results from the evaluation of the use Sistema Nacional de Regulação – SISREG in University Hospital (NHU) of the Federal University of Mato Grosso do Sul. This research aims to evaluate the use of SISREG as access, time and resolution, under the perspective of professionals and users, considering that these variables are attributes related to quality of services provided. Appropriate questionnaires were applied to medical teachers, administrative doctors, administrative staff and users of health services in NHU. The results show increased access to specialized services in the State and high satisfaction in solving the patient's health problems, however, the waiting time between scheduling and consultation and the medical care in NHU continues to be a problem for users who depend on public's health system. In the city of Campo Grande attendance was universalized, although the demand is higher than services supply. These data may be used to subsidize the use of the System, the scope of coverage of services and access diversity. The research will also help managers to program changes to ensure better service delivery for health care, according to the needs of the population, setting quality standards based on the principles of equity and integrity.

Descriptors: Regulation. Equity in health. Health evaluation. Information technology.

Descriptors: Regulation. Equity in health. Health evaluation. Information technology.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CIH: Central de Internação Hospitalar  
CMC: Central de Marcação de Consultas  
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CTI: Centro de Terapia Intensiva  
DATASUS: Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde  
FUFMS: Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
GM: Gabinete do Ministro  
HIV: Virus da Imunodeficiência Humana  
MEC: Ministério da Educação  
NHU: Núcleo de Hospital Universitário  
NOAS: Normas Operacionais Básicas do SUS  
PAM: Pronto Atendimento Médico  
PDR: Plano Direto de Regionalização  
PPI: Programação Pactuada e Integrada  
PR: Plano de Regionalização  
REHUF: Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais  
SESAU: Secretaria Municipal de Saúde  
SISREG: Sistema Nacional de Regulação  
SIS: Sistema de Informação em Saúde  
SUS: Sistema Único de Saúde  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TRS: Terapia Renal Substitutiva  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UCO: Unidade Coronariana  
UEMT: Universidade Estadual de Mato Grosso  
UESF: Unidade Estratégica de Saúde da Família  
UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo  
USF: Unidade de Saúde da Família  
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos profissionais entrevistados no NHU.....	23
Tabela 2 – Avaliação das variáveis: acesso, tempo e resolutividade, aos serviços de saúde pelo SISREG, segundo médicos administrativos no NHU.....	24
Tabela 3 – Avaliação das variáveis: acesso, tempo e resolutividade, aos serviços de saúde pelo SISREG, segundo médicos docentes no NHU.....	26
Tabela 4 – Avaliação das variáveis: acesso, tempo e resolutividade, aos serviços de saúde pelo SISREG, segundo técnicos administrativos no NHU.....	28
Tabela 5 - Perfil demográfico e socioeconômico dos usuários entrevistados no NHU.....	29
Tabela 6 – Avaliação das variáveis: acesso, tempo e resolutividade, aos serviços de saúde pelo SISREG, segundo usuários no NHU .....	30

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Base legal e operacional</b> .....	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>HISTÓRICO DO NÚCLEO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b> .....	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
<b>5.1</b>	<b>Tipo de pesquisa</b> .....	<b>20</b>
<b>5.2</b>	<b>Local e período da pesquisa</b> .....	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<b>Sujeitos da pesquisa</b> .....	<b>20</b>
<b>5.4</b>	<b>Processo de obtenção do conhecimento livre e esclarecido</b> .....	<b>20</b>
<b>5.5</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	<b>21</b>
<b>5.6</b>	<b>Procedimentos para coleta de dados</b> .....	<b>21</b>
<b>5.7</b>	<b>Organização e análise dos dados</b> .....	<b>21</b>
<b>5.8</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>6.1</b>	<b>Perspectiva de profissionais</b> .....	<b>23</b>
<b>6.2</b>	<b>Perspectiva de usuários</b> .....	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
<b>7.1</b>	<b>Profissionais que atendem pelo SISREG no NHU</b> .....	<b>33</b>
<b>7.2</b>	<b>Usuários do SISREG no NHU</b> .....	<b>41</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>47</b>
<b>9</b>	<b>RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
	<b>ANEXO A</b> .....	<b>57</b>
	<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>59</b>
	<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>62</b>
	<b>APÊNDICE C</b> .....	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE D</b> .....	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a falta de qualidade no acesso aos serviços de saúde evidenciou a necessidade do Ministério da Saúde em desenvolver um Sistema Nacional de Regulação em Saúde. Desde meados de 1990, o setor público tem demonstrado interesse nas ferramentas tecnológicas, visando a melhoria das rotinas instauradas na gestão pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003-2011).

O Sistema Nacional de Regulação – SISREG surgiu da necessidade de “instituir a Regulação Assistencial como função de gestão para introduzir mecanismos de ordenação das práticas assistenciais à saúde no SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), é um sistema *online*, desenvolvido para gerenciar todo Complexo Regulatório em todos os níveis de complexidade, da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria na utilização desses recursos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo a mesma fonte, esse aplicativo de Regulação denominado SISREG foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS-DATASUS, entre os anos de 1999 a 2002. O programa funciona através de navegadores instalados em computadores conectados a *Internet* e é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas - CMC e a Central de Internação Hospitalar – CIH.

A finalidade do SISREG é melhor acesso da população aos níveis de complexidade e serviços necessários para a saúde, que deve ter a garantia do atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O maior desafio da regulação da média complexidade ambulatorial está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização do acesso calcada no uso dos protocolos e na triagem de necessidades e priorização, na gestão dos fluxos referenciados e na construção de grades de referência e contra referência. O complexo regulador do acesso ainda precisa lidar com problemas estruturais dos serviços de saúde especializados que tem dificuldades para transferir o controle das agendas médicas e leitos ao serviço de regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Núcleo de Hospital Universitário, em particular, tais problemas se intensificam por ser um hospital escola e porque é o professor, a depender dos conteúdos curriculares, é quem seleciona as enfermidades para retornos ambulatoriais, exames e internações.

Dessa forma, destaca-se a importância deste estudo visto que, o SISREG desde sua implantação no NHU entre os anos de 2006 e 2008, não passou por nenhuma avaliação.

Nesse sentido, os resultados apresentados, servem de base tanto para a administração do NHU quanto para a Central de Regulação, implementar mudanças que são necessárias para melhorar o acesso, a resolutividade, mas principalmente, o tempo de agendamento da consulta pela Central e o tempo de atendimento no NHU, que foram pontos críticos na avaliação. Necessário se faz, o aprimoramento do sistema, adequando-o as mudanças tecnológicas bem como, às necessidades do usuário.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Base legal e operacional

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 preceitua que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Aqui se define explicitamente a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde- SUS (BRASIL, 2002, p. 41).

A Carta Magna em seu art.198, institui que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que devem constituir um sistema único, e deixa de forma clara em seu parágrafo primeiro, que o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, e cuja primeira diretriz para este sistema é a descentralização (BRASIL, 2002, p. 41).

Essa regionalização e a hierarquização dos serviços instituída pela Constituição, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços implica em uma base territorial para o sistema de saúde, que tem que se levar em conta não só a divisão político-administrativa do país, mas também a delimitação desses espaços territoriais para a ordenação das ações de saúde, subdivisões ou aglomerações do espaço político-administrativo. A hierarquização dos serviços, se reporta a possibilidade de organização das sociedades segundo o grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que interliga às unidades mais simples, às mais complexas, por meio de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações (TEIXEIRA, 2006).

A Lei 8.080 em seu art. 1º regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou Privado. A responsabilidade pela saúde ficou a cargo da União, dos Estados e dos Municípios conjuntamente, cabendo aos municípios a gestão sobre os sistemas municipais de saúde. A descentralização, a integralidade e a universalidade, representam o processo de consolidação de conquistas do direito à saúde como uma questão de cidadania (BRASIL, 1990).

Na década de 1990, a organização da atenção à saúde no Brasil teve um processo acelerado de inovações seguidas pela descentralização promovida pelo SUS. Nesse período, houve um amplo programa de estabilização econômica, o que possibilitou importantes reformas constitucionais e estabelecimentos de limitações fiscais aos entes subnacionais, que

culminou com o fortalecimento dos municípios no sistema político nacional, os quais foram transformados em entes federativos com o mesmo *status* jurídico-constitucional dos Estados e da União e são igualmente responsáveis por grande parte das políticas públicas, definidas como competências comuns as três unidades da Federação (RIBEIRO; COSTA, 2000).

De acordo com esses autores, essas inovações têm se voltado para inúmeras ações quais sejam: contratação de pessoal, provimento de incentivos para fixar especialistas, bem como, inovações gerenciais caracterizadas por ganhos em autonomia e reordenamento das ofertas de serviços. O marco dessas ações foi à ênfase nos municípios como agente e protagonista dessas mudanças. Apesar das gestões municipais mostrarem capacidade inovadora e de resposta a demandas sociais, observou-se, porém, baixa capacidade de governo, em especial, nos pequenos municípios.

Segundo Ribeiro e Costa (2000), essa situação tem sido enfrentada pelo governo de duas formas: pela iniciativa do Ministério da Saúde e de diversas Secretarias Estaduais de Saúde em recuperar a iniciativa política e a capacidade institucional frente aos municípios; e, iniciativas locais voltadas para a ampliação da capacidade de governo na área da saúde via políticas intersetoriais e de parcerias em escala regional. Essa forma de parceria regional se expressa pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde, que representam parcerias estabelecidas entre governos municipais de determinadas microrregiões que pactuam regras de financiamento de serviços e de acesso de clientela, com base em recurso dos municípios associados. Alguns governos estaduais têm dado sua contribuição com recursos técnicos e financeiros para fomentar essas parcerias locais, muito embora, haja casos em que estas secretarias competem ou tentam exercer maior controle sobre essa regionalização da atenção à saúde.

No entanto, problemas foram surgindo, dentre eles destacam-se as dificuldades de gestão eficaz, a propagação das responsabilidades pela saúde dos cidadãos, o aumento dos custos de administração do SUS, a incorporação de tecnologia de forma irracional, a imposição de barreira de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No intuito de superar esses problemas, instituiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/01), em 26 de janeiro de 2001, que se baseia no reconhecimento da regionalização em saúde, fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Vale destacar que o aprofundamento do processo de regionalização só foi possível em face dos avanços decorrentes do intenso processo prévio de descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96, que possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmou a sua responsabilidade sanitária. Além disso, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde.

A partir de 2006 foram lançados os Pactos pela Saúde com uma nova concepção de regionalização, levando em conta a diversidade do território brasileiro, buscando o fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e na diversidade econômica, cultural e social para a redifinição das regiões de saúde. A regionalização na saúde é um princípio norteador da organização político-territorial do SUS, é uma ferramenta operacional importante da descentralização, pois, ela envolve a transferência do poder de decisão, de gestão de prestadores e de recursos financeiros, para estados e para municípios que antes eram todos concentrados na instância federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Por meio da Portaria GM nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, institui-se a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS, a ser implantada 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Freitas (2008) afirma que o processo de Regulação começou com a atenção ambulatorial, ou seja, com consultas e exames. Os municípios executantes disponibilizam a quantidade de vagas ofertadas por dia para os municípios solicitantes, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A regulação assistencial deve estar articulada ao processo de avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação dos recursos (detalhadamente especificada pela programação da assistência por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI), além da interface com as ações de controle e avaliação. Para a NOAS, o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar na avaliação da organização e do funcionamento dos sistemas, na relação com os prestadores de serviços (conhecimento da estrutura, profissionais e serviços destes, contratação segundo objetivos definidos e respostas às necessidades assistenciais, autorização prévia de procedimentos, etc.), na avaliação da qualidade dos serviços produzidos, da satisfação do usuário, dos resultados e impactos sobre a saúde da população (BRASIL, 2002).

Segundo a mesma fonte, com o surgimento do SISREG, o Sistema Único de Saúde procurava evitar práticas antigas no acesso aos serviços públicos, tais como: o preenchimento de vagas hospitalares independentemente da gravidade do paciente, a reserva de leitos baseada na influência pessoal dos profissionais de saúde, as recusas sistemáticas de pacientes do SUS por estabelecimentos de saúde, a sobrecarga e comprometimento do orçamento dos municípios de referência devido ao recebimento desordenado de pacientes de outros municípios, a ineficiência do sistema de marcação de consultas, a sobrecarga dos prontos-socorros por inadequação do sistema e o modo assistemático do encaminhamento dos pacientes.

