

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO GESTÃO
EM SISTEMAS DE SAÚDE**

DANIELLE CRISTINA CAMPOS DE SOUZA

**AGENDAMENTO ELETRÔNICO AMBULATORIAL: ANÁLISE DE
MELHORIAS APÓS A IMPLANTAÇÃO**

São Paulo

2017

Danielle Cristina Campos de Souza

**AGENDAMENTO ELETRÔNICO AMBULATORIAL: ANÁLISE DE
MELHORIAS APÓS A IMPLANTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof. Dr. Mario Ivo Serinoli

**São Paulo
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Danielle Cristina Campos de.

Agendamento eletrônico ambulatorial: análise de melhorias após a implantação. / Danielle Cristina Campos de Souza. 2017.

88 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Mario Ivo Serinolli.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Regulação e fiscalização em saúde. 3. Políticas públicas de saúde e agendamento de consultas.

I. Serinolli, Mario Ivo. II. Título

CDU 658

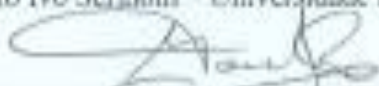
DANIELLE CRISTINA CAMPOS DE SOUZA

**AGENDAMENTO ELETRÔNICO AMBULATORIAL: ANÁLISE DE
MELHORIAS APÓS A IMPLANTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.



Prof. Dr. Mario Ivo Serinalli – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Prof. Dr. Nuno Manoel Martins Dias Fouto – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – FEA USP



Prof. Dr. Olímpio José Nogueira Viana Bittar – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. Alvaro Escrivão Junior - Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo - FGV-EAESP - (Suplente)

Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Fernz – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

São Paulo, 06 de fevereiro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela força e coragem durante toda caminhada até aqui. Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus entes queridos: mãe, pai, irmã, esposo, entre outros familiares, pelo encorajamento e todo apoio recebido. Dedico, também, aos colegas de trabalho e colegas de sala que também contribuíram para o desenvolvimento e elaboração desta dissertação.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por mais uma conquista, por poder trilhar um caminho antes não imaginado, e que em momentos de desânimos guiou-me e deu-me determinação para poder concluir com êxito essa jornada.

À UNINOVE, que por meio de seu corpo docente, ofereceu-me uma grande oportunidade, abrindo uma janela de grande extensão para o meu desenvolvimento. Ao meu orientador Prof. Dr. Mario Ivo Serinolli pela oportunidade, e por toda paciência, incentivo e ajuda na conclusão deste trabalho. Agradeço, também, a todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta dissertação.

À minha mãe Marcia, meu pai Silvio, minha irmã Fernanda, meu esposo Isaac, e minha filha Giovanna, um agradecimento mais que especial, pois em todo tempo despendido para o aprendizado deram-me muito apoio e força, colaborando para minha concentração no desenvolvimento de cada etapa deste trabalho, sendo fontes de inspiração para mim.

E por último, que também tiveram grande importância, às minhas diretoras que me deram apoio profissional e incentivo, e aos meus colegas de trabalho Cassia, Emerson e Anderson, que contribuíram diretamente na execução de uma das etapas da pesquisa.

RESUMO

Agendamento eletrônico ambulatorial: Análise de melhorias após a implantação

Com o objetivo de analisar os resultados da implantação de sistemas e ferramentas eletrônicas, utilizados para executar a regulação do acesso de alta complexidade, ou seja, agendamentos de consultas e exames ambulatoriais especializados, esta pesquisa parte de uma análise exploratória descritiva, promovendo um maior conhecimento sobre a história da Regulação do Acesso à Assistência (também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial) e a implantação de um sistema informatizado que atua nessa prática. Com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde foi definido como sendo direito de todos, devendo o Estado, garantir o acesso igualitário. Em seu início, encontrou dificuldades em ampliar os acessos aos cidadãos e descentralizar as ações de saúde, dividindo a responsabilidade entre Estados e Municípios. A abordagem utilizada foi qualitativa e quantitativa, pois tem a intenção de descrever e interpretar os fenômenos, além de analisar as informações coletadas. A regulação do acesso à assistência teve seu marco com a publicação da NOA/SUS 2001 (Norma Operacional de Assistência à Saúde), e tem se intensificado no decorrer dos anos, mesmo com os desafios encontrados em atingir a qualidade exigida pelos usuários do SUS e atender as necessidades que variam de acordo com seu perfil individual. Desde sua instituição, em 2008 através da portaria nº 1.559, apresentou avanços relacionados à melhoria da qualidade dos fluxos assistenciais, fazendo com que essa dimensão da regulação possa ser considerada a porta de acesso do usuário aos serviços públicos de saúde. Por isso, o objetivo principal da pesquisa consiste em analisar os indicadores de satisfação e absenteísmo, pois, estes são os que revelam como está a imagem da instituição e seu aproveitamento com relação à oferta e demanda. Em agosto de 2010, surgiu a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS, e foi implantada no Hospital alvo deste trabalho com suas diversas funções, permitindo um fluxo mais prático e organizado de promover o acesso aos usuários do SUS, por isso, neste trabalho será avaliado o impacto dos agendamentos realizados por meio do sistema CROSS, permitindo o acesso ambulatorial e avaliando os indicadores que apresentem efetivamente o impacto de sua implantação. Os resultados obtidos apontam mudanças positivas e melhorias na qualidade assistencial, pois passa a seguir protocolos mais adequados na prática da regulação assistencial.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Regulação e Fiscalização em Saúde, Políticas Públicas de Saúde e Agendamento de Consultas.

ABSTRACT

Ambulatory electronic scheduling: improved analysis after implantation

With the objective of analyzing the results of the implantation of electronic systems and tools, used to perform the regulation of high complexity access, that is, consultation schedules and specialized outpatient exams, this research starts from an exploratory descriptive analysis, promoting a greater knowledge on the history of the Regulation of Access to Assistance (Also called regulation of access or care regulation) and the implementation of a computerized system that acts in this practice. With the 1988 Constitution, the Unified Health System was defined as the right of all, and the State should guarantee equal access. At the outset, it found difficulties in broadening access to citizens and decentralize health actions, dividing the responsibility between States and Municipalities. The approach used was qualitative and quantitative, because it intends to describe and interpret the phenomena, besides analyzing the information collected. The regulation of access to care had its mark with publication of NOA / SUS 2001(Health Care Operational Standard), and has intensified over the years, even with the challenges encountered in achieving the quality required by SUS users and meet the needs that vary according to your individual profile. Since its inception in 2008 through ordinance no. 1,559, presented advances related to the improvement of the quality of care flows making this dimension of regulation can be considered the user's access door to public health services. That is why the main objective of the research consists of analyzing the indicators of satisfaction and absenteeism, because, these are the ones that reveal how the image of the institution is and their use in relation to supply and demand. In August 2010, the Central of Regulation of the Health Services Offering - CROSS, and was implanted in the Hospital of this work with its various functions, allowing a more practical and organized flow to promote access to SUS users, so in this work will be evaluated the impact of the schedules made through the CROSS system allowing outpatient access and evaluating the indicators that effectively present the impact of its implementation. The obtained results indicate positive changes and improvements in the quality of care, since it adopts more adequate protocols in the practice of health care regulation.

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

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 . Divisão demográfica das RRAS E DRS no Estado de São Paulo.	36
Figura 2. Figura 2. Fluxo de Regulação.	37
Figura 3. Figura 3. Fluxo de Urgência no Módulo de Regulação de Urgências.	39
Figura 4. Fluxo de Agendamento no Módulo Ambulatorial.	40
Figura 5. Pagina Inicial para acesso do sistema de agendamento CROSS.	44
Figura 6. Pagina Principal ao acessar o sistema.	46
Figura 7. Desenho do procedimento de pesquisa.	51
Figura 8. Fórmula estatística para cálculo da amostra	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Atendimento Ambulatorial por nível de Complexidade no Estado de São Paulo..	29
Tabela 2. Atendimento Ambulatorial de Alta Complexidade no Estado de São Paulo.....	32
Tabela 3. Estrutura da Pesquisa Científica.....	48
Tabela 4. Índice de produtividade ambulatorial.....	60
Tabela 5. Rendimentos dos consultórios do ambulatório.	61
Tabela 6. Taxa de Retorno Ambulatorial.	61
Tabela 7. Índice de Absenteísmo.	62
Tabela 8. Índices de satisfação dos usuários em geral.	62
Tabela 9. Quantidade de pacientes referenciados para o Hospital e contra-referenciados. ...	64
Tabela 10. Exames encaminhados para outras unidades.....	64
Tabela 11. Quantidade de Teste Ergométrico ofertados e realizados.	65
Tabela 12. Quantidade de Ecocardiogramas ofertados e realizados.	65
Tabela 13. Quantidade de Holter ofertados e realizados.....	66
Tabela 14. Teste de normalidade – SPSS.....	66
Tabela 15. Teste de diferença de médias <i>T Student</i>	67

LISTA DE SIGLAS

AIH	-	Autorização de Internação Hospitalar
CAPS	-	Centros de Atenção Psicossocial
CMRR	-	Central Macrorregional de Regulação
CNRAC	-	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
COAP	-	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONAENF	-	Congresso Nacional dos Enfermeiros
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEXA	-	Central de agendamentos de consulta e exames
CPMF	-	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CQH	-	Controle de Qualidade Hospitalar
CROSS	-	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
CRUE	-	Central de Regulação de Urgências e Emergências
DRS	-	Departamentos Regionais de Saúde
FAEC	-	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GM	-	Gabinete do Ministro/MS
MS	-	Ministério da Saúde
NIH	-	Núcleo de Informação Hospitalar
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	-	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
OSEC	-	Santamarense de Ensino e Cultura
PDR	-	Planos Diretores de Regionalização
PNASS	-	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PPI	-	Programação Pactuada e Integrada
P.S.	-	Pronto Socorro
RPA	-	Recuperação Pós-Anestésica
RRAS	-	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAS	-	Secretaria de Assistência à Saúde/MS
SBCCV	-	Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
SCNES	-	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SECONCI-SP	-	Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo
SES	-	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	-	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SPSS	-	Statistical Package for the Social Science
TFD	-	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UTI	-	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. PROBLEMA DA PESQUISA	17
1.1.1. Questão de Pesquisa	22
1.2. OBJETIVOS.....	23
1.2.1. Geral	23
1.2.2. Específicos.....	23
1.3. JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	24
1.4. ESTRUTURA DO TRABALHO	25
2. REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1. REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	27
2.2. COMPLEXOS REGULADORES E CENTRAIS DE REGULAÇÃO.....	33
2.3. CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CROSS.....	38
2.3.1. Surgimento e Implantação da CROSS.....	42
3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	47
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	47
3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	50
3.2.1. Local do Estudo	52
3.2.2. Amostra.....	57
3.3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	58
3.4. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	59
4. RESULTADOS DA PESQUISA	60
4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	76
5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO.....	85
1. Questionário de satisfação dos usuários	85
2. Questionário de satisfação dos colaboradores.	87

1. INTRODUÇÃO

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

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

Sua implantação foi efetivada em 1990 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS, porém na primeira década foram encontradas muitas dificuldades de cumprir o planejamento proposto para o sistema, como o retrocesso durante a sua construção e com as diversas terceirizações de serviços ocorridas nessa década, onde o Estado passa a responsabilidade de gerenciamento e prestação de serviços às entidades privadas, o que caracterizou o descuido da proposta dos recursos humanos, impedindo o equilíbrio entre a oferta e a demanda – poucos profissionais em saúde para muitos usuários do Sistema – e a descentralização que apresentou complicações aos municípios ao assumirem responsabilidades na assistência à saúde. E isso foi confirmado nos debates das 9ª e 10ª CNS, que citam que não houve crescimento positivo na saúde após a criação do SUS.