Na tentativa de solucionar os problemas citados acima surgiu o SISREG, que se caracteriza por “um sistema de informações *online*, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É um programa que funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à *Internet*. O SISREG é composto por dois módulos independentes, a Central de Marcação de Consultas e a Central de Internação Hospitalar. “Para execução do sistema, foi desenvolvido o Portal SISREG, que é um espaço *online* para apoio à implantação das Centrais de Regulação, desenvolvido pelo Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP” (BRASIL, 2002).

Segundo a mesma fonte, o referido portal é, portanto, “uma ferramenta de capacitação dos recursos humanos das secretarias de saúde e estabelecimentos que fazem parte da Central de Regulação”, cujos usuários são, por um lado, “os profissionais” das secretarias municipais e estaduais de saúde, e de outro, por profissionais das unidades de saúde.

A necessidade da obtenção de dados acurados que norteiam as ações de planejamento em saúde e disponibilizem um atendimento de qualidade ao usuário ainda é um desafio. Assim, a área de saúde não pode ficar à margem dos avanços e mudanças de paradigmas, que têm caracterizado a Sociedade da Informação e a Nova Economia, uma vez que uma de suas particularidades consiste, justamente, na geração e utilização extremamente intensivas de dados e de informação em todas as suas atividades (ALBERTIN; MOURA, 2005).

Considerando-se que a população e suas representações, em âmbito nacional, regional e local, com suas particularidades, constituem o ponto de partida dos processos de interlocução institucional, destaca-se a necessidade de avaliar o atendimento, a partir da visão dessa população que compõe o universo da instituição hospitalar (CASTELLS, 1999; MURAKAMI, 2003).

A prestação de serviços de saúde pode ser vista como uma das variáveis que interfere nas condições de saúde de uma população. Há uma estreita correlação entre ambos, o que nos leva a associar que a garantia do acesso a serviços com qualidade pode influenciar nos resultados ou nos indicadores de saúde de uma determinada população (BRASIL, 2011).

Vilarins (2010) afirma que a demanda é superior à oferta dos serviços e é preciso estabelecer critérios que tornem a fila de espera equânime e, para isso, o estabelecimento de protocolos é a melhor solução embora não a mais fácil.

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, e a relação entre esses serviços. Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas, internações, procedimentos/exames, realizados por um profissional de saúde, sendo observado, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar alternativa assistencial mais adequada a cada caso (VILARINS, 2010).

Um longo tempo de espera pelo atendimento médico, pode levar a formação de fila, gerar insatisfação no paciente e até influenciar o tratamento médico. Kloetzel *et al.* (1998), comentou que há uma estreita correlação entre satisfação e adesão ao tratamento.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização-PDR, o Estado de Mato Grosso do Sul diante de todo esse processo, cumprindo seu dever constitucional, foi o primeiro estado a celebrar o Pacto pela Saúde com 100% dos seus municípios em abril de 2007. Sua regionalização deu-se da seguinte forma: 4 macrorregiões: Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas e 11 microrregiões: Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Navirai, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, conforme figura 1.

Figura 1 – Plano Diretor de Regionalização



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde. ( 2012)

O SISREG, como informa Rezende (2005), é o grande responsável pela melhora das marcações de consultas e exames. O sistema de informações *online*, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação, é disponibilizado pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde – DATASUS e tem conseguido melhorar o acesso aos serviços de saúde, embora de forma gradual e com alguns entraves.

Os Sistemas de Informação em Saúde - SIS, segundo Mota (2003), representam um conjunto de componentes, integrados e articulados, que permitem a obtenção e a seleção de dados, bem como a sua transformação em informação.

A informação pode ser entendida, de acordo com Rezende (2007), como dado com valor significativo atribuído ou agregado a ele, ou seja: a padronização e a integração entre os sistemas agregam valor ao dado coletado e este processo gera informação, que, por sua vez, gera conhecimento.

Sendo assim, compreende-se, então, que à medida que se sedimenta uma informação, qualquer atividade pode ser elaborada com um custo menor, menos recursos, em tempo reduzido e com melhores resultados (REZENDE; ABREU, 2001).

É importante considerar que cada organização, pública ou privada, possui um público-alvo, comumente denominado usuário/cliente, para o qual atua produzindo bens ou serviços sendo que, o recurso administrado, em ambos os casos, é a informação. Dessa maneira, os governantes não devem deixar de assimilar que a organização pública não sobrevive sem o trato integrado de informações, devido às exigências da sociedade. Segundo Pfleeger (2004), os principais fluxos de informação e as necessidades de integração de bancos de dados dos diversos segmentos e níveis hierárquicos, são preocupações que o corpo gestor não deve entender como distinto, mas, sim, como um conjunto de setores dependentes e compartilhando a mesma informação.

Devido à necessidade de utilização de informações de forma rápida e eficiente, os profissionais da tecnologia preocuparam-se em suprir esse mercado. Assim, surgiram inúmeros sistemas de comunicação eletrônicos, interdependentes, associados e dissociados, tais como, televisão, caixa postal de voz, *Internet*, que propicia a comunicação *online*, correio eletrônico, e muitos outros. Castells (1999, p. 354), afirma que cada novo sistema eletrônico de comunicação que surge “caracterizado pelo seu alcance global, interação de todos os meios de comunicação e interatividade potencial, está mudando e mudará para sempre nossa cultura”.

### **3 HISTÓRICO DO NÚCLEO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-NHU**

O Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” foi construído entre os anos de 1970 e 1971, visando oferecer suporte ao curso de Medicina da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT). No entanto foi fechado após sua inauguração em virtude da falta de recursos financeiros, equipamentos e pessoal.

Com a divisão do Estado de Mato Grosso, foi concretizada a federalização da instituição, que passou a denominar-se Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio da Lei Federal nº 6.674, de 5 de julho de 1979.

O Núcleo de Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – NHU/FUFMS, foi reaberto e colocado em operação em 3 de abril de 1975. Foi criado com o objetivo fundamental de ser um hospital de ensino, voltado para a formação de recursos humanos na área de saúde, como campo prático para o curso de graduação em Medicina e, posteriormente, para a pós-graduação, extensão e pesquisa, como núcleo vinculado à FUFMS.

Iniciou suas atividades com 40 (quarenta) leitos para dar suporte às atividades do curso de medicina da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT), atendendo, sobretudo, à população campo-grandense naquela época com cerca de 150.000 habitantes.

O Núcleo de Hospital Universitário teve avanços significativos, após a divisão do Estado e a transformação de Campo Grande na capital da recém-criada unidade da federação (em 11.10.77) e federalização da universidade (Lei 6.674, de 05.07.79). Incorporou novas tecnologias, transformando-se num complexo hospitalar e centro de referência estadual para doenças infectocontagiosas e parasitárias e procedimentos de alta complexidade (cuidados intensivos neonatais, hemodiálise, cirurgia cardiovascular, etc.).

Ocupa uma área total de 35.350 m<sup>2</sup> com 28.300 m<sup>2</sup> de área construída, englobando leitos, ambulatórios de especialidades, centro cirúrgico, centro obstétrico, CTI adulto, CTI pediátrico, UTI neonatal, Unidade coronariana (UCO), pronto atendimento médico (PAM), diagnóstico por imagem (hemodinâmica, tomografia computadorizada, ultrassonografia), serviço de radiologia, banco de leite materno, hemonúcleo e hemodiálise. É referência para atendimento de alta complexidade no tratamento de pacientes com HIV, TRS e em diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise, neurologia, gestação de alto risco, urologia, e tratamento com tomografia e litotripsia, ao Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul, além de desenvolver atividades de pesquisa, extensão e servir de campo de estágio para os

diversos cursos na área da saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, 2010).

Trata-se de um Hospital Geral de referência terciária com assistência em todas as especialidades médicas. Encontra-se atualmente com 256 leitos ativos, entre os quais 30 leitos de Tratamento Intensivo.

O Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010 da Presidência da República que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários – REHUF e dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre o MEC e o Ministério da Saúde, veio para disciplinar o regime de pactuação global, proporcionando o planejamento de metas a serem alcançadas pela atual gestão do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian.

Nesse contexto, o Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Hospital Escola de natureza Pública Federal vinculada ao Ministério da Educação, em decorrência da inexistência de uma rede hospitalar própria do Município, há muito vem sofrendo o impacto de ter que corresponder com estrutura física, material e de recursos humanos para atender prioritariamente às demandas do Sistema Único de Saúde. Ocorre, porém, que a conciliação de objetivos simultâneos educacionais e assistenciais exige uma reestruturação física, possibilitando assim, acomodar ensino e assistência em padrões de excelência que se espera de um modelo acadêmico.

A partir da contratualização e regulação de consultas, o ambulatório limita o atendimento de atenção básica e dedica-se em quase sua totalidade para os atendimentos especializados.

Além dessa reestruturação física, os hospitais também precisam investir em tecnologias para agilizar os processos e suprir as demandas. Em 2008 foi implantado o Sistema Nacional de Regulação – SISREG no NHU, e ao longo dos anos vem tendo melhorias em suas funcionalidades, porém com muitos gargalos e entraves a serem melhorados.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Avaliar o uso do Sistema Nacional de Regulação - SISREG no hospital escola quanto ao acesso, tempo e resolutividade, na perspectiva de profissionais e usuários.

### **4.2 Objetivos específicos**

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar se houve ampliação e universalização do acesso;
- b) analisar se o tempo de agendamento e do atendimento para consulta satisfaz a necessidade do usuário; e
- c) constatar se está tendo resolutividade em relação à saúde do paciente.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de pesquisa, local e período da pesquisa**

Trata-se de um estudo avaliativo realizado nos Ambulatórios Geral e de Pediatria do Núcleo de Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

As entrevistas foram realizadas de abril a junho de 2014, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino. A coleta de dados foi realizada por conveniência até a saturação e repetição das informações dadas pelos usuários.

### **5.2 Sujeitos da pesquisa**

A população da pesquisa foi constituída por:

- a) pacientes adultos usuários do Ambulatório Geral;
- b) mães de crianças e adolescentes usuários do Ambulatório de Pediatria; e
- c) médicos docentes, médicos administrativos e técnicos administrativos, que trabalham com o Sistema de Regulação no NHU.

A pesquisa junto aos usuários foi realizada de forma aleatória após as consultas. Foram entrevistados 174 pessoas que de alguma forma utilizam o SISREG no Hospital Universitário.

### **5.3 Processos de obtenção do conhecimento livre e esclarecido**

Antecedendo a realização da pesquisa, todos os participantes convidados e que aceitaram ser incluídos foram esclarecidos quanto aos objetivos, à metodologia empregada, a inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em linguagem acessível à clientela.

Concluído o processo de obtenção do TCLE, foi iniciada a coleta individual dos dados, utilizando-se os instrumentos específicos para cada grupo de participantes.

#### **5.4 Critérios de exclusão**

Foram excluídos: população indígena e quilombolas porque necessitariam de autorização especial dos órgãos responsáveis.

#### **5.5 Procedimentos para coleta de dados**

Foram elaborados questionários em quatro versões, de interesse para o alcance do objetivo e foram aplicados em: usuários, médicos administrativos, médicos docente e técnicos administrativos.

Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora nos meses de abril a julho de 2014 conforme cronograma de desenvolvimento da pesquisa.

Os instrumentos foram submetidos a pré-teste nos Ambulatórios do NHU, com médicos, técnicos e usuários e foram considerados adequados para o alcance dos objetivos estabelecidos.

#### **5.6 A organização e a análise dos dados**

Inicialmente foram analisados os questionários quanto à percepção dos profissionais da saúde e, posteriormente, na percepção dos usuários. Os questionários aplicados às categorias permitiram observar as variáveis: acesso, tempo e resolutividade que neste estudo foram definidos como:

- a) acesso – entrada, ato de ingressar (HOUAISS, 2001). A concepção de acesso utilizada na saúde é mais abrangente do que o ato de ingressar, mas incorpora também a etapa da utilização dos serviços de saúde. Ou seja, além da entrada, incorpora o recebimento dos cuidados subsequentes (ALVES, 2010).
- b) tempo - Quantidade de tempo transcorrido entre dois eventos sucessivos e tomados em consideração, abstraída a marcação cronológica. Essa variável é medida em número de horas, dias, semanas, meses ou anos. Neste trabalho será utilizado o termo “tempo de espera”, que significa o espaço transcorrido desde a chegada do paciente nas Unidades Básicas de Saúde para solicitação de agendamento até o dia da consulta e o tempo de espera no que se refere desde à chegada ao NHU, até o momento em que é chamado pelo médico para dar início a sua consulta.

- c) resolutividade - Segundo Turrini, Lebrão e Cesar (2008), é uma maneira de avaliação dos serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. A resolutividade dos serviços no modelo hierarquizado por níveis de atenção pode ser avaliada por dois aspectos: o primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado e o segundo, dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até à solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde.

A partir dos dados coletados nos questionários, foram feitas as análises e apresentadas em tabelas.

### **5.7 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo de nº 625.730 (Anexo).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Perspectiva de profissionais

Participaram da pesquisa 26 médicos administrativos, 12 médicos docentes e 12 técnicos administrativos que trabalham com o Sistema de Regulação no NHU.

Tabela 1 – Características dos profissionais entrevistados no NHU, Campo Grande, MS

Variáveis		Médico Docente		Médico Adm.		Técnico Adm.	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	F	3	25,0	9	34,6	10	<b>83,3</b>
	M	9	<b>75,0</b>	17	<b>65,4</b>	2	16,7
Trabalha no Sisreg desde implantação?	Não	4	33,3	10	38,5	4	33,3
	Sim	8	<b>66,7</b>	16	61,5	8	<b>66,7</b>

A média de idade entre os médicos é de 43 anos, e, entre os técnicos administrativos, 32 anos. Há predomínio do sexo masculino na categoria médica, quanto aos técnicos há predominância do sexo feminino. Dos profissionais entrevistadas, a maioria trabalha com o SISREG desde sua implantação.

Na tabela 2, são apresentados os resultados do SISREG no NHU, na avaliação dos médicos administrativos segundo as variáveis acesso, tempo e resolutividade.

Tabela 2 – Avaliação do SISREG por médicos administrativos segundo acesso, tempo e resolatividade, Núcleo de Hospital Universitário, Campo Grande, MS. (n=26)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Acesso</b>		
Mudanças observadas após SISREG:		
Facilitou sua forma de trabalhar	7	27,0
Aumentou demanda	3	11,5
Melhorou a relação médico/paciente	1	3,8
Permitiu muitas reclamações do usuário quanto à demora no agendamento	22	84,6
Facilitou para o paciente essa forma de agendamento	7	27,0
O que mudou com o SISREG em relação ao agendamento		
Ampliou o nº de especialidades	7	27,0
Houve abrangência do público alvo dentro do município	6	27,3
Aumentou o nº de usuários de outros municípios do estado	10	38,5
Para sua especialidade, especificamente, ampliou o acesso	7	27,0
<b>Tempo</b>		
Tempo de marcação de consulta em conformidade com as necessidades do usuário		
Sim	5	19,2
Não	21	80,8
Prazo de retorno adequado a solicitação médica		
Sim	9	34,6
Não	17	65,4
<b>Resolutividade</b>		
Índice de absenteísmo alto nas consultas		
Sim	11	42,3
Não	15	57,7
Encaminhamentos para continuidade no tratamento foram adequados Conforme solicitação médica		
Sim	16	61,5
Não	10	38,5
Mudanças percebidas no ensino após implantação do SISREG		
Sim	9	34,6
Não	17	65,4

Quanto ao acesso, 84,6% dos médicos administrativos afirmaram que após a implantação do SISREG, essa forma de agendamento eletrônico permitiu muitas reclamações.

Os médicos administrativos 38,5% afirmaram que aumentou o número de usuários de outros municípios. 27,3% concordam que houve abrangência do público alvo, 27% apontaram que ampliou o número de especialidades e 27% disseram que para sua especialidade, especificamente, ampliou o acesso.

Com relação ao tempo entre o agendamento e a consulta, 80,8% afirmaram que o tempo de espera entre agendamento e consulta não atende as necessidades do usuário.

Quanto ao prazo para retorno dos pacientes, 65,4% opinaram que a Central de Regulação não respeitou o prazo estabelecido por eles.

No que se refere ao absenteísmo, 57,7% opinaram que o índice nas consultas não é alto.

Dos médicos administrativos, 61,5% asseguraram que os encaminhamentos foram atendidos em conformidade com solicitação médica.

No que se refere às mudanças após o SISREG, 34,6% dos médicos administrativos apontaram que para o ensino essa implantação do sistema fez diferença de forma positiva e 30,8% opinaram que fez diferença de forma negativa. Outros 34,6% não observaram qualquer mudança.

Foi apontado também que o acompanhamento das enfermidades pelos alunos da residência ficou aquém do desejado. Houve perda do vínculo médico/paciente; dificuldade da permuta de subespecialidades; a interferência externa nas agendas com os docentes e exames especializados; demora de meses para a realização dos exames; dificuldade do diagnóstico, comprometendo a saúde do paciente; piora na seleção de casos diferentes e na programação de retornos mais frequentes para o estudo das doenças mais complicadas (apêndice B).

Os médicos administrativos afirmaram que por ser o NHU um hospital escola, a implantação do SISREG trouxe prejuízo para o ensino, por uma série de fatores, tais como; dificuldade para o encaminhamento de casos raros em tempo hábil; aumento da burocracia e do tempo gasto com justificativas, piora do agendamento de casos de interesse acadêmico e do controle de agendas para aulas; perda na qualidade dos serviços devido ao grande número de pacientes agendados para atendimento por período (apêndice B).

Na tabela 3, são apresentados os resultados do SISREG no NHU, na avaliação dos médicos docentes segundo as variáveis acesso, tempo e resolutividade.

Tabela 3 – Avaliação do SISREG por médicos docentes segundo acesso, tempo e resolutividade, Núcleo de Hospital Universitário, Campo Grande, MS. (n=12)

VARIÁVEIS	Nº	%
<b>Acesso</b>		
Mudanças observadas após o SISREG:		
Facilitou sua forma de trabalhar	3	25,0
Aumentou demanda	-	-
Melhorou a relação médico/paciente	-	-
Permitiu muitas reclamações do usuário quanto a demora no agendamento	8	66,7
Facilitou para o paciente essa forma de agendamento	4	33,3
Forma de agendamento eletrônico em relação ao anterior:		
Melhorou	3	25,0
Permaneceu como estava	1	8,3
Ficou Regular	6	50,0
Piorou	2	16,7
<b>Tempo</b>		
Tempo de marcação de consulta em conformidade com as necessidades do usuário		
Sim	3	25,0
Não	9	75,0
Prazo de retorno adequado ao solicitado pelo médico		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
<b>Resolutividade</b>		
Índice de absenteísmo alto nas consultas		
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Encaminhamentos para continuidade no tratamento foram adequados conforme solicitação médica		
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Para o ensino fez diferença essa implantação do SISREG?		
Sim	4	33,3
Não	8	66,7

No que se refere ao acesso, as mudanças ocorridas com a implantação do SISREG, 66,7%, dos médicos docentes afirmaram que permitiu muitas reclamações pelos usuários.

Dos médicos docentes, 50% apontaram que essa forma de agendamento ficou regular em relação à anterior. Quanto ao tempo de agendamento para consulta pelo SISREG, 75% disseram que não atende a necessidade do cidadão.

Os médicos docentes, 58,3%, disseram que o prazo estabelecido para retorno não foi respeitado pela Central de Regulação.

No que se refere ao absenteísmo, 50% afirmaram que é alto o índice nas consultas.

Dos médicos docentes, 50% concordaram que os encaminhamentos para continuidade no tratamento foram feitos em conformidade com sua solicitação.

Com relação a essa forma de agendamento, 66,7% dos médicos docentes, afirmaram que essa implantação do SISREG fez diferença de forma negativa.

Na tabela 4, são apresentados os resultados do SISREG no NHU, na avaliação dos técnicos administrativos segundo as variáveis acesso, tempo e resolutividade

Tabela 4 – Avaliação do SISREG por técnicos administrativos segundo acesso, tempo e resolutividade, Núcleo de Hospital Universitário, Campo Grande, MS. (n= 12)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Acesso</b>		
Mudanças observadas após o SISREG:		
Facilitou sua forma de trabalhar	3	25,0
Aumentou demanda	1	8,3
Melhorou a relação com o público no atendimento para consultas	2	16,6
Permitiu muitas reclamações do usuário quanto à demora no agendamento	1	8,3
Facilitou para o paciente essa forma de agendamento	3	25,0
Fatores que dificultam o atendimento da solicitação pelo SISREG		
Sim	11	91,7
Não	1	8,3
<b>Tempo</b>		
Tempo de marcação de consulta em conformidade com a necessidade do usuário		
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
<b>Resolutividade</b>		
Índice de absenteísmo		4,0
Existe forma de preencher essa vaga com outro paciente?		
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
A que você atribui essa falta:		
Esquecimento	4	33,3
Longo tempo de espera pela consulta	8	66,7
Resolvem seu problema de saúde com o farmacêutico	-	
Resolvem com remédios caseiros	-	
Encaminhamentos para continuidade no tratamento foram adequados conforme solicitação médica		
Sim	12	100

Os técnico administrativos 91,7% afirmaram que houve fatores que dificultaram o atendimento pelo SISREG, apontaram aspectos negativos após a implantação do SISREG, tais como: pouca antecedência no aviso da consulta; pacientes que necessitavam de atendimento rápido vão para a fila de espera no sistema; falta de orientação adequada aos pacientes pelas unidades de origem; cartão do SUS nem sempre funciona quando acionado e os protocolos de acesso são rigorosos, o que impede o paciente de sair do hospital com a data de retorno já marcada, porque são os médicos reguladores que analisam cada caso e distribuem conforme seu critério de gravidade.

Quanto ao tempo de agendamento para consulta, 91,7% disseram que esse tempo não atende a necessidade do cidadão.

Eles afirmaram também, que o contato com a Central de Regulação para solicitar consulta demora em média de dez a 15 minutos. O problema é o tempo que o paciente espera para o agendamento da sua consulta.

No que se refere à resolutividade, o percentual de faltosos gira em torno de 4% e 66,7% atribuem essa falta ao longo tempo de espera pela consulta.

Quanto aos encaminhamentos para continuidade no tratamento, 100% dos técnicos afirmaram que os encaminhamentos são atendidos conforme solicitação médica.

## 6.2 Perspectivas de usuários

Tabela 5 – Característica demográfica e socioeconômico dos usuários no NHU, Campo Grande, MS

<b>VARIÁVEIS</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>			
	Feminino	82	66,1
	Masculino	42	33,9
<b>Escolaridade</b>			
	Sem escolaridade	8	6,4
	Fundamental incompleto	54	43,5
	Fundamental completo	16	12,9
	Médio incompleto	16	12,9
	Médio completo	22	17,7
	Superior incompleto	6	4,2
	Superior completo	2	1,6
<b>Usuários que trabalham</b>			
	Não	74	59,7
	Sim	50	40,3

Dos 124 usuários entrevistados, a média de idade dos pacientes é de 47,3 anos. A renda familiar gira em torno de aproximadamente R\$ 1.149,79 e o número de pessoas que dependem dessa renda em média, é de 3 pessoas por família.

Dos entrevistados, 66,1%, são do sexo feminino, ou seja, a proporção de usuários do sexo feminino que procuram atendimento nas unidades de saúde é superior ao do sexo masculino.

Quanto à escolaridade, 43,5%, tem ensino fundamental incompleto.

Uma informação que chama a atenção é que 59,7% dos usuários que utilizam os serviços do SISREG no NHU são pessoas que não trabalham.