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

Os princípios do SUS definem que a rede de saúde pública deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo assim, ações de vigilância e controle sanitários, atenção nos diferentes níveis de complexidade e educação em saúde. Não somente no sistema de saúde do Brasil, como também, em sistemas de outros países existem questões decorrentes de motivos semelhantes, e considerando que os diversos níveis de atenção estão organizados e financiados separadamente, verifica-se implicações na resolubilidade, descontinuidade, retrabalho e perda de qualidade dos serviços prestados aos usuários. Em meados dos anos 90, os sistemas de saúde tinham maior foco na redução de questões financeiras, ao invés do foco na população (Baduy, Feuerwerker, Zucoli, & Borian, 2011). Onde segundo esses autores é nessa lógica que se opera a regulação.

Ações de promoção a saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária são funções realizadas pelo SUS e seus componentes, (financiamento, organização, oferta de serviços de saúde, etc.), para garantir o acesso contínuo aos cuidados primários, hospitalar e ambulatorial especializado. O financiamento do SUS é feito por meio de impostos gerais, gastos dos empregadores com saúde, contribuições sociais, sendo suas fontes as receitas estatais e contribuições das três esferas do governo (federal, estadual e municipal) e privada. Mas seu financiamento não é o suficiente para manter os recursos adequados, e as contribuições sociais têm sido maiores do que sua arrecadação. Mesmo em 1997, com a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que tinha como objetivo específico financiar a saúde, seus recursos foram divididos entre outros setores, e utilizados também para o pagamento de juros da dívida pública. Essa contribuição foi extinta em 2007 ainda sem a reposição dos fundos à saúde, e o financiamento foi contrabalanceado devido os

aumentos nas despesas com saúde nos estados e municípios (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

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

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

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

A regulação no SUS foi motivada pela desigualdade do acesso, pois ocorriam muitos casos de pacientes que internavam em municípios diferentes daqueles onde residem, e de que a população mais rica tinha maior probabilidade de conseguir sua internação do que a população pobre. A Regulação no Brasil foi muito discutida referente à sua fragmentação do cuidado e a dificuldade de acesso às terapias e

procedimentos. Essas discussões ficaram mais profundas em meados de 2001, e por esse motivo, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS 2001/2002), que apresentou diretrizes baseadas no avanço da descentralização em saúde e reconhecimento da regionalização que é fundamental para a consolidação dos princípios da universalidade, com qualidade em todos os níveis de atenção. A implantação da NOAS – SUS 2001/2002, é justificada pela descentralização que transferiu aos Estados e Municípios, atribuições e responsabilidade de operacionalização do SUS, ocorridas com o surgimento das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB01/96). O objetivo da NOAS-SUS é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção (Portaria MS/GM n.º 95, 2001).

O SUS, desde sua criação e implantação, defende o conceito de acesso como direito do cidadão, por isso quando se fala em qualidade no serviço de saúde pública, podemos relacionar assuntos referentes às expectativas dos usuários e sua satisfação com o atendimento recebido. O usuário tem intenção de receber atendimento humanizado, que o respeite. E que também o permita participar na tomada de decisões adequadas que auxiliem no seu tratamento. Um meio de participação dos usuários é quando eles deixam suas opiniões acerca do atendimento ou sobre a unidade de saúde onde os mesmos se cuidam, muitas vezes esse canal de comunicação é feito por meio do serviço de ouvidoria, onde o paciente pode se expressar (elogiar ou se queixar) tornando-se, assim cooparticipante (Martins, Goese, Barrionovo, & Massarollo, 2015).

A população, por ser favorecida com ações de promoção de saúde, tem a competência de opinar e avaliar a qualidade dos serviços de atenção. O ponto de vista de cada usuário contribui para a elaboração de estratégias e ações de melhorias, e assim poder refletir sobre a prática e interceder, caso houver necessidade de mudanças no sistema de saúde, pois a visão dos usuários é extremamente importante no dimensionamento e planejamento dos serviços prestados (Moimaz, et al., 2010).

Na década de 1990, começou a ser desenvolvido no Brasil o controle social, por meio da participação da população nas técnicas de análise e organização do SUS, e isso implica diretamente na garantia constitucional em que a população deve se envolver nos métodos de elaboração dos princípios do sistema e monitoramento do andamento em todos os níveis de governo. Essa participação faz com que a qualidade de vida do usuário possa aumentar diante da sua satisfação com o serviço recebido. Sendo assim, é de extrema importância realizar avaliações referentes à satisfação dos usuários

(Arakawa, Lopes- Herrera, Caldana, & Tomita, 2012).

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

1.1. PROBLEMA DA PESQUISA

Com o avanço da descentralização surgiram demandas para enfrentar os problemas existentes, que foram identificados e descritos a seguir: Divisão de Responsabilidade entre Estados e Municípios; Processo de Habilitação; Financiamento do Sistema; Planejamento e Organização Funcional dos Sistemas; Resolubilidade e Acesso aos Serviços; Monitoramento e Avaliação contínua de Desempenho; Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo (Portaria MS/GM n.º 95, 2001):

Divisão de Responsabilidade entre Estados e Municípios: pactos de gestão entre estados e municípios que foram estabelecidos com critérios pouco adequados para a efetiva organização do Sistema, e que não colaboravam com o comando do gestor público, e ainda existiam unidades básicas de saúde sob gestão do Estado e conflitos na divisão de responsabilidade de gerência de hospitais públicos e municipais.

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

municípios.

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

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

Resolubilidade e acesso aos serviços: os problemas mais frequentes dos usuários tinham baixa resolubilidade, devido aos procedimentos restritos e como consequência aumentava a dificuldade no acesso aos serviços de média e alta complexidade ou até mesmo a inexistência desses serviços em alguns municípios ou estados.

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

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

No ano de 2006 com o pacto pela saúde, publicado na Portaria/GM nº399 (Portaria nº 399/GM, 2006), são apontadas as mudanças necessárias no funcionamento do SUS com relação aos processos de habilitação, regionalização, integração de recursos, e unificação de outros pactos existentes, frente à necessidade de ampliar o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país. Assim foi pactuado entre os três gestores do SUS, as responsabilidades de organizar regiões sanitárias,

fortalecer mecanismos de controle social, qualificar o acesso a atenção integral, e redefinir os instrumentos de regulação, entre outros. O pacto firmado tem três dimensões que são o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão.

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

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

O Pacto de Gestão, com relação ao SUS, define as diretrizes para uma descentralização compartilhada, apresentando os princípios norteadores desse processo; definem os objetivos da regionalização e seus principais instrumentos de planejamento, as regiões, os mecanismos, e as etapas do processo de regionalização; definem os princípios gerais do financiamento, os blocos para custeio, e financiamentos para investimentos; define as diretrizes e objetivos do planejamento do SUS, e as prioridades no planejamento; define as diretrizes norteadoras da Programação Pactuada e Integrada; conceitua duas diretrizes da regulação que são a regulação de atenção à saúde e a regulação assistencial, estabelece os princípios orientadores da regulação e suas metas; define as ações a serem desenvolvidas para garantir a participação social; define as diretrizes para a Gestão do Trabalho e seus principais componentes; e define as diretrizes para o trabalho da Educação na Saúde. O Pacto de Gestão define também as atribuições e responsabilidades sanitárias de cada gestor (municipal, estadual e federal) (Diretrizes Operacionais, 2006).

A instituição da Política Nacional de Regulação pela Portaria N° 1.559, de 1° de agosto de 2008 veio da necessidade de fortalecer os instrumentos de gestão que visam garantir o acesso e organizar os fluxos assistenciais, e para isso estabelece três dimensões de atuação integradas entre si que são: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (Portaria n° 1.559, 2008).

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

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

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

A Regulação de Acesso à Assistência Médica deve ser efetivada pela disponibilidade da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de ferramentas que possibilitem acesso ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar de urgências, controle de leitos disponíveis e agendas de consultas e procedimentos especializados, incluindo a oferta de consultas e exames especializados (Novaretti, Serinolli, & Aquino, 2015). O fluxo de referência e contra referência entre unidades de diferentes níveis de complexidade deve ser perseguido e com o decorrer do desenvolvimento das diversas macrodiretrizes da regulação de acesso, foi amplamente facilitado pelo uso da tecnologia de informação e implantação de um sistema de agendamento eletrônico operado por centrais de regulação, que realizam a integração dos serviços de atenção médica em todos os níveis e em todas as direções. Incluindo a regulação em cardiologia, objeto deste trabalho.

A regulação é um fator determinante para o pleno funcionamento do sistema, garantindo acesso, melhorando a eficácia, a eficiência e a efetividade do atendimento. Os protocolos assistenciais devem claramente definir as indicações terapêuticas, os exames complementares e as tecnologias disponíveis, o local de sua execução e quais pacientes podem se beneficiar. Esses protocolos, se amplamente divulgados, se disponíveis em toda a rede de atenção à saúde, se corretamente empregados pelos profissionais do sistema de saúde, aumentariam as taxas de resolubilidade, aumentariam a produtividade, colaborando para o aumento da eficiência. Quanto ao paciente, estes

protocolos aumentam sua segurança, uma vez que aperfeiçoam o tempo necessário para alcançar os serviços de saúde assistenciais requisitados. O paciente certo, no lugar certo, na hora certa, com o médico certo e equipe multiprofissional preparada para o atendimento especializado é a meta a ser atingida.

Assim, em 02 de agosto de 2010, foi criada na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS, que tem por finalidade regular a oferta assistencial de acordo com as necessidades da população, promover a equidade ao acesso, garantir a integridade assistencial, de acordo com sua área de abrangência. As ações dessa central são definidas pela Secretaria de Saúde, que é a responsável por promover as ações e implementações necessárias aos serviços dessa central (Decreto nº 56.061, 2010). O sistema operado pela central CROSS é uma ferramenta eletrônica que executa ações de regulação assistencial por meio das redes de internet.

A implantação dessa ferramenta de gerenciamento eletrônico dos pacientes foi um evento de grande importância, pois ocorreram mudanças na operação de acesso ao ambulatório de cardiologia, merecendo análise e avaliação, as quais são objetos deste trabalho. Como esse sistema é uma recente ferramenta na gestão do SUS, faremos uma análise sobre avanços, melhorias e desafios trazidos pela sua criação, implantação e utilização na unidade pesquisada, verificando sua atuação como mecanismo de relacionamento na organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços ambulatoriais do hospital participante deste trabalho.

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

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

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

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade em nosso país (Mansur & Favarato, 2010). A política de Atenção Cardiológica, envolvendo as três esferas de Governo, e atuando em redes regionais integradas e disponibilizando ações que vão desde a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em cardiologia, são decisivas na diminuição dos indicadores de morbidade e mortalidade e foi publicada em 2004. A complexidade tecnológica é decisiva para o tratamento dos pacientes cardiológicos, sendo melhor o prognóstico quanto mais rápido for instituído o tratamento correto. Desse modo, é tarefa do gestor garantir o acesso e a integralidade da atenção, e, inequivocamente, a etapa inicial nesse processo é a regulação da oferta que assegura o acesso e equidade dos pacientes que dela necessitam.

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

1.1.1. Questão de Pesquisa

Considerando que a Regulação é essencial para que seja garantida a assistência integral, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e também considerando a importância da assistência de alta complexidade, direciona-se a realização dessa dissertação colocando a seguinte questão:

Qual a contribuição e os efeitos da implantação do sistema de regulação eletrônico na qualidade assistencial do ambulatório de um Hospital Público Especializado?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Geral

Entende-se por contribuição o suporte dado por meio do sistema informatizado onde se favoreçam as alterações ocorridas positivamente nos indicadores hospitalares, demonstrando as mudanças ocorridas após sua implantação. E por efeito entendem-se as consequências provindas da mesma implantação. Considerando a questão de pesquisa e as definições acima de contribuição e efeito, descrevemos aqui o objetivo geral:

Este estudo tem como objetivo principal avaliar a satisfação do usuário de um ambulatório especializado em cardiologia, e o nível de absenteísmo após a implantação do sistema de agendamento eletrônico operado pela CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde).

1.2.2. Específicos

Os objetivos específicos seguem a avaliação dos benefícios trazidos pela implantação da ferramenta eletrônica, e são descritos a seguir:

1º. analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no atendimento em relação ao processo de implantação e implementação da CROSS.

2º. conhecer a importância do processo de regulação, no nível de alta complexidade.

3º. analisar os indicadores hospitalares que demonstrem mudanças e melhorias na qualidade e produtividade do atendimento, após a implantação do sistema.

4º. recomendar melhorias que possam ser utilizadas no sistema de agendamento eletrônico da CROSS.

1.3. JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Depois de estabelecer que a Saúde é um direito de todos e o acesso deve ser igualitário (Constituição de 1988), o Sistema de Saúde Brasileiro encontrou algumas dificuldades em ampliar os acessos aos cidadãos e descentralizar as ações de saúde, dividindo a responsabilidade entre Estados e Municípios.

A Regulação do Acesso à Assistência (também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial) teve seu marco com publicação da NOAS/SUS 2001, e tem se intensificado no decorrer dos anos, mesmo com os desafios encontrados em atingir a qualidade exigida pelos usuários do SUS e atender as necessidades que variam de acordo com seu perfil individual (Vilarins, 2010).

Desde sua instituição em 2008, através da portaria nº 1.559, apresentou avanços relacionados à melhoria da qualidade dos fluxos assistenciais fazendo com que essa dimensão da regulação possa ser considerada a porta de acesso do usuário aos serviços públicos de saúde (Gawryszewski, Oliveira, & Gomes, 2010).

Surgiu em agosto de 2010 a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS, e foi implantada no Hospital alvo deste trabalho com suas diversas funções, por isso nesse trabalho foi avaliado o impacto dessa ferramenta ao ser inserida em um ambulatório de alta complexidade.

A regulação de média e alta complexidade podem ser definidas como ações e serviços para resolver os problemas mais graves da população, que sejam necessários a atuação de profissionais da saúde especializados, além de recursos tecnológicos para apoio ao tratamento (CONASS, 2011), como nos casos de atenção Cardiovascular. O tema sobre regulação de alta complexidade teve grande discussão, para isso foram elaboradas reformas que pudessem atender as diferenças regionais, e que centralizassem em uma rede de hospitais universitários, os atendimentos de alto custo. Com a necessidade de garantir atendimento integral aos pacientes com diagnósticos Cardiovasculares no SUS, foi instituída em 2004 a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Essa política foi criada com o objetivo de organizar a assistência de alta complexidade e garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade, com equipes multiprofissionais e com técnicas e métodos específicos (Pinto Junior, Fraga, & Freitas, 2012).

A portaria define que as Secretarias de Estado de Saúde devem ter um planejamento regional hierarquizado para formar Redes Estaduais e Redes de Regionais

de Atenção em

Alta complexidade Cardiovascular, e também devem tomar as medidas necessárias para implantá-las (Portaria nº 1169/GM, 2004). Essa portaria teve alteração em 26 de maio de 2006, publicada pela portaria SAS/MS nº 384, pois não deixava claramente definido como seriam feitas as relações entre os níveis de atenção, e quais as fontes que financiariam os recursos necessários desse processo.

O sistema CROSS permite referenciar pacientes de doenças mais complexas para que os mesmos tenham acesso a toda tecnologia existente neste hospital que é de alta complexidade. Este sistema passou a fazer o agendamento dos pacientes cardiológicos e os resultados esperados da implantação deste sistema foram a otimização dos agendamentos de consultas, exames de apoio diagnósticos, acesso a terapias especializadas e a integração com centrais de urgências e internações.

A pesquisa foi realizada em um Hospital Público do Estado de São Paulo, referência na assistência em cardiologia, e também considerado como um hospital de ensino. Sua especialidade é na área cardiovascular (clínica, cirúrgica e vascular periférica), tanto no país como no exterior. Realiza também exames diagnósticos e terapêuticos, transplantes cardíacos e renais.

1.4. ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho será estruturado da seguinte forma:

Capítulo 1 - Introdução: levantamento geral do tema a ser estudado, regulação de acesso ambulatorial para pacientes cardiopatas, e a ferramenta eletrônica de regulação CROSS com apresentação, formulação do problema, questão da pesquisa, objetivo principal e objetivos específicos.

Capítulo 2 – Referencial teórico: serão discutidos os pólos teóricos que são: Regulação de Serviços de Saúde; Complexos Reguladores e Centrais de Regulação;

Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) – organização e funcionamento.

Capítulo 3 – Metodologia da Pesquisa: natureza básica e empírica, exploratório-descritiva e abordagem qualitativa e quantitativa. Na pesquisa quantitativa será feito o levantamento de indicadores relevantes ao assunto, um ano antes e um ano depois da implantação do sistema CROSS, como indicadores de absenteísmo, encaminhamentos pertinentes, número de ofertas pactuadas, número de atendimentos (1ª vez), referência e

contra referência, e satisfação dos usuários; pesquisa qualitativa que será realizada com os usuários e com os ‘profissionais de saúde utilizando questionário com questões fechadas.

Capítulo 4 – Resultados da Pesquisa: apresentamos os dados coletados, e as comparações onde pretendemos demonstrar as alterações ou mudanças que ocorreram no hospital após começarem a utilizar o sistema de agendamento eletrônico, organizando e facilitando todo o processo de regulação os dados e indicadores coletados foram submetidos a teste estatístico, realizados com o programa SPSS.

Capítulo 5 – Considerações Finais: conclusões referentes ao estudo aqui elaborado e sugestões para novos estudos ou para a prática.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Mesmo após a implantação do SUS, ainda persistiam a necessidade de igualar o acesso, ampliar a redistribuição dos recursos e melhorar descentralização dos serviços de saúde pública. A ampliação do acesso as ações e serviços de saúde teve início em 1996, com a implementação da Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/96, e considerando a precisão de continuidade ao processo de descentralização, em 2001 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 95/2001, que aprova a NOAS – SUS 2001/2002, ampliando a responsabilidade dos municípios na atenção básica, e definindo o processo de regionalização da assistência. Regulamentando a assistência, com foco nos desafios a serem superados e considerando os avanços já obtidos, essa portaria define a regionalização, estipula o fortalecimento da capacidade de gestão no SUS, os critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados (Portaria nº 95, 2001).

A regulação pode ser denominada como um conjunto de protocolos e fluxos estabelecidos para encaminhar os pacientes aos diferentes níveis de atenção em unidades diversificadas, de acordo com seu quadro clínico ou diagnósticos (baixa, média ou alta complexidade). Seu conceito origina-se da economia e indica a realização do controle da oferta e demanda dentro dos serviços de saúde, ordenando a relação entre a carência da população e a eficiência na prestação de serviços (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016).

Com a introdução da Portaria GM/MS 1.559/2008, fica definido que as ações de regulação serão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si, que são: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde, e Regulação do Acesso à Assistência. A partir disso, com a instituição da Política Nacional de Regulação, essas três dimensões recebem uma melhor conceituação, sendo: Regulação sobre Sistemas, quando se trata da atuação nos sistemas de saúde; Regulação da Atenção, quando se trata da elaboração imediata ou contínua de métodos para serviços de saúde; Regulação do Acesso, quando se trata do monitoramento e administração do acesso aos usuários do SUS (Portaria nº 1.559, 2008).

Na Regulação de Sistemas de Saúde, os gestores definem a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para promover o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde (Portaria nº 1.559, 2008).

Na Regulação da Atenção à Saúde, conforme “O Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde”, as secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem garantir a prestação de serviços adequada à população, por meio de ações diretas e finais com prestadores públicos e privados, ficando os gestores destas, responsáveis pela definição de macrodiretrizes para Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, controle das ofertas, monitoramento, controle, avaliação e vigilância da atenção e da assistência (Portaria nº 1.559, 2008).

E na Regulação do Acesso à Assistência, o objetivo é priorizar o acesso e o fluxo assistencial, além do controle e do gerenciamento, com gestores estabelecidos pelo complexo regulador e unidades operacionais, envolvendo a regulação médica e garantindo acesso baseado em protocolos, classificação de risco e outros critérios de priorização (Portaria nº 1.559, 2008).

A Regulação do Acesso Assistencial é uma forma de assegurar o acesso igualitário, porém, desde, o início encontra dificuldades de manter seu propósito, devido a diversos fatores, como por exemplo, a falta de recursos que facilitem o equilíbrio entre oferta e demanda. De acordo com o pacto de gestão, componente do pacto da saúde, a Regulação Assistencial é definida como “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (Portaria nº 399/GM, 2006).

A introdução da regulação teve como objetivo a obtenção de melhores resultados eliminando as desigualdades em relação ao acesso, aprimoramentos dos recursos humanos que por sua vez necessitava de formação adequada aos profissionais de saúde de acordo com o perfil da população, e na prestação de serviços de saúde com equipamentos adequados aos diferentes níveis de atenção do sistema. A Regulação Assistencial, por estar fundamentada nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade, pode tanto aumentar ou reduzir a oferta do acesso, pois seu propósito é promover o redimensionamento e dar repostas adequadas às questões clínicas dos usuários, garantindo sua satisfação, pois a regulação é mais do que utilizar protocolos, normas e cotas assistenciais (Albuquerque, Praciano, Costa, & Melo Filho, 2013).

Segundo Albuquerque, Praciano, Costa, & Mello Filho (2013), a consolidação de um sistema de regulação assistencial, que promove acesso com equidade e integralidade aos serviços de saúde, no âmbito de uma gestão municipal, depende dos investimentos municipais na capacidade de governo e na governabilidade. Pois estes são os que

umentam as chances de possíveis melhorias na satisfação das necessidades da população e na subordinação dos serviços privados, para que não exista a monopolização do sistema de saúde.

A Regulação Assistencial atua para eliminar a fragmentação na rede de cuidados em saúde, e problemas não pertinentes à coordenação do SUS, como por exemplo, a não comunicação entre prestadores. E devido a necessidades de mudança para atender a demanda da população, que com o aumento das doenças crônicas requer uma maior aproximação dos serviços de saúde, é necessário ainda nos dias atuais o fortalecimento da atenção em todos os níveis, mas em especial no nível da atenção básica de atendimento, para que se tenha uma regulação adequada (Almeida, Giovanella, Mendonça, & Escorel, 2010).

No nível da atenção primária, a dificuldade de acesso à assistência mostra a baixa resolubilidade, e baixa possibilidade de contrareferência aos ambulatórios especializados, fazendo com que os pacientes crônicos procurem unidades com serviços de urgência e emergência e, como consequência os utiliza como porta de entrada do SUS (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016). Para ilustrar melhor essa informação é apresentada abaixo a Tabela 1, com a quantidade de atendimentos em cada complexidade no período de 2010 a 2015.