Na tabela 6, são apresentados os resultados do SISREG no NHU, na avaliação dos usuários segundo as variáveis acesso, tempo e resolutividade

Tabela 6 – Avaliação do SISREG por usuários segundo acesso, tempo e resolutividade, Núcleo de Hospital Universitário, Campo Grande, MS. (n= 124)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Acesso</b>		
Tipos de transportes utilizados:		
Ônibus	39	31,5
Bicicleta	1	0,8
Moto	14	11,3
Carro	41	33,0
Carona	7	5,6
Transporte municipal	24	19,5
Como foi feito seu agendamento:		
Por telefone	18	14,5
Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)	97	78,2
Veio no NHU para agendar	5	4,0
Outros: Conseguiu com um amigo, marcou em outro hospital	4	3,3
Na sua opinião esse modo de agendamento:		
Muito bom	3	2,4
Bom	32	25,8
Ruim	38	30,6
Péssimo	51	41,2
<b>Tempo</b>		
Tempo de consulta foi suficiente para que você relatasse seu problema		
Sim	100	80,0
Não	26	20,0
Prazo de retorno está em conformidade com a solicitação do médico		
Sim	49	39,5
Não	47	37,9
<b>Resolutividade</b>		
Orientações recebidas acerca do dia, local e hora do agendamento		
Sim	84	67,7
Não	40	32,3
Como você avalia o atendimento do médico no NHU		
Bom	90	72,6
Regular	12	9,7
Ruim	9	7,2
Péssimo	13	10,5
A consulta resolveu seu problema de saúde		
Sim (Está resolvendo)	100	80,6
Não	24	19,4
Foram solicitados exames		
Sim	90	72,6
Não	34	27,4
Houve agendamento para seus exames		
Sim	33	26,6
Não	57	46,0
O médico solicitou seu retorno		
Sim	119	96,0
Não	5	4,0
O retorno foi para o mesmo médico que atendeu da primeira vez		
Sim	52	42,0
Não	6	5,0
Ao retornar gostaria que o atendimento fosse dado pelo mesmo médico		
Sim	58	46,7
Não	66	53,3

Quanto ao acesso, os meios de transportes que predominam são transporte municipal e ônibus que juntos somam 51%. Os usuários, 78,2% fizeram seu agendamento por intermédio das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Com relação ao agendamento pela Central de Regulação, 41,2% afirmaram que está péssima essa forma de agendamento.

Quanto ao tempo da consulta, 80,0% dos usuários afirmaram que foi suficiente para relatar todo seu problema. Os usuários, 39,5% disseram que o prazo de retorno não foi de acordo com a solicitação médica e 22,6% não opinaram.

Com base nos dados foi calculado estatisticamente que o tempo de espera para que os usuários agendassem sua consulta foi de aproximadamente 105,8 dias e o tempo de espera para que fossem realizadas as consultas no NHU foi de aproximadamente 3 horas.

Esse período de três meses para conseguir agendamento de consulta e, em determinadas especialidades, essa demora varia de um a três anos, precisa de uma solução urgente, porque compromete a saúde do cidadão e aumenta os custos com a saúde.

No que se refere a resolutividade, 67,7% dos usuários afirmaram que receberam informações acerca do local, dia e hora do agendamento.

Quanto a avaliação do atendimento no NHU, 72,6% afirmaram que o atendimento do médico foi bom. Dos 124 usuários entrevistados, 80,6% afirmaram que seu problema de saúde está sendo resolvido.

No NHU, a parcela de usuários que não gostou do atendimento porque não havia tido resolutividade da sua saúde, sentiram-se constrangimento no ato da consulta pelo atendido ter sido de forma coletiva; por falta de atenção dos médicos com o seu problema e pressa no atendimento; irritação e cansaço em alguns médicos – este último foi relacionado ao fato de ter muitos pacientes para serem atendidos. Estes usuários perceberam ainda relacionamento tenso entre professores e residentes e relataram descrédito na consulta, porque alguns atendimentos haviam sido realizados apenas pelos residentes, sem a presença do professor (Apêndice A).

Com relação as solicitações de exames, para 72,6% dos usuários foram solicitados exames. Quanto ao agendamento, 57,0%, não haviam conseguido agendar exames. Para 96% dos pacientes foi solicitado retorno para continuidade no tratamento.

Quando retornaram para a consulta, 42% conseguiram agendamento para o mesmo médico. Do total de usuários entrevistados, 46,7% gostariam que ao retornarem para consulta, fossem atendidos pelo mesmo médico da primeira consulta.

Para 53,3% dos usuários a consulta poderia ser para qualquer médico desde que conseguissem o agendamento rápido.

Para que a Central de Regulação cumpra seu papel como órgão regulador em todo esse processo que lhe é peculiar, não bastam apenas sistemas de informação, de normas e de protocolos, é necessária a interação entre gestores e prestadores, e o mais importante, necessita também das relações de usuários e as suas distintas demandas na identificação das necessidades.

Devido a esses problemas estruturais, o complexo regulador não atende as necessidades imediatas do cidadão o que faz com que a busca espontânea, assistemática e não regulada de serviços de saúde continue, pois, os pacientes são obrigados a se deslocarem para um serviço de saúde para tentar agendar sua consulta, exame ou cirurgia ambulatorial gerando demanda na porta das unidades, causando insatisfação e a sensação de absoluto desamparo diante do seu estado de fragilidade.

O período entre o agendamento e a consulta, quando prolongado, por vezes, leva o usuário a um sentimento de revolta. Essa situação cria desconforto tanto para os técnicos quanto para os profissionais da saúde que lidam com a população. Pode também, acarretar consequências graves para o usuário porque pode haver o agravamento do seu quadro de saúde bem como, para as instituições de saúde e hospitais com sérias implicações econômicas e sociais.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 Profissionais que atendem pelo SISREG no NHU

#### 7.1.1 Acesso

Para a maioria dos profissionais entrevistados, a Central de Regulação não está desempenhando seu papel como instrumento regulador do acesso no que tange à organização das agendas já que há grande demanda de usuários e demora de mais de três meses para a consulta.

Estudo feito por Schwartz *et al.* (2010), em uma USF de Resistência, bairro de São Pedro no município de Vitória/ES, aponta que a espera por consulta foi entre 1 e 3 meses dependendo da especialidade, o que corrobora com este estudo.

Em nosso estudo, o aumento das reclamações em relação ao tempo de agendamento da consulta após implantação do SISREG, segundo os profissionais, deve-se à falta de estrutura da Central para atender a demanda apesar de que essa forma de agendamento ficou mais cômoda para o usuário que não precisa enfrentar fila nas unidades de saúde evitando assim, conflitos nas unidades de atendimento.

Nesse sentido, a implantação da Central de Regulação para efetuar o agendamento eletrônico foi importante porque, de certa forma, minimizou uma série de problemas tanto para a administração das unidades, quanto para os profissionais da área de saúde quanto para os usuários.

Houve melhoria significativa na relação com o público na medida em que a Central de Regulação assumiu a responsabilidade pelas marcações das consultas.

Ficou constatado nesta pesquisa o aumento do número de usuários de outros municípios e também da capital, o que caracteriza ampliação da abrangência dos atendimentos que anteriormente, tinham maior concentração de moradores do entorno. Além disso, foram cadastradas no sistema novas especialidades, e em algumas especialidades foram detectadas aumento de pacientes, ou seja, mais usuários tiveram acesso ao SUS.

Nascimento e Nascimento (2005), afirmam que a Constituição Brasileira de 1988 e as leis 8.080 e 8.142 da saúde trouxeram em sua essência todo o ideário reformador com vista à construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), primordialmente, o acesso universal ao sistema permitindo que uma nova configuração nos serviços de saúde fosse possível ao

priorizar ações de caráter coletivo e preventivo, em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes.

Há divergência entre os profissionais médicos e os docentes quanto ao agendamento pelo SISREG. Essa divergência de opiniões retrata as particularidades de cada especialidade e de como elas interferem na avaliação da ampliação do acesso com esse novo modelo de agendamento. Para algumas especialidades, o SISREG representou um ganho de qualidade no desenvolvimento das atividades e ampliou o acesso e, para outros, caracterizou perda da qualidade dos serviços de forma geral.

Devido a esses problemas, os profissionais entendem que a Central de Regulação não tem estrutura suficiente para atender essa demanda, comprometendo assim, melhor acesso do cidadão aos serviços de saúde, prejudicando o fluxo no atendimento.

Unglert, Rosenburg e Junqueira (1997), entendem que o acesso engloba inúmeros fatores, que podem ser analisados sob diversas abordagens, que vão desde o modelo institucional de saúde à prática diária, à satisfação dos usuários, dos trabalhadores de saúde e às questões geográficas.

Assis, Villa e Nascimento (2003), afirmam que o acesso é focalizado ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas e, a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo. O acesso é definido não em função de uma oferta de serviços organizada e hierarquizada, e sim pelas necessidades estabelecidas pelos usuários.

Uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das Centrais de Regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais: obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações etc. Essas Centrais de Regulação fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial de forma equânime, de qualidade e em tempo oportuno (BRASIL, 2002).

Evangelista, Barreto e Guerra (2008), em estudo sobre a Central de Regulação de leitos do SUS na cidade de Belo Horizonte - MG, asseguram que essa Central mostrou-se importante porta de entrada para as internações de pacientes oriundos de outros municípios. Esses achados corroboram com esta pesquisa de que a Central de Regulação se caracterizou como a porta de entrada para acesso aos serviços, com o aumento de demanda de usuários de outros municípios para consultas de primeira vez.

Na pesquisa desenvolvida por Santiago *et al.* (2013), sobre qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife, constatou-se que, na percepção do usuário, melhorou a sua vinculação com a Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF), demonstrada por meio da alta procura quando a população apresentou problemas de saúde. O bom resultado evidencia também que a UESF é uma importante porta de entrada do sistema de saúde.

Porém nos estudos desenvolvidos no Estado de Pernambuco por Gouveia *et al.* (2011), sobre a satisfação dos usuários com a assistência de saúde, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde levou uma grande parcela da população a procurar os planos de saúde. Esses achados vão de encontro com este estudo onde houve alta procura pelos serviços públicos principalmente, no NHU e mais especificamente no Ambulatório de Pediatria onde constatou-se alto índice de satisfação com o atendimento.

No Ambulatório de Pediatria existe uma agenda interna para maior controle dos retornos, com isso, a população se sente mais protegida porque a dinâmica dos agendamentos flui de forma sistematizada e o paciente se sente acolhido no momento da sua fragilidade.

Em estudo desenvolvido por Travassos, Oliveira e Viacava (2006), sobre desigualdades geográficas e sociais no acesso, constatou-se que o acesso aos serviços de saúde no país é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e do local onde residem. Constataram também que no Brasil, as desigualdades sociais permaneceram presentes no período estudado, tanto para as crianças quanto para os adultos. Esses dados não corroboram com o nosso estudo em que houve abrangência do público no município sede, aumentou a demanda para especialidades específicas, tem alta satisfação com os serviços na pediatria e, ainda, houve aumento do acesso de pacientes dos municípios do Estado. O que podemos afirmar que mesmo sendo este estudo restrito ao Estado de Mato Grosso do Sul, e em particular em um hospital da região, houve melhora no acesso tanto para adultos quanto para crianças de diversas regiões do Estado.

Segundo Vilarins (2010), o processo de regulação do acesso pode constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo as instâncias de gestão (estadual, municipal e federal) regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde.

Vale ressaltar que a Regulação é um instrumento que serve como porta de entrada para que o cidadão tenha acesso aos serviços de saúde. Por isso, os gerenciamentos desses serviços devem ser sistematizados. A falta de gerenciamento congestionava o fluxo, gera insatisfação e desorganização no atendimento.

Os médicos reguladores por meio de informações clínicas fornecidas pelos serviços e profissionais das unidades básicas de saúde onde os pacientes são atendidos, disponibilizam vagas para o atendimento nos hospitais de média e alta complexidade, porém precisam ter o controle dessa agenda para fazer com que esse fluxo ocorra de forma satisfatória a todos os atores envolvidos no processo.

De acordo com Cavalcante (2003), este processo tem uma concepção flexível, pois pode permitir sua adequação às características municipais, respeitando, assim, as especificidades locais, ao mesmo tempo em que auxiliam decisões sobre macro-políticas regionais e intersetoriais. Trata-se de instrumento de gestão que aponta, de maneira coordenada, pontos de estrangulamento para a concretização do acesso às tecnologias de saúde existentes de modo mais igualitário e justo para a população.