Tabela 1. Atendimento Ambulatorial por nível de Complexidade no Estado de São Paulo.

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo							
Quantidade por Complexidade e Ano atendimento							
Período: 2010-2015							
Complexidade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Atenção	56.727	69.549	124.314	395.806	1.285.212	1210.241	3.162.820
Básica							
Média	23.059.728	29.965.681	30.726.046	32.643.765	35.733.538	36.668.708	230.118.317
complexidade							
Alta	276.112.64	286.606.10	321.468.58	342.522.30	372.991.286	369.586.083	2.528.720.94
complexidade	6	1	2	3			8
Total	301.646.90	319.199.20	355.020.23	378.635.65	413.458.288	411.836.698	2.782.298.15

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Seguindo e acompanhando o progresso e crescimento do SUS, a regulação também teve seus aprimoramentos, com a criação de ações voltadas a organização do acesso assistencial, e o planejamento de estratégias de avaliação e controle dos

recursos disponíveis aos serviços de saúde. A regulação é a opção de acessibilidade mais adequada referente ao acesso do cidadão com equilíbrio, compatibilidade, capacidade, e qualidade, de acordo com o perfil de cada usuário do sistema SUS (Albieri & Cecilio, 2015).

É uma das principais funções de Governo na atualidade, e procura delinear medidas entre o Estado e a sociedade, preservando os direitos constitucionais. Consistem na procura de padrões e normas, definidas pelo Estado diante das diferentes atividades no serviço de saúde. É também um processo complexo, pois depende de diferentes aspectos (demográficos, sociais e epidemiológicos) da população em geral. Por isso, ainda demonstra desafios em melhorar e proteger a saúde da população Brasileira que de acordo com a Constituição é um direito de todos e dever do Estado (Gamarra & Porto, 2015).

A economia exerce grande influência sobre a regulação, ainda segundo Gamarra e Porto (2015), pois envolve fatores e decisões acerca da vida e da morte das pessoas, e na qualidade de vida da população quando se trata de serviços de saúde, ou seja, na tentativa de promover soluções adequadas aos quadros clínicos apresentados pelos usuários do SUS. Devido a isso, devem ser considerados aspectos da influência econômica, que pode alterar todo o planejamento feito na saúde pública ou privada, refletindo na qualidade da assistência positivamente (ampliando o acesso e gerando novas tecnologias) ou negativamente (elevando os custos de procedimentos ou restrições de acesso).

A regulação, além de aspectos econômicos, envolve também aspectos políticos, pois deve ser executada de forma tecnicamente efetiva e aceitável além de transparente, considerando as diferenças e expectativas da sociedade, em que é aplicada. Desse ponto de vista, pode se verificar a importância do processo decisório na regulação do acesso, onde a transparência e a participação social auxiliam na implantação de ações para o desenvolvimento e crescimento dos processos de regulação (Gamarra & Porto, 2015).

O acesso ambulatorial é ainda hoje muito discutido quando se trata do bem estar e da saúde da população, pois sua função é garantir o pleno funcionamento das diretrizes do SUS, garantindo a universalidade, equidade e integralidade da sociedade nos serviços de saúde pública, portanto, três importantes fatores devem ser considerados para sua execução adequada: a falta da regulação implica em riscos para as pessoas que utilizam o sistema; os casos mais vulneráveis devem ser tratados como prioridades; e os riscos socialmente incorporados (como exemplo o tabagismo), devem ter um controle mais

amplo (Maia & Guilhem, 2016).

A importância da regulação do acesso ambulatorial, para a saúde pública, pode ser considerada um grande benefício aos usuários do SUS, pois de forma ordenada facilita o fluxo (demanda e oferta), em todos os níveis de atenção, sendo extremamente essencial e fundamental na garantia dos direitos do cidadão. Segundo o Ministério da Saúde (1990) os níveis de atenção à saúde são:

1º. Nível Primário: são os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tendem a cuidar de até 80% dos problemas de saúde;

2º. Nível Secundário: são os atendimentos dos centros de Especialidades, com atenção resolutiva em aproximadamente 15% dos problemas de saúde;

3º. Nível Terciário: são os Hospitais de Referência ou especializados, que atendem cerca de 05% dos problemas de saúde (em geral os de alta complexidade).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde começou a abordar questões sobre o atendimento de alta complexidade no SUS, que foi de onde surgiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Onde se basearam nos princípios de regionalização e hierarquização do SUS, para organizar essa assistência, definindo dois blocos de serviços, sendo um correspondente a atenção básica e outro correspondente as atenções de média e de alta complexidade (CONASS, 2007).

Ficaram então, sobre responsabilidade do Ministério da Saúde, a política de atenção de alta complexidade no SUS, que compreende a definição de normas nacionais e diversas outras ações e têm como objetivo garantir o acesso dos usuários aos procedimentos. Seu financiamento é dividido em duas partes: parte das ações de alta complexidade, financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação; e parte das ações de alta complexidade, financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (CONASS, 2007).

A atenção terciária (alta complexidade) no SUS envolve procedimentos de alto custo realizados principalmente por hospitais públicos de ensino e prestadores privados, pagos com recursos públicos a preços mais aproximadamente possível dos valores disponíveis no mercado (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade foi implantada em 2004, com o intuito de garantir o atendimento integral aos portadores de doenças cardiovasculares (CONASS, 2007), por meio da instituição de Redes Estaduais e Regionais de Atenção de Alta Complexidade, com planejamentos regionais hierarquizados, elaborados pelas Secretárias de Estado da Saúde. Sua finalidade é

permitir que portadores de doenças cardiovasculares tenham acesso à assistência médica. A Tabela 2 apresenta a quantidade de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade apresentados no período de 2010 a 2015.

Tabela 2. Atendimento Ambulatorial de Alta Complexidade no Estado de São Paulo.

Produção Ambulatorial do SUS - São Paulo							
Quantidade Apresentada - Alta Complexidade e Ano atendimento							
Período: 2010-2015							
Complexidade	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	Total
Alta complexidade	276.130.55	286.623.37	321.499.94	344.733.38	373.077.86	369.112.06	2.530.669.39
	9	2	3	3	7	9	7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Realizar a regulação de média e alta complexidade compreende ações que visam atender os problemas e agravos principais da população, que demandem profissionais especializados e recursos tecnológicos de alto custo, para tratamento diagnóstico e terapêutico. A atenção de alta complexidade para aos gestores do SUS foi um grande desafio devido aos custos, e a procura por procedimentos de alta complexidade que variavam de acordo com a oferta dos prestadores, e isso fazia com que a demanda espontânea de pacientes dificultasse a alocação de serviços, atendendo em sua maioria a população que deveria ser da rede básica, diminuindo a qualidade do atendimento especializado, e aumentando as despesas com saúde (CONASS, Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, 2007).

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade considera como importantes requisitos o atendimento integral aos portadores de doenças cardiovasculares, a organização da assistência a esses pacientes, a garantia de assistência nos diferentes níveis de complexidade, estruturação das Redes de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, a atualização dos sistemas de acordo com a prestação de procedimentos de alto custo, e aperfeiçoar os sistemas de informação. Mas não define como seria a relação entre os níveis de atenção (Pinto Junior, Fraga, & Freitas, 2012).

Segundo os autores Pinto Junior, Fraga, & Freitas (2012), nessa política foram representadas diversas especialidades e suas Sociedades como a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Vascular, Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Sociedade

Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculare, Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas e a própria SBCCV, com seus Departamentos de Estimulação Cardíaca Artificial e Departamento de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica.

Há casos de alta complexidade em que o paciente reside em um município onde não tem uma unidade de referência para seu tratamento e acompanhamento, então fica sob responsabilidade dos gestores locais o encaminhamento desses pacientes, para a realização de procedimentos e assistência regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Que garante por lei o Tratamento Fora de Domicílio para que o paciente seja assistido nos serviços públicos de saúde e em casos de estadias longas o mesmo tenha um acompanhante (Azevedo, 2016).

O programa TFD é responsável pelo pagamento dos custos com passagens e diárias para o atendimento de pacientes que por falta de recursos (técnicos ou profissionais), necessitam se deslocar de um determinado estado ou município, durante todo o tempo de tratamento médico. Sua importância é clara, pois se verifica que a maioria dos usuários do SUS não dispõe de condições financeiras suficientes, para o deslocamento em procura de serviços que atendam sua necessidade (Azevedo, 2016). Sendo assim, o TFD é um importante elo entre os pacientes e o tratamento que eles precisam, tornando possível o princípio de Universalidade do SUS.

As doenças cardiovasculares estão inseridas no contexto de média e alta complexidade, e estão entre as principais causas de mortes no Brasil, pois requerem procedimentos invasivos e cuidados complexos. São em sua maioria doenças de condições crônicas, derivadas das alterações fisiológicas (CONAENF, 2015). E o crescente aumento dessas doenças acarreta no aumento da demanda de alta complexidade e conseqüentemente o aumento dos custos em saúde. Então, considera-se de grande importância a aplicação da regulação de alta complexidade de forma estratégica e organizada, assegurando o acesso em todas as Unidades da Federação.

2.2. COMPLEXOS REGULADORES E CENTRAIS DE REGULAÇÃO

No ano de 2009, com a Portaria nº 2.907/GM/MS, de 23 de novembro, são estabelecidos os critérios para financiar a implantação de Complexos de Regulação, e implementação de recursos informatizados nas unidades participantes desse complexo. Posteriormente, revogada pela Portaria GM/MS nº 2.923 de 28.11.2013, institui incentivos financeiros para aquisição de materiais e equipamentos destinados a

implantação e implementação de Centrais de Regulação.

Complexos Reguladores são estruturas que compreendem um conjunto de centrais de regulação que realizam o processo de regulação articulada e integrada, são unidades desse complexo as Centrais de Regulação de Urgências, de Internações Hospitalares e de Consultas e Exames. Justifica-se a importância da existência de complexos reguladores, com a responsabilidade da gestão pactuada, que define as ações por níveis de complexidade, organizando a referência e contrarreferência (orientados pelos Planos Diretores de Regionalização – PDR), baseando-se na procura de serviços de saúde e na capacidade física local, e ainda mais importante, quando verifica-se que suas regras também são pactuadas e definidas pela Programação Pactuada e Integrada – PPI (Barbosa, Barbosa, & Najberg, 2016).

A constituição desses complexos é uma estratégia para a regulação adequada da oferta e da demanda em serviços de saúde, organizando as ações da Regulação Assistencial como já dito anteriormente, de acordo com as necessidades da população, e também uma estratégia facilitadora para os gestores, contribuindo na articulação, na integração, no controle e na auditoria, que são as suas principais funções.

Em seguida, para redefinir o cadastramento das Centrais de Regulação do Acesso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a Secretária de Atenção à Saúde, faz a publicação da Portaria nº 1.268/2013. Nela são também definidos outros Serviços de Regulação, sendo: regulação ambulatorial de média complexidade; regulação ambulatorial de alta complexidade; regulação de internação hospitalar; regulação nacional de alta complexidade; e regulação estadual de alta complexidade.

As Centrais de regulação têm como objetivo regulamentar os fluxos, aprimorar os recursos, assegurar o acesso, e certificar a transparência nos processos de gestão. A partir da estruturação dos fluxos assistenciais, surgem ferramentas tecnológicas importantes, que devem ser utilizadas para eliminar as possíveis fragilidades no sistema de saúde, como por exemplo, a falta de comunicação entre os serviços de atenção básica e atenção especializada. As Centrais de Regulação enfrentam desafios com relação à diminuição do tempo para atendimento, a baixa oferta de procedimentos qualificados, e a desarticulação dentre serviços da atenção básica e especializada, e estes geram obstáculos para assegurar o cuidado integral e contínuo aos usuários do SUS (Sousa, Medeiros, Gurgel Júnior, & Albuquerque, 2014).

Com a regulamentação de diversos aspectos da lei orgânica, que teve início a

partir da publicação do Decreto Presidencial 7508/2011, a tentativa de evoluir na implantação do Pacto pela Saúde teve maior foco originando a criação de estratégias que envolvessem as três esferas do governo, e então o surgimento do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). O COAP propõe a reestruturação das pactuações em um acordo entre os entes federativos para organizar as redes de atenção à saúde, e melhor estruturação dos processos de regulação por meio dos complexos reguladores, que compõe uma ou mais Central de Regulação, com atividade de execução e prática de ações de regulação de urgências, de consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, entre outras (Protasio, et al., 2014).

Segundo Protasio et al. (2014), essas centrais devem gerenciar a oferta e a demanda dos fluxos, respeitando os protocolos, os critérios de riscos e a logística da região, e devem estar cientes da importância da regulação no SUS, pois é por meio de sua atuação que se fortalecem e qualificam as funções de gestão e o acesso, aprimoram recursos de assistência, oferecendo assim, aos usuários melhores condições de acesso aos serviços em saúde. Com o exercício de uma central de regulação é reduzido o tempo de espera entre o encaminhamento e marcação do atendimento especializado. Pois esta colabora com a interligação das redes, facilitando a comunicação entre elas, e alcançando melhores resultados em resposta a demanda reprimida.

Os complexos reguladores atuam dentro das Redes Regionais de Atenção à Saúde, (RRAS), que são as divisões geográficas entre os municípios, delimitando a atuação de cada uma delas, e são coordenadas pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que também defini a atuação dos complexos reguladores. Através dessas delimitações, os complexos reguladores distribuem o acesso de sua demanda de acordo com sua referência e o local de residência dos pacientes, ou seja, o paciente é encaminhado para uma unidade dentro da mesma DRS. Conforme apresentado na Figura 1, que apresenta a divisão de RRAS e DRS no Estado de São Paulo.

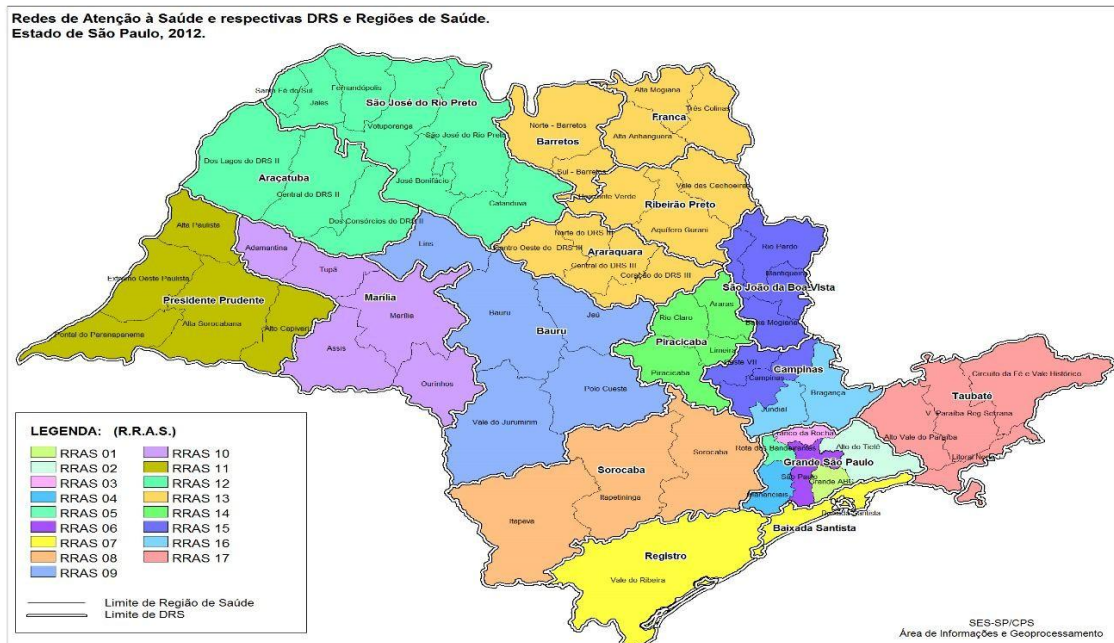


Figura 1 . Divisão demográfica das RRAS E DRS no Estado de São Paulo.

Fonte: Ministério da Saúde 2012

As RRAS devem ser compreendidas como organizações dos serviços de saúde com foco principal no acesso, e comunicação entre a Atenção Básica, permitindo a oferta de atenção integral à população de um território. O conceito da RRAS vem desde a constituição de 1988, porém sua implantação ocorreu somente em 2011, permitindo que o conceito de integralidade (constituição de 1988) se torne mais concreto, devido às conexões e a integração dos serviços de saúde nos variados territórios (CEBES, 2014).

Nesse cenário, que envolve as DRS, RRAS, Complexos Reguladores e Centrais de regulação, há protocolos padronizados para solicitações e encaminhamentos de consulta, exames, terapias especializadas e internações, que são feitos de acordo com as classificações científicas de cada complexidade. Esses protocolos permitem que a regulação de alta complexidade seja executada com maior eficácia e precisão na referência ao acesso adequado para cada usuário do sistema (Série Pactos pela Saúde - vol. 06, 2006).

A regulação deve ser feita por todos os municípios, e aqueles que não possuem complexos reguladores devem conter uma atenção primária com alta resolubilidade para que seja feito por meio destas as solicitações e encaminhamentos às unidades de referências em outros territórios, seguindo os protocolos e adequando o acesso aos níveis de complexidade corretamente (Série Pactos pela Saúde - vol. 06, 2006). A Figura 2, mostra como é o fluxo no processo de regulação.

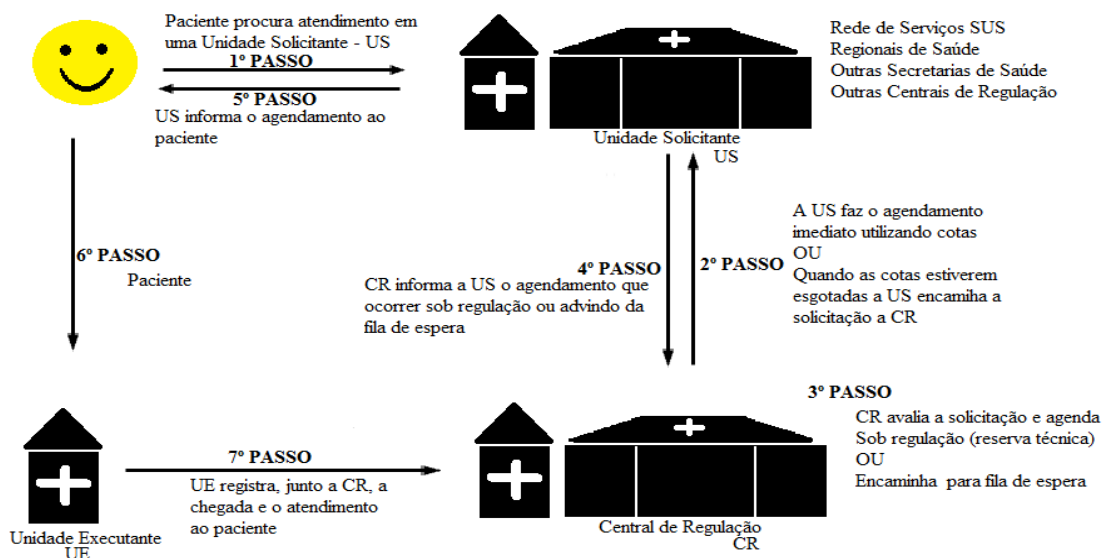


Figura 2. Fluxo de Regulação.

Adaptado de: Brasil, Ministério da Saúde - Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.

Segundo publicação feita pelo Ministério da Saúde com o título “Série Pactos pela Saúde” - vol. 06 (2006) há a exigência de uma quantidade de profissionais capacitados, com perfis determinados, que são:

Coordenadores - responsáveis pelo funcionamento da central de regulação de acordo com as normas estabelecidas;

Reguladores - realiza a avaliação de laudos, agendamentos, processos de internação, e a função mais importante é a autorização de procedimentos;

Atendente de Regulação – sua responsabilidade está no agendamento de todas as solicitações;

Administrador de Banco de Dados – este profissional fornece apoio à equipe, executando a manutenção de todo sistema e qualificando os dados e informações que evitem falhas em todo processo;

Administrador de Rede – gerencia a rede física e os servidores, instala, configura e acompanha os sistemas operacionais;

Técnico de Informática – executa as configurações, instalações e manutenções necessárias nos sistemas informatizados e operacionais.

2.3. CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CROSS.

No ano de 2003 foi criada uma central telefônica para agendamentos de exames e consultas da rede estadual. O *Call Center* era um convênio feito com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, onde as unidades solicitantes entravam em contato diretamente com o *Call Center*, e estes realizavam o agendamento, organizando e facilitando o acesso as primeiras consultas. Em 2005 foi implantado um sistema informatizado de agendamento em diversas unidades, permitindo que as consultas e exames fossem marcados por meio desse sistema.

Após cinco anos (em 2008), foi criada a Central de Agendamentos de Consulta e Exames – CONEXA, que expandiu a implantação do sistema informatizado entre as unidades solicitantes e executantes do Estado de São Paulo (CROSS, 2015). Com a necessidade de, também, organizar os fluxos de urgência e emergência, em 2009 foi criada a Central de Regulação de Urgências e Emergências – CRUE, que também era operacionalizada pelo mesmo convênio da CONEXA.

Pensando em unificar os diferentes tipos de regulação em uma mesma estrutura, em 02 de agosto de 2010, a Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, cria na coordenadoria de Serviços de Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS com o Decreto 56.061/2010. Sua finalidade é a regulação da oferta assistencial, de acordo com as necessidades emergentes dos usuários do SUS, e promoção da equidade do acesso, assegurando a totalidade da assistência dos usuários do sistema de saúde no Estado de São Paulo (Decreto nº 56.061, 2010). A Central CROSS é administrada pelo SECONCI-SP (Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo), para concentrar as atividades direcionadas à regulação do acesso hospitalar e ambulatorial, distribuindo as vagas adequadamente e no tempo oportuno.

Com criação da Central CROSS, foram unificados os sistemas de regulação ativos na época: Conexa, Regnet Leitos, Regnet Urgência, Hospnet e Resgate, ficando assim o apoio a regulação em um mesmo local (TIinside online, 2011). De acordo com essa centralização da regulação em um mesmo local, a qualidade na prestação de serviços de saúde teve melhorias, que se estendem aos processos e recursos, como os investimentos tecnológicos feitos pela Secretaria de Estado da Saúde.

Com o sistema informatizado ficou mais prático a SES fazer o acompanhamento e a avaliação de cada unidade hospitalar inserida nessa Central, pois os dados podem ser vistos em tempo real. A CROSS diariamente envia à SES, informações importantes que

demonstram como andam a demanda do acesso assistencial, permitindo planejar ações para desenvolver ainda mais o processo e o fluxo regulatório.