#### 7.1.2 Tempo

Houve concordância entre os profissionais e usuários de que o tempo de marcação de consulta de aproximadamente 105 dias não atende à necessidade dos usuários.

Os profissionais médicos concordam que a resposta assistencial não está sendo feita nem com qualidade, nem em tempo oportuno, porque essa demora, em determinados casos, pode agravar o estado de saúde do paciente, além de exigir um tempo maior de dedicação do médico e custos mais altos para o hospital e conseqüentemente para o Sistema Único de Saúde.

Em estudo realizado por Bender, Molina e Mello (2010) sobre absenteísmo nos serviços de saúde, foi detectado que o elevado tempo de espera na obtenção da consulta especializada foi um importante fator que contribuiu para a ausência dos usuários nas consultas.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Schwartz *et al.* (2008), em que o tempo de espera para agendamento foi o grande dificultador e um desafio para organizar as demandas e os serviços. O tempo de espera foi de um a três meses, causando insatisfação e confusão no fluxo de atendimento, o que corrobora com este estudo.

Segundo os profissionais, quando o prazo estabelecido para retorno dos pacientes, não é respeitado pela Central de Regulação, causa conflito entre o que a Central oferece e o paciente precisa para a resolutividade de sua saúde.

O que ocorre, muitas vezes, é a burocratização das ações e procedimentos, sendo frequentemente perdida a noção das necessidades do cidadão, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formação de redes de atendimento (MARQUES; LIMA, 2007).

Foi constatado que o tempo para se fazer o contato com a Central de Regulação e solicitar o agendamento é relativamente rápido (em torno de dez minutos), porém isso não significa que a Central de Regulação fará o agendamento em tempo adequado ao usuário.

Fleury (2007), afirmam que isso diz respeito as formas como as relações sociais se processam, tendo a ver com as novas institucionalizações produzidas pelas políticas sociais, que trazem para as arenas públicas novos atores, novos espaços e processos de intermediação de interesses, que tendem a reconfigurar relações de poder, como é o caso dos usuários quando são portadores de informações de seus direitos.

### 7.1.3 Resolutividade

Dentre os princípios preconizada pelo SUS, está a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A resolutividade com eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, por meio da assistência integral resolutiva, contínua e de qualidade à população, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta (BRASIL, 1999).

Com a implantação do SUS, a grande maioria dos casos que antes eram atendidos nos hospitais e serviços de urgência, atualmente, estão sendo atendidos nas Unidades Básicas de Saúde. Os casos não resolvidos nas UBS é que são encaminhados para a atenção secundária ou para nível terciário (BRASIL, 2003).

Braga *et al.* (2013), em estudo realizado no município de Água Doce em SC, identificaram alta resolutividade na atenção primária, 97,24%, afirmaram que apenas 2,71% necessitaram de atendimento secundário.

Nesta pesquisa foi inferido que o índice de absenteísmo foi alto nas consultas (tabelas 2 e 3). Na resolutividade foi considerado absenteísmo em dois aspectos: primeiro, quando o paciente falta a consulta por ser avisado de última hora pela Central ou por esquecimento devido ao tempo de espera e a unidade de atendimento não tem como substituí-lo porque o controle do agendamento é feito pela Central de Regulação; e, o segundo aspecto é quando o paciente vai para a consulta, porém, o médico não tem o prontuário para atendê-lo então, esse paciente retorna para o sistema e vai para o final da fila.

Tanto em uma situação quanto em outra, passa novamente por todo o processo de agendamento pela Central de Regulação, isso demanda mais tempo de espera para que o paciente seja atendido o que pode acarretar o agravamento do seu quadro de saúde porque não teve continuidade no seu tratamento.

Resultados semelhantes foram achados no estudo de Bender, Molina e Mello (2010), em que o índice de absenteísmo foi alto o que corrobora com este estudo.

Segundo os médicos, possivelmente esse alto índice de absenteísmo apresentado na pesquisa se deve ao prazo muito longo entre o agendamento e a consulta, pela falta de punição aos faltosos, pelos questionamento dos médicos reguladores quanto às solicitações encaminhadas, pelo desencontro de informações, que faz com que os encaminhamentos sejam feitos para outros hospitais que não o de origem da primeira consulta onde está o prontuário, ou até pelo fato de o contato com o paciente ser feito de forma inadequada com pouca antecedência o que faz com que o usuário não tenha tempo hábil para se programar e ir à consulta.

Pelas informações do coordenador do SISREG no NHU, o paciente que falta a consulta vai para o final da fila de espera para fazer novo agendamento. Porém, é uma situação complexa para o sistema de saúde, esse problema do absenteísmo, há uma série de variáveis a serem analisadas.

Segundo Moskon e Kruges, (2010), o profissional de saúde nem sempre consegue perceber as inúmeras barreiras sociais que existem entre o momento em que o usuário sai de sua casa em busca de um serviço de saúde até o momento em que ele chega ao consultório para ser atendido. Esse conflito se apresenta tanto na resistência do profissional da atenção básica no instante que o usuário novamente retorna para agendar sua consulta, quanto no profissional de atenção secundária que o rotula como irresponsável, que não valoriza as oportunidades.

Quando falta um paciente na consulta, seja por qualquer um dos motivos acima citados, há uma repetição de todo o processo, o paciente retorna ao sistema para nova consulta, o que leva a mais um tempo de espera. Essa demora causa transtorno na vida do usuário que acaba buscando alternativas, como o setor privado, o clientelismo no serviço público e até a orientação de pessoas não qualificadas, o que pode comprometer ainda mais o seu estado de saúde, gerando assim, uma superlotação nos hospitais com internação ou atendimentos desnecessários, que poderiam não ter ocorrido, caso ele tivesse sido atendido em tempo oportuno.

Turrini, Lebrão e Cesar (2008), afirmam que os usuários entendem que a resolutividade da assistência está diretamente ligada com aquilo que eles reconhecem como sendo a solução para os seus problemas de saúde. Dessa forma, a resolutividade da assistência está associada à realização de encaminhamentos para atendimentos especializados.

Nesse contexto, a resolutividade é um elemento essencial para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois, usuários satisfeitos contribuem para a melhoria das ações de saúde, como a adesão a políticas preventivas e ao tratamento.

Quanto ao não atendimento da solicitação médica pela Central de Regulação, constata-se que há um protocolo a ser seguido pelas categorias médicas e esse critério em alguns casos não é respeitado pelo profissional solicitante gerando conflitos tanto na assistência quanto na organização dos serviços com relação ao que o paciente precisa e o que ele tem de fato.

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais pré-hospitalares e internações hospitalares de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, então é necessário que cada etapa do processo em cada unidade seja executada conforme estabelecida para que o fluxo desenvolva de forma a atender o cidadão (BRASIL, 2006).

Houve divergência de opinião entre técnicos e médicos com relação ao atendimento das solicitações pela Central de Regulação, (tabela 4). Essa discordância se deve ao fato de que o técnico apenas solicita *online* a consulta e a Central de Regulação é que define o período para retorno do paciente. Porém, nessa questão o médico tem melhores condições para avaliar se esse longo período entre a consulta e o retorno é adequado ao quadro clínico, porque durante a consulta tem a possibilidade de conversar com o paciente, de ouvir suas queixas, avaliar seu estado de saúde e estabelecer seu período de retorno para que o tratamento tenha o resultado desejado.

Porém, na Central de Regulação nem sempre os médicos reguladores respeitam esse prazo por uma série de questões como, por exemplo, o cumprimento de protocolos estabelecidos. Eles analisam os pedidos, porém em alguns casos não atende no prazo solicitado pelo profissional que trabalha na assistência causando uma série de problemas nessas relações reguladores/solicitantes.

Na maioria das vezes, esses problemas são gerados por preenchimento inadequado dos protocolos pelos médicos solicitantes, ou por delegarem essa função ao técnico administrativo que não entende da área acarretando uma série de entraves no sistema, seja porque eles não entendem a letra do médico, seja por descuido no preenchimento ou por falta de conhecimento.

Devido a toda essa problemática, essas solicitações ficam paradas no sistema porque os médicos reguladores não as liberam por falta de informação ou por informação inadequada. No final quem arca com as consequências é o usuário do sistema que fica em casa à espera do telefonema da Central, sem ter a menor ideia do que está acontecendo e o porquê da demora no seu agendamento.

Quando existe um grande número de pendência de consultas no sistema, o coordenador do SISREG no NHU tenta resolver a questão junto ao médico solicitante e também junto aos técnicos administrativos pedindo para que eles orientem os pacientes que liguem ou procurem sua unidade de origem para verificar o que está acontecendo. Não há, contudo, uma rotina de verificação. No mês de novembro de 2013 após uma rápida vistoria no sistema, foram detectadas 201 solicitações que haviam sido devolvidas ao NHU por preenchimento inadequado.

Faz-se necessário, um trabalho integrado entre coordenadores do SISREG, gestores, médicos reguladores e médicos prestadores de serviço, pois o trabalho em equipe, quando realizado com qualidade e eficiência, traz resultados mais satisfatórios para todos os envolvidos no processo, principalmente, os usuários.

A resposta de melhoria na saúde do paciente advém da continuidade do tratamento, porém na pesquisa, foi constatado que os usuários não conseguem marcar seu retorno no prazo determinado pelo médico, pois os entraves são frequentes no que tange aos protocolos estabelecidos e ao gerenciamento das agendas, gerando com isso, uma série de comprometimentos tanto para a saúde do usuário, quanto para o fluxo do sistema de forma geral.

No Ambulatório de Pediatria o fluxo funciona de forma diferente. Há um controle maior das agendas por parte dos médicos, que continuam com um agendamento interno justamente para não terem problemas de descontinuidade no tratamento e de absenteísmo, porque isso compromete o desenvolvimento do ensino. Pacientes que precisam de retorno imediato já saem com seu agendamento marcado. Nesse Ambulatório funciona também o atendimento de médicos voluntários em especialidades que não estão incluídas no SISREG e o controle dos retornos é feito internamente beneficiando tanto o usuário, quanto o ensino, porque existe uma continuidade no tratamento o que é ideal para o paciente e para o aprendizado dos alunos.

Há uma preocupação dos profissionais médicos tanto para assistência quanto para o ensino no que concerne essas mudanças e isso é compreensível na medida em que são responsáveis pela formação de profissionais que atuarão no mercado futuramente. A

necessidade de humanização da relação médico/paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade nos serviços de saúde e principalmente em um hospital de ensino.

É natural que a administração se preocupe com os procedimentos organizacionais e financeiros da instituição de saúde, mas só isso não basta se não há mudanças no modo como os profissionais da saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho que é a vida do cidadão que utiliza os serviços.

Bleich, Ozaltin e Murray (2009), afirmaram que serviços de saúde organizados, sistema de marcação de consultas eficientes geram boas expectativas em relação ao atendimento que será prestado.

Vaitsman (2005), infere que um aspecto importante e que gera expectativas bastante positivas é o bom tratamento por parte das atendentes e dos médicos responsáveis pelo tratamento do paciente.

Apesar de alguns profissionais apontarem que a mudança para o SISREG, foi positiva para especialidades específicas como a cirurgia geral, porque houve aumento de pacientes de outros municípios para consultas de primeira vez, e que possibilitou marcar pacientes para as subespecialidades e, ainda, permitiu o ensino dessas subespecialidades (apêndice C), ainda há grande preocupação com relação ao ensino.

Como o NHU é um hospital escola, este novo cenário após SISREG, apresenta uma situação paradoxal pois, ao mesmo tempo que é importante que o hospital atenda aos usuários do SUS, é preciso considerar as necessidades da formação médica com a escolha de agravos importantes para o ensino de conteúdos curriculares.

Um outro ponto levantado foi de que os médicos administrativos são obrigados a fazer adesão ao SISREG e isso tem gerado uma série de insatisfações com as condições oferecidas, que são questões fundamentais para a implementação das ações que permitam a consolidação das estratégias de regulação, como a adequada administração das agendas.

Diante de todos esses problemas, a maioria dos médicos docentes não fizeram adesão ao SISREG, uma vez que, não há obrigatoriedade para essa categoria.