O Portal CROSS possui atualmente seis módulos, sendo:

Módulo Regulação Pré-Hospitalar: informa as condições operacionais das unidades de Urgência e Emergência, e é utilizado também para atualização do cadastro dos recursos e equipamentos. Os recursos disponíveis das unidades são acompanhados por meio desse módulo, facilitando o encaminhamento de emergências para o recurso mais próximo.

Módulo Regulação de Urgências: suporte para unidades solicitarem vagas ou encaminhar solicitações de urgências entre as unidades componentes do sistema (Figura 3), quando a unidade de origem não possui o recurso necessário ou serviços de alta complexidade. As solicitações são recebidas e após analisados os dados clínicos, é feita a classificação do grau de risco que define qual unidade executante é referência para cada situação.

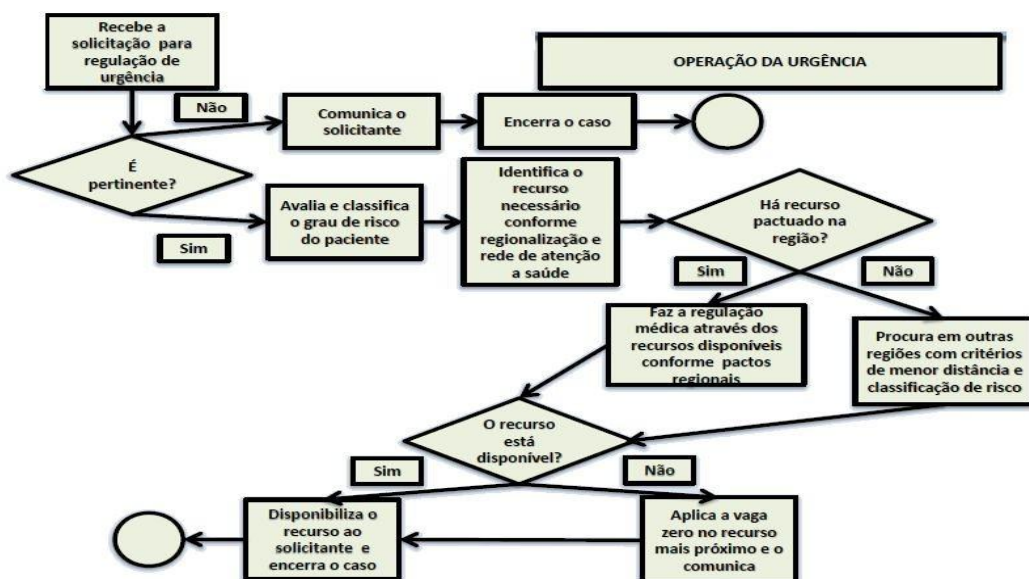


Figura 3. Fluxo de Urgência no Módulo de Regulação de Urgências.

Fonte: SES – SP: apresentação SISREG- A política estadual de regulação e a CROSS

Módulo Regulação de Leitos com AIH: nesse módulo são disponibilizadas as informações sobre os leitos do hospital (se estão ocupados, vagos, bloqueados por reformas ou isolamentos), altas e transferências. Permite a outras unidades fazerem a

solicitação de autorização de internação para as centrais autorizadores, que fornece uma numeração para emissão de AIH, e faz a transferência de acordo com o mapa de leitos.

Módulo Regulação de Leitos: esse módulo também disponibiliza o mapa de leitos das unidades de saúde e suas movimentações. Dispõe de um modelo de integração disciplinado com troca de arquivos e disponibiliza informações que auxiliam na gestão das unidades por meio de relatórios. Nesse módulo não há a emissão de AIH's.

Módulo Regulação Ambulatorial: oferece agendas de consulta, exames e procedimentos adotando a formulação de estruturas de Árvores de distribuição. Nesse módulo as unidades executantes configuram as agendas que são distribuídas para as DRS's, e estas distribuem para as unidades solicitantes que realizam o agendamento de acordo com as vagas ofertadas e a Árvore de distribuição. Quando a vaga não é utilizada até sete dias antes da data, são disponibilizadas em vagas de “bolsão” para unidades que não receberam cotas naquele determinado mês, com o objetivo de eliminar o desperdício da oferta. Atualmente, nesse módulo estão inseridas 404 Unidades Executantes e 2.800 Unidades Solicitantes. A Figura 4 mostra o fluxo desse módulo.

Módulo Indicadores: fornece informações quantitativas e qualitativas, em relatórios que permitem medir o desempenho de cada unidade ligadas aos programas da SES-SP.

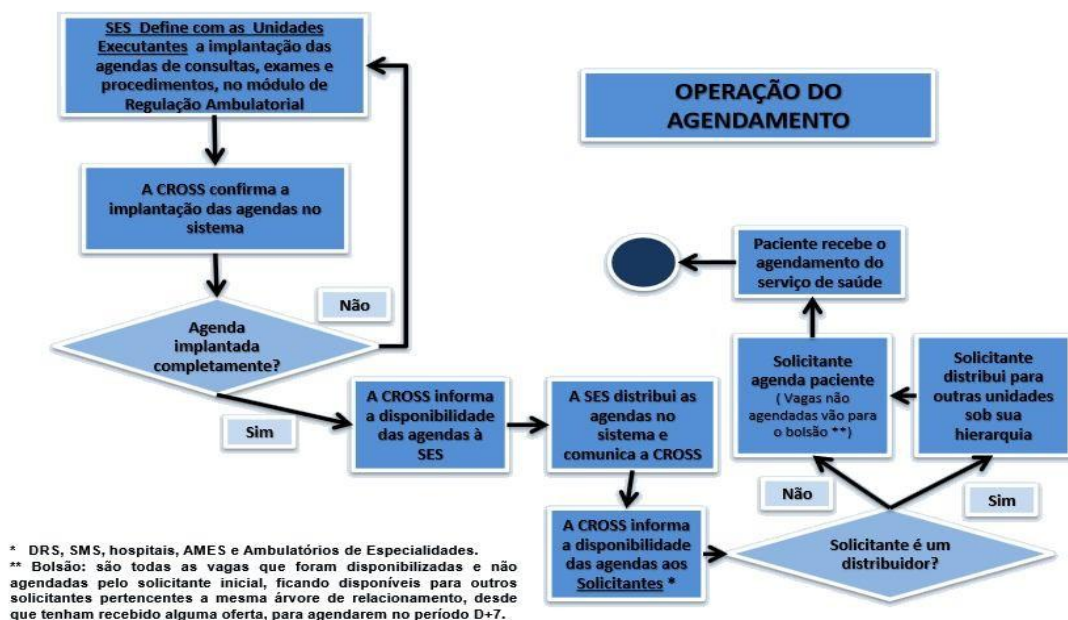


Figura 4. Fluxo de Agendamento no Módulo Ambulatorial.

Fonte: SES – SP: apresentação SISREG- A política estadual de regulação e a CROSS

Ao longo dos anos a Central CROSS veio realizando parcerias que permitiram o desenvolvimento de vários Projetos Especiais como: o serviço de Telemedicina, que é um serviço de vídeo conferência que tem o objetivo de fornecer suporte às unidades de pronto atendimento e prontos socorros 24 horas; a Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer, que integra os serviços de alta complexidade no tratamento ao paciente com câncer; Pesquisa de satisfação dos Usuários do SUS, que é realizada pela própria Central CROSS em contato direto com mais 190.000 pacientes com perguntas que permitem avaliar a satisfação e possibilitem identificar estratégias de aprimoramento dos serviços prestados.

O foco desse trabalho está no módulo ambulatorial, pois após ser implantado no hospital alvo deste trabalho, proporcionou melhorias significativas com relação ao acesso de pacientes de primeiro atendimento na especialidade de cardiologia.

O Sistema é online, ou seja, via internet e auxilia no ajuste da oferta assistencial disponível à população. Essa ferramenta ao ser implantada no referido hospital facilitou o acesso de diversas formas. Facilitou no encaminhamento de pacientes de outras unidades para avaliação cardiológica. As unidades integrantes do sistema quando recebem solicitações dos pacientes para determinada especialidade ou tratamento diagnóstico, verificam a disponibilidade de vagas no sistema, caso possível, realizam o agendamento de imediato, ou inserem o paciente em fila de espera, para que seja agendado posteriormente. Quando agendado de imediato, o sistema permite a emissão do comprovante de agendamento para o paciente com as informações necessárias para o atendimento na unidade executante, como o endereço do hospital, data e horário da consulta, nome do profissional que irá atendê-lo e quando em caso de exames ou procedimentos, vem descrito o preparo para sua realização (CROSS, 2015).

A Central CROSS possui uma equipe que está sempre acompanhando sua utilização e é possível interação com os mesmos em caso de dúvidas ou necessidade de auxílio. Cada Unidade tem um monitor dentro da Central, e estes são responsáveis por acompanhar tudo que as Unidades de saúde devem fazer no sistema, como manter as informações sempre atualizadas, garantir que as unidades executem as funções oferecidas pelo sistema corretamente, garantindo que a oferta seja feita em tempo hábil e a demanda seja atendida. Os monitores acompanham a distribuição das cotas e o funcionamento dos fluxos. Um exemplo de monitoramento se dá quando ocorre alguma modificação no sistema feito pela unidade executante, essa deve enviar um informativo à CROSS para que seja atualizado o sistema de forma que não interfira na distribuição

das vagas (CROSS, 2015).

A cada novo programa a ser implantado, a CROSS realiza a capacitação de equipes, para que todos estejam aptos a utilizar o sistema. A equipe de implantação apresenta a proposta e realiza o processo de orientação e acompanhamentos nas unidades inseridas nos programas desenvolvidos, mantendo sempre as unidades atualizadas com reciclagens e treinamentos (CROSS, 2015).

2.3.1. Surgimento e Implantação da CROSS

Como já apresentado anteriormente, o SUS teve grandes desafios para oferecer um processo de regulação do acesso qualificado, eficaz e preciso. Um dos desafios foi implantar esse processo de forma informatizada, na expectativa de se ter uma rede que facilite a execução dos fluxos operacionais e que atenda às expectativas. Com isso, teve início a aplicação de protocolos que davam norte as alternativas que melhores atendessem as necessidades diagnósticas e terapêuticas para os usuários do SUS (Vilarins, 2010), considerando, também, ser de grande importância à segurança dos dados decorrentes da elaboração dos processos do sistema informatizado.

Em convênio com a Organização Santamarense de Ensino e Cultura (OSEC) em 2003, a SES SP inaugura o *Call Center*, com a proposta de agilizar o fluxo de agendamentos das consultas e exames, mantendo a organização. O *Call Center* atuou como central de regulação, permitindo que por meio de ligações fossem feitas as solicitações e os agendamentos de consulta de primeiro atendimento, exames e procedimentos. Depois de três anos, o *Call Center* passou a utilizar um sistema informatizado, permitindo que algumas unidades realizassem os agendamentos pelo sistema, enquanto outras ainda o faziam por meio de telefonemas.

Para expandir o uso do sistema em todas as unidades integradas ao processo de regulação, a SES SP em novo convênio, dessa vez com o Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo (SECONCI-SP), cria a Central de Atendimento – CONEXA (consultas e exames), que é um sistema informatizado de regulação que possibilitou a prática do agendamento de forma ordenada e organizada, pelas unidades solicitantes. Por esse mesmo convênio, também, foi criada a CRUE (Central de Regulação de Urgências e Emergências).

Em 2009 foram criados cinco Complexos Reguladores, denominados Central Macrorregional de Regulação (CMRR,) cada um desses complexos representavam uma

determinada área de cobertura, uma parcela da população, como definidos por agrupamentos dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Dentro das DRS existem agrupamentos de municípios vizinhos, que como hábito, usam fluxos de assistência já organizados de acordo com a população da região (CROSS, 2015).

Já no ano de 2010, pensando em unificar os serviços reguladores ativos e disponíveis, foi criada a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS. A unificação, feita por meio de contrato de gestão, foi uma estratégia para centralizar os processos em uma mesma estrutura, fazendo com que ficasse mais fácil, prático e rápido realizar todos os processos em um mesmo sistema informatizado, objetivando a otimização de recursos e permitir que a utilização e distribuição desses recursos sejam transparentes.

Segundo a CROSS (2015), essa reunião dos diversos serviços gerou benefícios para as atividades de regulação, melhorando a qualidade dos serviços prestados, os recursos investidos pelas SES tiveram chances de otimização com os avanços tecnológicos, os processos internos foram reformulados, e progrediram de uma operadora da política de regulação, para um grande portal com informações da assistência hospitalar e assistencial.

A implantação da central informatizada CROSS, nas unidades integradas ao processo de regulação, ocorreu de forma organizada e ordenada. A Central possui uma equipe de implantação, que após designação da DRS e das SES, começam o processo de análise das propostas de trabalho e de como capacitar e transmitir às unidades integradas, toda forma de manusear o sistema corretamente. Essa equipe realiza também o acompanhamento após a implantação e quando é necessária alguma atualização ou é solicitado pelas unidades, realizam a reciclagem com os usuários do sistema, em sua própria unidade ou na unidade de saúde. A Figura 5 mostra a tela inicial do sistema CROSS.



Figura 5. Pagina Inicial para acesso do sistema de agendamento CROSS.

Fonte: <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>

O sistema informatizado da CROSS permite realizar o processo de regulação referenciando os pacientes de acordo com sua localização ou residência, onde seu encaminhamento será feito para a unidade referência mais próxima da onde ele reside, ou de acordo com a unidade solicitante, pois cada unidade tem referência em determinada unidade executante. De acordo com o que é determinado pelas DRS's e RRAS, que atendem os municípios dentro de sua abrangência (CROSS, 2015).

A CROSS oferece diversificados serviços de atenção à saúde em várias especialidades para consultas, exames e procedimentos de todos os níveis de complexidade. O hospital que será abordado neste trabalho utiliza o sistema CROSS em quatro dos módulos existentes no portal, que são: Módulo Pré-Hospitalar; Módulo de Urgências; Módulo de Regulação de Leitos; e Módulo Ambulatorial. Porém de todos eles, trataremos apenas do Módulo Ambulatorial que é a porta de acesso ambulatorial para pacientes portadores de cardiopatias (CROSS, 2015).

Antes do sistema CROSS, o hospital utilizava o sistema CONEXA com bastante frequência para agendamento de exames e consultas não ofertados pela própria unidade, pois não eram de alta complexidade. Os casos que o paciente recebia a solicitação de especialidades, exames ou procedimentos, não realizados no hospital, eram agendados ou encaminhados para outras unidades por meio desse sistema. Os pedidos apresentados na Central de Agendamento do hospital eram encaminhados para um setor específico que era responsável pela utilização do CONEXA. O agendamento para alguns

procedimentos, na maioria das vezes, não era feito de imediato, pois havia a necessidade de encaminhar planilhas com os dados e informações dos pacientes, da solicitação e do quadro clínico dos mesmos para que a Central responsável realizasse o agendamento, e assim, depois de agendado, o hospital entrasse em contato com os pacientes avisando as datas, horários e locais onde seriam atendidos (CROSS, 2015).

O sistema CONEXA trouxe muitos benefícios no processo de agendamento e encaminhamentos de pacientes, a demanda passou a ser atendida de forma mais ampla, o encaminhamento se tornou mais prático, e o interesse do corpo clínico em fazer solicitações de ofertas não atendidas pela unidade, cresceu muito. Com o tempo e aperfeiçoamento na utilização dessa ferramenta, a facilidade e praticidade de referência e contrareferência foi notória. Tanto que, com todo o progresso, foi feita a unificação dos processos reguladores, criando a Central CROSS. E foi com o sistema CROSS que todo esse processo teve grande evolução e aperfeiçoamento (CROSS, 2015).

As consultas de primeiro atendimento (porta de acesso com encaminhamentos feitos por outras unidades) passaram a serem ofertadas pelo sistema, e também os exames de primeira vez. Continuou a ser feito o agendamento externo aqueles não oferecidos dentro do próprio hospital, e encaminhamento para outras unidades, porém a partir daí tudo em um mesmo sistema (CROSS, 2015).

A Central CROSS facilita a regulação de acesso dirigindo e ajustando os processos de regulação. É um sistema regulador com normas, padrões e regulamentos, o que o torna um poderoso instrumento de intervenção às necessidades da população. A regulação do acesso dispõe o serviço mais adequado ao usuário, quando se trata da visão pela demanda. Já na visão sob a oferta, busca disponibilizar recursos e sistemas assistenciais mais adequados (Vilarins, Shimizu, & Gutierrez, 2012).

Para implantar o Sistema CROSS, houve a necessidade de realizar treinamentos com os colaboradores de cada Instituição integrante do sistema de regulação e que teriam acesso ao mesmo. Uma equipe da Central CROSS preparou todos os processos para transmitir o conhecimento e todas as orientações e explicações para que não houvesse dúvidas de como utilizar o sistema online. Realizaram palestras com os funcionários de todas as unidades em locais determinados pela própria central CROSS, em seu espaço para treinamento, onde cada passo para utilização do sistema foi explicado e treinado.

Após cada capacitação os colaboradores treinados, que executariam a atividade de utilização do sistema, receberam usuários e senhas de acessos e a eles ficou atrelada a responsabilidade de transmitir o treinamento aos demais colaboradores que, também,

utilizariam o sistema dentro de suas unidades e que realizam agendamentos ou até mesmo a recepção de pacientes encaminhados (regulados) por outras Unidades. A Figura 6 mostra a página de acesso para utilização do sistema.



Figura 6. Pagina Principal ao acessar o sistema.

Fonte: <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>

3. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O presente trabalho foi elaborado seguindo diferentes etapas para a construção da pesquisa técnica, como pesquisa bibliográfica, formulação do problema de pesquisa, formulação dos objetivos (geral e específico), levantamento de dados primários e secundários, elaboração de pesquisas através de entrevistas semi-estruturadas, análise e processamentos dos dados e, por fim, divulgação dos resultados, que serão descritos nos próximos capítulos.

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Há várias definições para métodos científicos, e variam de acordo com cada autor. Segundo Prodanov & Freitas (2013), o método pode ser considerado o caminho a ser percorrido, a forma de se pensar e abordar os fenômenos para permitir que o pesquisador entenda quais os procedimentos deverão ser seguidos no processo de investigação científica. A metodologia, então, é considerada como o caminho a ser percorrido na realização e conclusão do que é pretendido.

Segundo Rodrigues (2007), metodologia científica “é um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”.

Para Sá-Silva, Almeida, & Guindani (2009), métodos têm os seguintes significados: “procedimento, técnica ou meio para atingir um objetivo; processo organizado de pesquisa; modo de agir”; e metodologia significa: “conjunto de métodos, princípios e regras empregados por uma atividade ou disciplina”.

A elaboração de um estudo científico é caracterizada pela utilização de métodos, sendo esses necessários para formular as linhas de raciocínio. A aplicação de métodos científicos, não é exclusiva da área científica, mas não há ciência sem sua utilização (Moresi, 2003).

Neste trabalho foi feita uma pesquisa de natureza básica e empírica, exploratório- descritiva e abordagem qualitativa e quantitativa. Foi escolhido o método exploratório, pois há pouco conhecimento sobre o tema a ser abordado que é o Sistema CROSS, e aqui iremos conhecer mais profundamente; o método descritivo, pois descreveremos um determinado fenômeno e suas características por meio de coletas

de dados (Raupp & Beuren, 2003), optou-se por uma pesquisa básica, pois visa realizar uma investigação que comprove ou rejeite hipóteses teóricas (Rodrigues, 2007), referente à implantação do sistema; e a abordagem empírica escolhida, pois será feita investigação no local onde ocorreu o fenômeno, com entrevistas e questionários, visando o levantamento da percepção dos pacientes e funcionários (Moresi, 2003), com relação à implantação da ferramenta de regulação eletrônica.

Na tabela 3, apresentada abaixo, é feita uma classificação da pesquisa a ser realizada neste trabalho com indicação dos conceitos e atores abordados, que contribuíram na formalização da estrutura dos métodos da pesquisa científica, para melhor compreensão dos métodos utilizados nesse estudo.

Tabela 3. Estrutura da Pesquisa Científica.

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

Fonte: Elaborado pelo autor.

Uma pesquisa é considerada como um processo investigatório que pode contribuir na revisão ou ampliação de um conhecimento, ou desenvolver novos pensamentos. As pesquisas qualitativas têm a intenção de entender opiniões, comportamentos e conhecimentos sem representações numéricas, já a pesquisa quantitativa faz mensuração e ordenação de dados com o objetivo de ver as relações entre variáveis ou testar hipóteses, nessa abordagem há representações numéricas. (Vieira & Hossne, 2015). Pesquisas exploratórias são aquelas que permitem uma maior familiaridade com o problema, através de dados bibliográficos, entrevistas com indivíduos que tiveram qualquer contato com o problema pesquisado. E as pesquisas descritivas são para descrever o fenômeno estudado (Henrique, 2015).

Na pesquisa exploratória se pode notar temas pouco explorados, que apresentam dificuldades de formulação de hipóteses, ou o estabelecimento de variáveis, no caso desse estudo consideramos o tema pouco explorado a criação e implantação da Central CROSS, e suas funcionalidades nos hospitais do Estado de São Paulo. Nas pesquisas descritivas são feitos relatos de como ocorreu determinado fenômeno, também estabelecendo relação de variáveis, e suas características mais expressivas são a coleta de dados com técnicas padronizadas (UNISC, s.d.), e uma pesquisa exploratório-descritiva é preocupada com a atuação prática.

Considerando as definições citadas acima, e a metodologia deste trabalho, o estudo aqui desenvolvido, visa analisar os resultados e efeitos da implantação do sistema de agendamento da CROSS (que efetua a regulação através da ferramenta eletrônica), na qualidade da assistência que exerce grande influência na satisfação dos usuários do SUS, e nos índices hospitalares.

É uma pesquisa básica, pois não tem como objetivo resolver problemas aplicando os resultados obtidos, e sim oferecer nova visão sobre o assunto, que é a implantação do sistema CROSS.

Os dados que foram utilizados são dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados através de questionários, com questões fechadas, e seguindo o modelo do PNASS (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde), e suas variáveis. Os dados secundários são os indicadores já existentes na unidade, onde foi feito o levantamento de um prazo idêntico antes e depois (Rodrigues, 2007) da implantação do sistema no Hospital (24 meses antes e 24 meses depois). Dados secundários foram coletados também dos relatórios do próprio sistema CROSS, entre outros sistemas disponíveis na internet, de acesso público. Todos os dados e indicadores serão analisados estatisticamente com o Teste *T Student*, com o Programa SPSS, para analisar a diferença de médias.

O levantamento de indicadores foi feito diretamente na unidade, em relatórios estatísticos mensais e trimestrais, que já são elaborados rotineiramente. Os questionários aplicados aos usuários e aos profissionais tiveram participação direta do pesquisador para que o mesmo esclarecesse ao entrevistado a intenção da pesquisa e não ocorressem dúvidas na participação. Foram feitas cerca de 250 pesquisas com pacientes no seu primeiro contato no hospital, ou seja, assim que ele passou na consulta. Esse valor foi definido devido ao

cálculo estatístico para definição do tamanho da amostra, levando em consideração a cota mensal de consultas ofertadas pelo sistema CROSS. Considerando que há a possibilidade de muitos optarem por não responder o questionário, consideramos uma margem de 13% não respondentes.