Antes da implantação do SISREG, a relação médico/paciente era muito próxima porque os pacientes eram objeto de estudo dos alunos. Com esse agendamento eletrônico, se perdeu esse vínculo e os professores entendem que escolher as enfermidades a serem estudadas, enriquece muito mais o ensino. Por esse motivo há uma resistência dessa categoria em fazer adesão ao SISREG.

O NHU tem seu foco direcionado também ao ensino e isso faz com que essa relação docência/SISREG se torne conflituosa porque, de certa forma, os interesses são diferentes apesar da atividade fim ser a mesma: a resolutividade da saúde dos usuários.

## **7.2 Usuários do SISREG no NHU**

### **7.2.1 Acesso**

A participação da mulher indica a importância delas como usuárias do sistema de saúde e como protetora da sua saúde e da sua família.

Resultados semelhantes foram encontrados em vários estudos, porém, no estudo feito por Santiago *et al.*, em 2013, nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife, essa participação feminina foi bastante expressiva (91,1%).

Um outro estudo realizado na Catalunha evidenciou que mais da metade dos pacientes que procuraram os serviços de saúde eram mulheres (ALLER *et al.*, 2012).

Estudo realizado por Gouveia *et al.* (2011) em Pernambuco, coaduna com os achados nesta pesquisa de que, a participação do sexo feminino é predominante nos serviços de saúde, além de baixa escolaridade e de usuários não empregados.

Outro dado que chama a atenção neste estudo é que mais da metade dos usuários que utiliza os serviços do SUS no NHU são pessoas que não trabalham apesar da média de idade estar em uma faixa etária considerada produtiva.

No estudo foi constatado que grande parcela de usuários utilizam o transporte municipal o que corrobora com a opinião dos médicos de que aumentou o número de pacientes provenientes de cidades do interior do Estado para consulta de primeira vez, o que caracteriza ampliação do acesso para outras regiões do estado

Como para a maioria dos usuários, o acesso aos serviços de saúde se deu por meio das Unidades Básicas de Saúde, vale ressaltar que as UBS estão de certa forma cumprindo o seu papel de informar aos pacientes o funcionamento do agendamento, pela Central de Regulação, porém o problema é não ter previsão da data da consulta, apesar dos serviços serem regulados. Esta desorganização causa indignação ao paciente que necessita de atendimento médico, se encontra em estado de absoluta fragilidade e não consegue nem previsão de quando será atendido para resolver seu problema de saúde.

Essa indefinição de data para consulta pela Central de Regulação demonstra um planejamento inadequado do cronograma de agendamento. Possivelmente esta indefinição no agendamento pode ser um dos motivos do absenteísmo, pois não foi repassado ao paciente as informações em tempo hábil para que comparecesse à consulta, o que caracterizou uma barreira no acesso do usuário aos serviços de saúde.

Essa insatisfação com o tempo de espera entre agendamento e consulta, evidenciou dificuldades relacionadas à organização de agendamento eletrônico, prestado pela Central de Regulação, e à garantia de acesso a atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo, seja por falta de estrutura, seja por ineficiência no gerenciamento da unidade.

Em um estudo realizado por Silva (2011), em Olinda/PE, sobre a percepção do usuário com os serviços prestados na Atenção Primária, foi constatado que mais da metade dos pacientes avaliou como bom ou excelente essa forma de agendamento pela facilidade de acesso ao especialista o que não corrobora com esta pesquisa.

As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e diretrizes estabelecidos. Apesar da realidade brutal do acesso aos serviços de saúde, de acordo com necessidades socialmente determinadas, é possível construir a consciência cidadã, suplantar o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade, garantir o acesso universal e equitativo como construção social no atendimento às necessidades da população (ASSIS; JESUS, 2012).

### 7.2.2 Tempo

Neste estudo, o tempo de espera de três meses para que o usuário consiga efetivar sua consulta é contraditório com os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, e a garantia do acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral, preconizada pelo SUS.

Este estudo vai de encontro com a pesquisa feita sobre o acesso em um hospital de referência em Feira de Santana (BA) realizada por Assis, Vila e Nascimento (2003), onde os usuários tinham que chegar de madrugada para obter senha e enfrentar imensas filas nas unidades de saúde para agendar sua consulta porque o sistema de agendamento nesse município ainda não era regulado, porém o prazo estipulado para a realização da consulta era de apenas uma semana, bem diferente dos resultados encontrados neste estudo em que os serviços de saúde são regulados, os usuários não enfrentam fila para marcar sua consulta,

porém o prazo entre o agendamento e a efetivação da consulta ficou em torno de pouco mais de três meses.

Um outro aspecto que gerou grande insatisfação no usuário foi o tempo de espera para atendimento médico que foi de aproximadamente três horas após dar entrada no NHU.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gouveia *et al.* (2011), realizado no estado de Pernambuco, onde foi constatado que o tempo de espera nas unidades de saúde para que o paciente fosse atendido pelo médico foi motivo de grande insatisfação com os serviços.

Ferri *et al.* (2007), em estudo realizado em uma Unidade Básica e Distrital do Sumarezinho, que está sob responsabilidade técnica e administrativa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, constatou-se que o tempo de espera para atendimento foi motivo de insatisfação por parte de quem utiliza os serviços de saúde, e que corrobora com os achados deste estudo.

Em estudo conduzido por Lemme, Noronha e Resende (1991), sobre a satisfação dos usuários em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, constatou-se alta insatisfação com a demora no atendimento médico o que corrobora também com os achados deste estudo.

No estudo realizado por Bastos e Fasolo (2013), com moradores dos Distritos da Restinga e Extremo Sul da cidade de Porto Alegre/RS, o tempo de espera foi de aproximadamente uma hora, porém esse dado não esteve relacionado com a insatisfação e as autoras acreditam que a gentileza no agendamento e a qualidade do cuidado ofertado durante a consulta médica forem adequadas, na percepção do paciente, esses fatores podem contribuir para que o paciente não sinta insatisfeito com a demora no atendimento médico.

A observação feita pelos usuários de que a Central não agendou seu retorno dentro do prazo solicitado pelo médico, nos leva a uma reflexão se a Central está sendo porta de entrada do acesso ao cidadão.

No estudo realizado por Araújo (2003), houve insatisfação com o longo tempo de espera para atendimento, pontuando poucos profissionais para supervisão no funcionamento de triagem com entraves no atendimento, resultados semelhantes com este estudo.

Um longo tempo de espera pelo atendimento médico pode levar a formação de fila, gerar insatisfação no paciente e até influenciar o tratamento médico. Kloetzel *et al.* (1998) comentou que há uma estreita correlação entre satisfação e adesão ao tratamento.

### 7.2.3 Resolutividade

Há uma avaliação positiva quanto à qualidade do atendimento realizado pelos profissionais, embora estejam insatisfeitos com o tempo de espera para serem atendidos.

A elevada satisfação com o atendimento dos profissionais no NHU é um importante resultado para a estratégia dos serviços de saúde que tem no trabalho dos profissionais e na sua relação com a população o elemento essencial de sua comprovação na organização do sistema de saúde.

Resultados semelhantes foram encontrados por Santiago *et al.* (2013), o qual evidenciou que o trabalho dos profissionais foi o componente melhor avaliado pelos usuários, porém, o tempo de espera para atendimento e para resultado de exames apresentaram alta insatisfação.

No estudo realizado por Gouveia *et al.* (2009) os resultados quanto a resolutividade foram divergentes se comparados com este estudo, pois, as mulheres se mostraram muito insatisfeitas com o atendimento. Mas, nesta pesquisa a maioria delas acredita que seu problema está sendo resolvido.

Quanto ao agendamento dos exames solicitados e retorno para consultas alguns usuários conseguiram marcar para o NHU via Sisreg, outros tentariam pelo Sisreg em seus municípios e os demais que não conseguiram e também não havia previsão para agendamento o que causa grande insatisfação quanto a resolutividade do seu problema de saúde. Contudo, mais da metade dos usuários gostariam de retornar para o mesmo médico que atendeu na primeira consulta. Diante disso, podemos dizer que o atendimento do profissional foi satisfatório.

De acordo com Misoczky e Bordin (2004), toda avaliação é sempre uma avaliação da “qualidade” a satisfação resulta de juízos de diversos atributos, sendo a resolutividade da demanda um desses atributos.

Vaitsman *et al.* (2003) parte do princípio que as percepções se desenvolvem não só com base na experiência imediata das pessoas, mas como parte de todo um conjunto de representações e valores pré-existentes, mais ou menos consolidado, sobre o mundo social, incluindo as hierarquias e relações de poder na sociedade, que também se aplicam às relações que ocorrem nas organizações. Nesse contexto, as percepções dos usuários sobre os serviços de saúde se produzem como parte da articulação de pelo menos quatro dimensões: a subjetividade individual; a cultura da sociedade; a rede de relações instituídas ao longo da história e a situação em determinado contexto ou a experiência imediata vivida.

Trad e Bastos (1998), inferem que a satisfação dos usuários implica em um julgamento sobre as características dos serviços, portanto sobre sua qualidade. Dessa forma, a perspectiva do usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Accurcio *et al.* (1991) apud Esperidião e Trad (2005), a satisfação envolve algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação médico-paciente etc.

No caso do NHU, a parcela de usuários que não gostaram do atendimento porque além de não tido resolutividade da sua saúde, sentiram-se constrangimento no ato da consulta pelo atendido ter sido de forma coletiva; por falta de atenção dos médicos com o seu problema e pressa no atendimento; irritação e cansaço em alguns médicos – este último foi relacionado ao fato de ter muitos pacientes para serem atendidos. Estes usuários perceberam ainda relacionamento tenso entre professores e residentes e relataram descrédito na consulta, porque alguns atendimentos haviam sido realizados apenas pelos residentes, sem a presença do professor.

Embora o número de pacientes insatisfeitos com a resolutividade de seus problemas seja de 27,4%, o percentual é significativo, as observações feitas foram pertinentes e bastante pontuais a determinadas clínicas, portanto, elas devem ser levadas em consideração para que a direção do Hospital Universitário possa avaliar os serviços que são prestados no ambulatório geral a população e melhorar o atendimento.

Atkinson (1993) afirma que abordar a satisfação dos usuários implica fazer julgamento sobre as características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Dessa forma, a perspectiva dos usuários fornece informação essencial para melhorar a qualidade dos serviços.

Outro problema constatado na pesquisa é que a maioria dos usuários quando retorna para consulta quer ser atendida pelo mesmo profissional. Nesse momento, surgem as complicações para o sistema. Como os médicos atendem em vários hospitais, a Central de Regulação marca o retorno para o mesmo médico, porém em outro hospital, contudo, o prontuário daquele usuário está no hospital de origem. Essa consulta acaba não sendo efetuada porque o médico não tem em mãos o prontuário do paciente e não tem como atendê-lo, conseqüentemente, ele retorna ao sistema para marcar uma nova consulta e isso demanda mais tempo de espera, mais insatisfação do paciente e maior agravamento do seu quadro de saúde.

A nenhum profissional de saúde em particular, cabe a possibilidade de projeção e execução da totalidade das ações demandadas pelos usuários, embora permaneça mantida a centralidade do modelo médico de assistência, visto que ao profissional médico cabe a ação nuclear da definição diagnóstica e terapêutica, representando este, portanto, o principal mediador entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços (PEDUZZI, 1998, p. 48).

Neste estudo, constatou-se que o grau de satisfação elevado foi da população mais idosa. Em estudo realizado por Bastos e Fasolo (2013), os resultados foram semelhantes com relação a população idosa.

No que se refere ao grau de insatisfação entre a população mais jovem e com maior escolaridade encontrados neste estudo, corroboram com os achados de Santiago *et al.* (2013) na pesquisa realizada sobre a satisfação dos usuários no sistema de saúde brasileiro.

Dessa forma, é de grande relevância que esta análise da percepção dos usuários possa ser utilizada como um indicador na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde.

Considerando que a utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde e que um dos principais problemas para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (GOUVEIA *et al.*, 2011).

Segundo Gouveia *et al.* (2011), avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela poder intervir para que os serviços de saúde cumpram seus padrões mínimos de qualidade.

É necessário melhorar o fluxo e o relacionamento entre os atores envolvidos, buscar a integração entre as ações em saúde e propor instituir mudanças na perspectiva dos princípios norteadores de atendimento de média e alta complexidade e no fortalecimento do SUS, tomando o usuário como objeto central do processo de trabalho.

Talvez o cenário não tenha sido o mais adequado para a realização das entrevistas, porém foi o possível a ser realizado dentro da proposta apresentada.

Além disso, o olhar do usuário varia conforme sua expectativa em relação aos serviços. As opiniões com certeza não foram unânimes, mas trazem no bojo fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores políticos, econômicos e culturais, que influenciaram os resultados obtidos.

Para Araújo (2003) os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média das experiências passadas em situação de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.

Os depoimentos dos entrevistados corroboram com as observações da pesquisadora, confirmando que a legislação avançou muito nesses últimos anos, mas ainda continua a ser uma esperança de consolidação de uma prática social a ser alcançada.

## 8 CONCLUSÕES

Este estudo conseguiu avaliar a utilização do Sistema de Regulação - SISREG nos Ambulatórios Geral e de Pediatria do Núcleo de Hospital Universitário, na perspectiva de profissionais e usuários, baseados nos questionários que foram aplicados para observação das variáveis: acesso, tempo e resolutividade.

Quanto ao acesso identificou-se que houve ampliação dos serviços, tanto para Campo Grande, sede do hospital, quanto para outros municípios. Dentro do município de Campo Grande houve universalização no atendimento, apesar de a demanda ser superior à oferta dos serviços e haver muitos entraves. No que tange ao acesso, constatou-se que a Central de Regulação estabeleceu critérios que favoreceram o atendimento com a instauração de protocolos como uma solução para a prestação dos serviços especializados.

O tempo de espera para o agendamento que a Central de Regulação consegue estabelecer para as consultas está muito aquém do que a população necessita. Isso ficou evidente tanto na percepção dos usuários quanto dos profissionais de que esse longo período entre o agendamento e a consulta interfere na eficácia do trabalho dos profissionais, compromete a saúde do usuário e aumenta os custos no Sistema Único de Saúde.

O tempo de espera para o atendimento médico no NHU gerou insatisfação nos usuários que se sentem desrespeitados, pois chegam ao hospital antes do horário marcado e esperam de 3 a 4 horas para serem atendidos pelo médico.

A resolutividade está satisfazendo aos anseios da população que busca nos serviços de saúde a solução para seu problema, mesmo tendo um número significativo de usuários insatisfeitos com a não resolutividade de sua saúde.

Os resultados obtidos nesta pesquisa contribuirão para implementar mudanças na administração e gerenciamento do Sistema de Regulação - SISREG, para que o usuário do SUS possa ter realmente o seu direito de cidadania reconhecido.

## 9 RECOMENDAÇÕES

Diante dos achados obtidos na pesquisa, é possível sugerir tanto à direção do NHU quanto a gerência do SISREG que:

1. A implantação de prontuários eletrônicos o que resolveria em parte o problema de pacientes que são encaminhados para outros hospitais que não o de origem da primeira consulta, porque os médicos poderiam acessá-lo obtendo-se os dados necessários daquele usuário.
2. O preenchimento das solicitações pelo médico solicitante, conforme protocolo da Regulação em Saúde e não por outros profissionais, o que evitaria impacto nos agendamentos.
3. O conhecimento detalhado do funcionamento do SISREG pelos profissionais que trabalham com o sistema, a fim otimizar o fluxo da regulação.
4. Melhorar a relação entre médicos reguladores e médicos prestadores de serviço só trará benefícios aos serviços e ao usuário do sistema.
5. A integração entre os gestores e avaliação contínua de todo o processo que envolve a regulação.
6. A atualização periódica do sistema, pois a tecnologia é uma ferramenta importante a serviço da população, e necessita de adequação permanente.

## REFERÊNCIAS

- ACCURCIO, F. A.; CHERCHILIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 50-53, 1991;
- ALBERTIN, A. L.; MOURA, R. M. **Tecnologia da informação**. São Paulo: Atlas, 2005.
- ALVES, F. L. **Trajетórias de acesso da população aos serviços de alta complexidade no SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica**. 186f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- ALLER, M. B.; VARGAS I.; WAIBEL, S.; LASSALETТА, J. C.; PÉREZ, I. S.; LLOPART, J. R.; COLOMÉS, L.; FERRAN, M.; SUBIRITAS, I. G.; NAVARRETE, M. L. V. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. **Revista Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 3, p. 207-213, Sept. 2012
- ARAÚJO, I. C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. 126f. Dissertação (Mestrado em Odontologia), Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2003.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Universidade Federal de Feira de Santana-BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012
- ATKINSON, S. J., Anthropology in research on the quality of health services. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 283-299, 1993.
- BASTOS, G.A.N.; FASOLO, L. R., Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, supl. 1, p. 114-124, 2013.
- BENDER, A. S; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L.S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 11, n.2, p. 56-65, jun. 2010.
- BLEICH, S. N.; OZALTIN, E.; MURRAY, C.I.L. How does satisfaction with the health care system relate to patient experience? Bulletin of the World Health Organization; v. 87, p. 271-278, 2009
- BRAGA, D. C.; BORTOLINI, S. M.; PANAZOLO, C. A.; DEBARBA, L. V. B. Resolutividade da atenção básica no município de Água Doce. **Revista da Associação Catarinense de Medicina**, v. 42, n. 2, p. 74-74, abr./jun. 2013.

- BRASIL. Lei N. 6.674, de 5 de julho de 1979. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, de 6 de jul. 1979. Seção 1, p. 3.
- BRASIL. Lei N. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de dez. 1997. Seção 1, p. 29514.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1998)**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Regionalização da assistência à saúde**, aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a Gestão do SUS**. Brasília; CONASS, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL. Decreto N. 7.082 de 27 de janeiro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. Edição extra de 27 de jan. 2010. Seção 1, p.1.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília. CONASS, 2011.
- CASTELLS, M. **Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CAVALCANTE, M. T. L. **Cartão nacional de saúde e Central de Regulação de Ações de Saúde**: tendências nas tecnologias de informação em saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.
- ESPIRIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, supl, p. 303-312, set./dez. 2005.
- EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H.L. Central de Regulação de leito do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24 n. 14, p. 767-776, abr. 2008.
- FARIAS, S. F.; GURGEL JUNIOR, G. D.; COSTA, A. M.; BRITO, R. L.; BUARQUE, R. R. A Regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Supl.1, p. 1043-1053, 2011.
- FERRI, S.; PEREIRA, M.; MISHIMA, S.; CACCIA-BAVA, M.; ALMEIDA, M. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11 n. 23 p. 515-529, set./dez. 2007.

FLEURY, S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1422-1428, 2007.

FREITAS, J. E. **Integração entre o sistema da CIH e o padrão TISS**. 27f (Especialização em Regulação de Saúde Suplementar) realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa-IEP/Fundação Getúlio Vargas-FGV/Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, 2008.

GOUVEIA, G. C., SOUZA, W. V., LUNA, C. F., SOUZA JÚNIOR, P. R. B., SZWARCOWALD C. L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 281-296, set. 2009.

GOUVEIA, G. C., SOUZA, W. V., LUNA, C. F., SZWARCOWALD C. L., SOUZA JÚNIOR, P. R. B., Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1849-1861, 2011.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: a satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 623-628, jul./set. 1998.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em Hospital Universitário. **Revista Saúde Pública**, v. 25, Supl. 1, p.41-46, 1991.

MARQUES, C. Q.; LIMA, M. A. D. S., Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, supl. 1, p. 13-19, jan/fev. 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde –SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS/SISREG **Manual do operador solicitante - SISREG III**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. **Princípios da descentralização em saúde**, 2010. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm)> . Acesso em: 12 jul. 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Sisreg. **MS/DATASUS**, 2003-2011. Disponível em:  
<<http://www.portalsisreg.epm.br/sisreg.php>>. Acesso em: 5 Jul. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da Saúde. **Regulação de acesso**, 2013. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm)>.. Acesso em: 13 jul. 2013.

MOSCON, N., KRÜGER, T. R., O serviço social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, v.3 n. 2, p. 88-98, jul./dez. 2010.

MOTA, E. C. Sistemas de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Ed.). **Epidemiologia e Saúde**, 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

MURAKAMI, M. **Decisão estratégica de TI**: estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Administração)- Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade-USP, São Paulo: 2003.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multidisciplinar de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo, 1998.

PFLEEGER, S. L. **Engenharia de software**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

REZENDE, D. A. **Engenharia de software e sistemas de informações**. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

\_\_\_\_\_.Planejamento de informações públicas municipais: sistemas de informação e de conhecimento, informática e governo eletrônico integrados aos planejamentos das prefeituras e municípios. **Administração Pública**, v. 41, n. 3, p. 505-536, maio/jun. 2007.

REZENDE, D. A., ABREU, A. F. **Tecnologia da informação**: aplicada a sistemas de informação empresariais. São Paulo: Atlas, 2001.

RIBEIRO, J. M., COSTA, N. D. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no sistema único de saúde (SUS). **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, p. 173-220, dez. 2000.

SANTIAGO, R. F.; MENDES, A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B.M.; SOUZA, W. V. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18 n. 1, p. 35-44, jan. 2013.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, p. 2145-2154, jul. 2010

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/MS: **Plano Diretor de regionalização do Estado de Mato Grosso do Sul** – PDR/MS. Campo Grande: SES, 2007. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=124294> . Acesso em: 8 set. 2013.

SILVA, M. A. **Análise da percepção do usuário da Central de Regulação de consultas e exames.** 73f. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011

STENZEL, A.; MISOCZKY, M.; OLIVEIRA, A. I. Satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY, M .C.; BORDIN, R. (Org.). **Gestão local em saúde: prática e reflexões.** Porto Alegre: Da casa Editora: 2004, p. 87-102.

TEIXEIRA, F. **Brasil tem de investir em comunicação tecnológica.** São Paulo: Maxed, 2006.

TRAD, L.; BASTOS, A. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, p. 975 - 986, 2006.

TURRINI, R. N. T., LEBRÃO, M. L., CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG C.P., JUNQUEIRA, C. B., Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

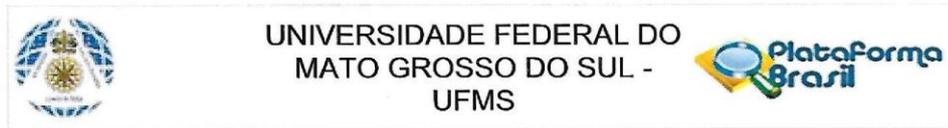
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano de Reestruturação do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian** – PR/NHU, Campo Grande, UFMS, 2010. Disponível em:<[http://www.nhu.ufms.br/v2/documentos/PDI\\_completa.pdf](http://www.nhu.ufms.br/v2/documentos/PDI_completa.pdf)>. Acesso em: 5 set. 2013

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.; FARIAS, L.; MÉDICI, M.; NASCIMENTO, I. **Projeto gestão de qualidade e satisfação dos usuários em Organizações Públicas de Saúde: um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas-IPEC.** Rio de Janeiro: Faper/ENsp-Fiocruz, 2003.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, R. B. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VILARINS, G. C. M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Comunicação em Ciências Saúde**, v. 21 n.1, p. 81-84, 2010

## ANEXO A – PARECER DO COLEGIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER DO COLEGIADO

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO-SISREG NOS AMBULATÓRIOS GERAL E DE PEDIATRIA DO NÚCLEO DE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL: NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

**Pesquisador:** ANTONINA MIRANDA DE ANDRADE

**Área Temática:**

**Versão:** 0

**CAAE:** 30314914.3.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 625.730

**Data da Relatoria:** 25/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa sobre o Sisreg (Sistema de Regulação) do NHU/UFMS do ponto de vista dos usuários (pacientes adultos após atendimento no Ambulatório Geral; mães de crianças e adolescentes após atendimento no Ambulatório de Pediatria) e profissionais (médicos administrativos, docentes e técnicos, que trabalham com o Sistema de Regulação).

#### Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o funcionamento do Sistema de Regulação-Sisreg nos Ambulatórios Geral e de Pediatria do Núcleo de Hospital Universitário, na perspectiva de profissionais e usuários, discutindo o acesso, o tempo e a resolutividade que são atributos relacionados a qualidade dos serviços prestados ao usuário.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos relevantes. As perguntas do questionários referem-se à avaliação

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



Continuação do Parecer: 625.730

que o entrevistado faz do funcionamento do Sisreg, assemelhando-se a uma pesquisa de satisfação, com indicação dos pontos negativos e positivos do funcionamento do sistema. Os benefícios potenciais são consideráveis.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de porte considerável. Serão aplicados quatro tipos de questionários, sendo o número estimado de entrevistas: 1º) 135 usuários do Sistema de Regulação no NHU; 2º) 25 médicos-administrativos que atendem pelo Sistema de Regulação; 3º) 20 docentes que atendem usuários pelo Sistema de Regulação; 4º) 12 técnicos administrativos que trabalham com o Sistema de Regulação. O total de entrevistado será, portanto, de 192 sujeitos.

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

Apresenta Autorizações Institucionais do NHU (Núcleo Hospital Universitário), dos setores de Pediatria e Ambulatório geral. Apresenta Termo de Compromisso de Utilização de Informações de Bancos de Dados, referente ao SISREG. TCLE: 1) Paciente: está claro e apresenta as informações e garantias exigidas; 2) Adolescente: está adequado; 3) Técnicos, docentes e médicos: está claro e apresenta as informações e garantias previstas;

**Recomendações:**

Não há.

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

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 25 de Abril de 2014

Assinador por:  
Edilson dos Reis  
(Coordenador)

Edilson dos Reis  
Vice-coordenador  
CEPI/UFMS

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE  
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bioetica@propp.ufms.br

**APÊNDICE A - MODELO DE QUESTIONÁRIO – USUÁRIO**

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de ordem: \_\_\_\_\_US/2014

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo: F ( ) M ( )

3. Quantos anos tem de estudo?

\_\_\_\_\_

4. Você trabalha?

S ( ) N ( )

5. Que tipo de transporte você utiliza para vir ao NHU?

A ( ) Ônibus

B ( ) Bicicleta

C ( ) Moto

D ( ) Carro

E ( ) Carona

F ( ) Outros (Qual?)

6. Qual é a renda de toda sua família? (some todos os salários brutos, sem deduções, das pessoas do seu grupo familiar que trabalham, inclusive o seu rendimento)

\_\_\_\_\_ (em reais).

7. Quantas pessoas dependem desta renda? Somente os que moram na sua casa, (inclusive você)

\_\_\_\_\_.

8. Como foi feito seu agendamento para consulta?

A ( ) Por telefone

B ( ) Na Unidade Básica de Saúde

C ( ) Veio no HU para agendar

D ( ) Conseguiu com um amigo

E ( ) Em um outro hospital

F ( ) Outra. Qual \_\_\_\_\_

9. A funcionária lhe deu todas as informações que você solicitou?

S ( ) N ( ) Se **não**, o que faltou? \_\_\_\_\_

10. Que orientações recebeu na unidade de saúde em que solicitou sua consulta?

- A ( ) Que a marcação da consulta seria por telefone
- B ( ) Quanto tempo que demoraria para ela ligar e fazer o seu agendamento
- C ( ) Não recebeu nenhuma orientação, apenas mandou você aguardar
- D ( ) Deu algum outro tipo de orientação

11. Quanto tempo você esperou para que agendassem sua consulta via Sisreg?

Em dias \_\_\_\_\_

12. Qual foi o tempo de espera para o médico lhe atender?

Em horas \_\_\_\_\_

13. Como você avalia o atendimento do médico no NHU?

- A ( ) Bom
- B ( ) Regular
- C ( ) Ruim
- D ( ) Péssimo

14. O tempo de atendimento no consultório foi suficiente para que você relatasse seu problema de saúde?

S ( ) N ( )

15. A consulta resolveu o seu problema de saúde?

S ( ) N ( )

16. Foram solicitados exames?

S ( ) N ( ) Por quê? \_\_\_\_\_

17. Houve agendamento para os seus exames?

S ( ) N ( )

18. O tempo para a realização dos exames foi de quantos dias?

\_\_\_\_\_.

19. O médico solicitou seu retorno?

S ( ) N ( )

20. O prazo que o médico estabeleceu para o seu retorno foi respeitado pela Central de Regulação que fez o agendamento?

Se, não, qual a diferença (em dias)? \_\_\_\_\_

S ( )      N ( )

21. Ao retornar para a consulta, você foi atendido (a) pelo mesmo médico que lhe solicitou os exames?

S ( )      N ( )

22. Gostaria que fosse o mesmo médico?

Caso responda **não**, por favor, responda a questão (23)

S ( )      N ( )    Se, **sim**, Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Por que não gostaria?

- A ( ) O médico não ouviu todas as suas queixas
- B ( ) Demonstrou pressa em terminar a consulta
- C ( ) Não olhou seus exames e de imediato já lhe passou a receita
- D ( ) Olhou seus exames, mas não falou qual era seu problema
- E ( ) Não olhou para você e já prescreveu sua receita

24. Na sua opinião, esse modo de agendamento está:

- A ( ) Muito bom
- B ( ) Bom
- C ( ) Ruim
- D ( ) Péssimo

Por quê?

## APÊNDICE B - MODELO DE QUESTIONÁRIO – MÉDICO ADMINISTRATIVO

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de ordem: \_\_\_\_\_MA/2014

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo: F ( ) M ( )

3. Especialidade:

\_\_\_\_\_

4. Você trabalha com o Sisreg desde sua implantação?

Caso responda **não**, especifique há quanto tempo trabalha com o Sisreg.

S ( ) N ( )

\_\_\_\_\_ meses.

5. Que mudanças você observou com a implantação do Sisreg no HU?

(Você pode marcar mais de uma questão).

A ( ) Facilitou sua forma de trabalhar

B ( ) Aumentou a demanda

C ( ) Melhorou a relação com os pacientes durante a consulta

D ( ) Permitiu muitas reclamações de paciente quanto a demora no atendimento  
(período em que ela solicita a consulta e o tempo que a Central marca)

E ( ) Facilitou para o paciente essa forma de agendamento

6. Na sua avaliação o que mudou com o Sisreg?

A ( ) Ampliou o número de especialidades

B ( ) Houve uma abrangência do público alvo dentro do município

C ( ) Aumentou o número de pacientes de outros municípios do Estado

D ( ) Para sua especialidade, especificamente, ampliou o acesso

7. O encaminhamento para exames é feito conforme sua solicitação?

S ( ) N ( ) Se **não**, por quê? \_\_\_\_\_

8. O prazo que você estabeleceu para o retorno do paciente foi respeitado pela Central de Regulação?

S ( )      N ( )

9. Você acha que o tempo de espera para o agendamento das consultas é adequado para a necessidade do paciente?

S ( )      N ( )

10. O índice de absenteísmo é alto nas consultas?

S ( )      N ( )

11. A que você atribui esse alto índice?

---

---

12. Você tem alguma sugestão para resolver o problema?

---

13. Como você avalia a obrigatoriedade de adesão do médico administrativo ao Sisreg ?

- A ( ) Ótima
- B ( ) Boa
- C ( ) Regular
- D ( ) Péssima

14. Para o ensino fez alguma diferença essa mudança de agendamento utilizando o Sisreg?

Caso responda **não**, pule para a questão (16).

S ( )      N ( )

15. Descreva quais as diferenças observadas?

16. Você faria adesão ao Sisreg caso fosse opcional?

Em caso da **não adesão**, responda a questão (17).

S ( )      N ( )

17. Por quê?

## APÊNDICE C - MODELO DE QUESTIONÁRIO- MÉDICO DOCENTE

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número de ordem: \_\_\_\_\_MD/2014

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo: F ( )        M ( )

3. Especialidade:

\_\_\_\_\_

4. Você trabalha com o Sisreg desde sua implantação?

S ( )        N ( )

Caso responda **não** especifique há quanto tempo trabalha com o Sisreg.

\_\_\_\_\_ meses.

5. Que mudanças você observou com a implantação do Sisreg no HU?

(Pode marcar mais de uma alternativa).

A ( ) Facilitou sua forma de trabalhar

B ( ) Aumentou a demanda

C ( ) Melhorou a relação com os pacientes durante a consulta

D ( ) Permitiu muitas reclamações de paciente quanto a demora no atendimento  
(período em que ela solicita a consulta e o tempo que a Central marca)

E ( ) Facilitou para o paciente essa forma de agendamento

6. Essa forma de agendamento eletrônico em relação ao agendamento anteriormente utilizado?

A ( ) Melhorou

B ( ) Permaneceu do mesmo jeito

C ( ) Ficou Regular

D ( ) Piorou

7. O encaminhamento para exames foi feito conforme sua solicitação?

S ( )        N ( )

8. O prazo que você estabeleceu para o retorno do paciente foi respeitado pela Central de Regulação?

S ( )      N ( )

9. Você acha que o tempo de marcação das consultas atende a necessidade do paciente?

S ( )      N ( )

10. O índice de absenteísmo é alto nas consultas?

S ( )      N ( )

11. A que você atribui esse alto índice?

---

---

12. Você teria alguma sugestão para resolver o problema?

---

---

13. Para o ensino fez alguma diferença essa mudança de agendamento?

Caso responda **não**, pule para a questão (15).

S ( )      N ( )

14. Descreva quais as diferenças observadas?

15. Você teria alguma sugestão para a melhoria do funcionamento do sistema?

Quais?

## APÊNDICE D - MODELO DE QUESTIONÁRIO – TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº ordem: \_\_\_\_\_TA/2014

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: F ( )      M ( )
- 3 Qual é o seu Cargo? \_\_\_\_\_
4. Você é servidor ( ) público      ( ) terceirizado
5. Você trabalha com o Sisreg desde sua implantação?  
       S ( )      N ( )

Caso responda **não** especifique há quanto tempo trabalha com o Sisreg em meses ou anos.

\_\_\_\_\_

6. Quais mudanças você observou com a implantação do Sisreg no HU?

(Marque quantas forem necessário)?

- A ( ) Facilitou sua forma de trabalhar
- B ( ) Aumentou a demanda
- C ( ) Melhorou a relação com os pacientes na marcação das consultas
- D ( ) Diminuiu o número de reclamações
- E ( ) Facilitou para o paciente essa forma de agendamento

7. Qual o tipo de contato que você tem com a Central de Regulação?

- ( ) Telefônico
- ( ) Via E-mail
- ( ) Via On-line - No próprio Sistema
- ( ) Via documento (Ofício ou outro)
- ( ) Outros. Qual: \_\_\_\_\_

8. Normalmente quanto tempo leva para fazer o contato com a Central de Regulação para cada agendamento?

Em minutos: \_\_\_\_\_

9. Que fatores mais dificultam o atendimento da solicitação pelo Sisreg/Sesau/NHU?

10. O encaminhamento é feito conforme solicitação do médico?

S ( )      N ( )

11. Você acha que o tempo de marcação das consultas satisfaz a necessidade de atendimento ao paciente?

Se, **não**, Por quê? \_\_\_\_\_

S ( )      N ( )

12. Normalmente qual é o percentual de faltosos nas consultas por dia?  
\_\_\_\_\_ dia.

13. A que você atribui essas faltas?

A ( ) Esquecimento

B ( ) Ao longo tempo de espera pela consulta.

C ( ) Consultam com o farmacêutico

D ( ) Resolvem com remédios caseiros

14. Existe forma de preencher essa vaga com outro paciente?

Se, **não**, responda a questão (15).

S ( )      N ( )

15. Qual a sua sugestão para resolver esse problema?

16. Você gosta de trabalhar no atendimento ao público?

Caso **não** goste responda a questão (17)

S ( )      N ( )

17. Por que não gosta?

A ( ) Não tem paciência para dar explicações ao paciente

B ( ) O sistema é lento e você fica irritado por não conseguir acessá-lo

C ( ) Nem sempre consegue se comunicar com a Central de Regulação

D ( ) A comunicação com a Central de Regulação é demorada

E ( ) Os paciente são agressivos

F ( ) Você se irrita com facilidade