Os pacientes ao chegarem ao hospital, em seu primeiro atendimento que é feito no Guichê para abertura de cadastro e ficha de atendimento, irão receber o questionário, com itens de respostas fechadas, que podem ajudar na análise de satisfação atual dos usuários do SUS que são regulados pela CROSS, após isso ele irá para o atendimento médico (consulta), e no final da consulta deverá entregar o questionário respondido. Foram distribuídos 650 questionários, pois é a cota mensal de consultas ofertadas no sistema CROSS.

Para a pesquisa com os profissionais do hospital, foi feito outro modelo de questionário, mas também com questões e itens de respostas fechadas. Serão cerca de 30 pesquisas com profissionais, essa amostra foi selecionada usando os seguintes critérios: profissionais que já atuavam no hospital 12 meses antes da implantação; profissionais que tem contato direto com o sistema, ou seja, utilizam para agendamentos ou para encaminhamento; profissionais médicos que atendem os pacientes de 1º atendimento agendados pelo CROSS; profissionais administrativos que recebem esses pacientes em sua primeira vez na unidade.

Em ambas as pesquisas, foram utilizados o modelo do questionário do PNASS, e pretende-se medir as atitudes e o nível de conformidade da pessoa entrevistada, sendo muito útil, pois precisamos que cada um expresse sua opinião para captar a intensidade da satisfação dos respondentes (Llauradó, 2015).

3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após o delineamento do método de estudo, desenvolvemos o desenho das etapas e da coleta de dados.

Planejamento:

- Escolha do local: ambulatório de cardiologia.
- Escolha da amostra (pacientes e usuários): pacientes de 1ª vez agendados pelo sistema CROSS, e funcionários que tiveram acesso ao sistema.
- Elaboração dos questionários: utilizando o modelo PNASS.

Coleta de dados:

-Coleta de dados quantitativos e qualitativos: dados de relatórios internos, dados de relatórios externos, dados do sistema CROSS.

-Recolhimento dos dados das entrevistas: reunir as respostas dos questionários.

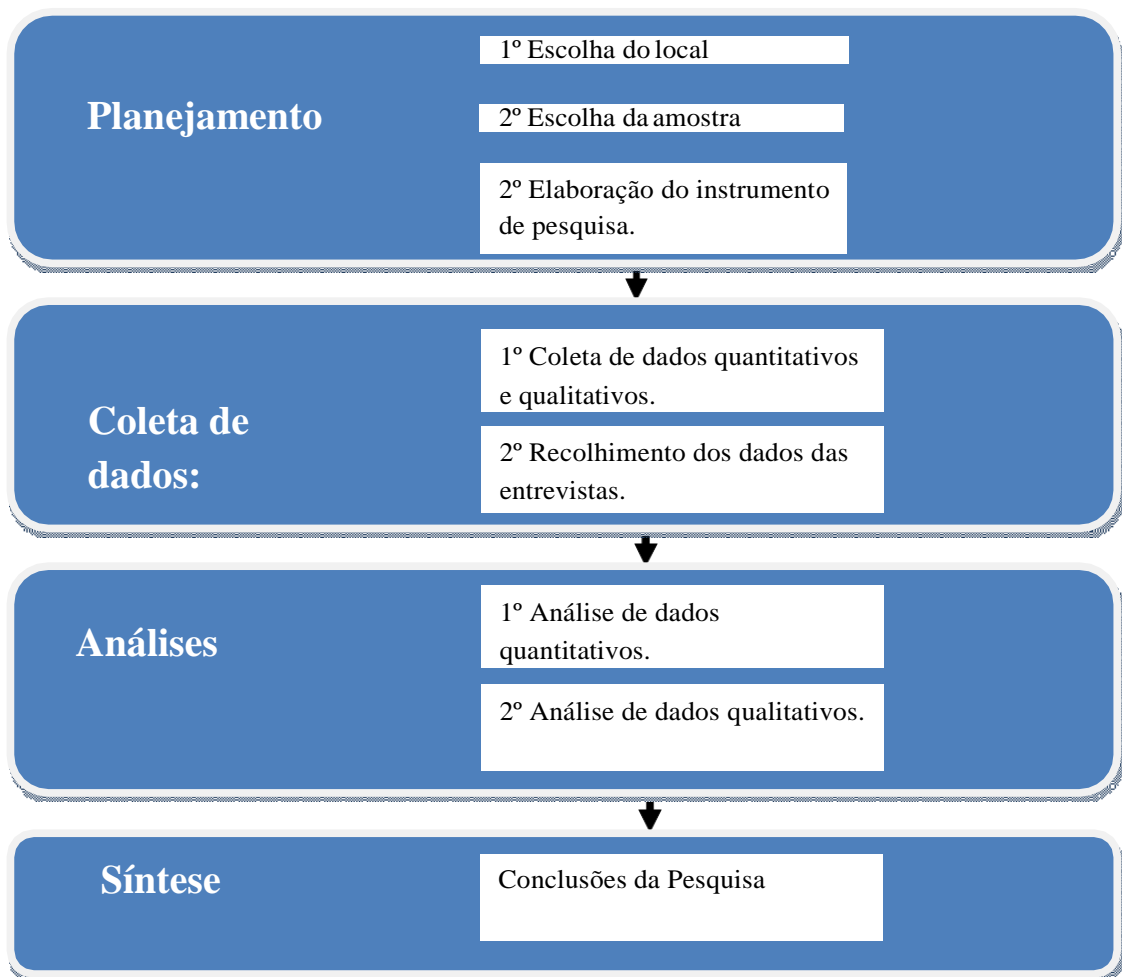
Análise:

-Análise de dados quantitativos: analisar os dados coletado nos relatórios internos da unidade com dados absolutos e relativos.

-Análise de dados qualitativos: analisar os dados coletados com os questionários para poder comparar os indicadores de satisfação antes da implantação do sistema, com os indicadores de satisfação atuais.

Síntese:

-Conclusões da pesquisa: descrição dos resultados obtidos nos questionários e nos



dados levantados, e sugerir ações de melhorias ou opções de pesquisas futuras.

Figura 7. Desenho do procedimento de pesquisa.

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

3.2.1. Local do Estudo

O Hospital em que foi realizado esse estudo foi criado em 1954. O local oferece atendimento Assistencial Cardiológico, Clínico e Cirúrgico, e tem destaques pelas inovações que introduziu na sociedade dentro da especialidade que atua. É caracterizado como hospital especializado e de ensino, de grande porte, para tratamento das Especialidades Cardiovasculares de Alta complexidade, e oferece em média 2.800.000 atendimentos/ano a população do SUS (Sistema Único de Saúde). É qualificado e reconhecido em nível nacional e internacional, como se pode observar em publicações científicas e em congressos nacionais e internacionais. Realiza atendimento de urgência e emergência em seu pronto socorro denominado “tipo porta aberta”, isto é, recebe demanda espontânea, e paciente referenciados pela Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, também denominada CROSS.

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

Os principais equipamentos que o hospital dispõe são: tomógrafo computadorizado, equipamentos de Raio X, câmara de ressonância magnética e aparelhos de ultrassom. Sua estrutura física compreende cinco prédios, com oito seções de serviço médico hospitalar, 17 seções de diagnósticos e terapêuticos (nove seções de Cardiologia Invasiva, três seções de Cardiologia Não Invasiva, duas seções de diagnósticos complementares e duas seções de reabilitação) e no total são 40 consultórios para atendimento. São atendidos na maioria pacientes que residem em São

Paulo, mas também atende pacientes de outros Estados, desde que sejam referenciados pela CNRAC (Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade) / TFD (Tratamento Fora de Domicílio), sendo que em ambos os casos são encaminhados pela complexidade de seu diagnóstico.

O ambulatório está compreendido em dois prédios dentro de sua estrutura, onde se pode encontrar 23 seções dentro da especialidade de cardiologia, para o atendimento mensal de em média dezoito mil consultas, além dos exames diagnósticos e terapêuticos.

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética, pois foi submetido na Plataforma Brasil (CAAE Nº 58295616.2.0000.5511 e número do comprovante 075222/2016), seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. E a aplicação dos questionários (Apêndices 1 e 2), foram executadas também após aprovação do mesmo.

A coleta de dados deve seguir um planejamento formal, e como pré-requisito deve ser elaborado com objetivos de investigação do que está a ser estudado, e suas informações são bem específicas, não sendo previsíveis, mas contendo muita relevância. No caso de utilização de questionários as perguntas devem ser elaboradas levando em consideração o evento, se esse já ocorreu ou ainda está ocorrendo (Yin, 2001). Portanto, foi definido que foram coletados dados primários, com o objetivo de apresentar os efeitos ocorridos após a implantação do sistema CROSS, em períodos iguais antes e depois: foram coletados os indicadores mensais de doze meses antes e doze meses depois.

Temos fontes de dados primários e secundários, e ambos foram utilizados para elaboração da análise comparativa. O primeiro levantamento foi feito com os indicadores da Unidade onde foi realizado o estudo, esses indicadores representarão os efeitos após a implantação do sistema.

Foram escolhidos os indicadores, pois são as variáveis que demonstram quantitativamente as mudanças nos fatores ou parâmetros de qualidade pré-definidos. Os indicadores auxiliam na descrição da situação de determinado fenômeno, assim permite realizar comparações e analisar mudanças em um determinado período de tempo. Os indicadores ideais devem apresentar algumas características, como as descritas a seguir: **Disponibilidade**: existência dos dados; **Confiabilidade**: os dados são autênticos e confiáveis; **Validade**: finalidade do evento avaliado; **Simplicidade**: fácil aquisição e assimilação; **Discriminatoriedade**: possibilita conferir múltiplos fatos; **Sensibilidade**: identifica as mudanças comportamentais do evento no decorrer do tempo; **Abrangência**: associação de diversas circunstâncias; **Utilidade**: deve amparar a

tomada de decisão e apontar condições que possam ter mudanças; e **Critérios** éticos (Kluck, 2002).

Para demonstração efetiva do desempenho dos processos relacionados ao sistema CROSS, sua aplicação, e sua qualidade, foram definidos os indicadores que serão coletados para mostrar sua relevância. Os indicadores são:

- a) Produtividade geral: relação entre as consultas realizadas por horas trabalhadas, calculadas para cada especialidade. Mede o rendimento do serviço.

$$\text{Produtividade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de horas trabalhadas}}$$

- b) Rendimento dos Consultórios: é a relação entre o número de atendimentos e o número de consultórios instalados, considerando-se o número de turnos. Mede o uso da estrutura e, indiretamente, seu potencial ocioso.

$$\text{Rendimento de Consultório} = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de atendimentos realizados}}{\text{n}^\circ \text{ de consultórios instalados} \times \text{número de turnos}}$$

- c) Taxa de Retorno Ambulatorial: é o percentual de retornos em relação ao total de consultas realizadas. Avalia as condições de referência e, especialmente contra- referência.

$$\text{Taxa de retornos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de retornos} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de consultas}}$$

- d) Absenteísmo: É o percentual de consultas/ exames agendados que foram realizados em relação ao total de consultas agendadas. Mede as ausências dentro da especialidade.

$$\text{Absenteísmo} = 100 \left[\frac{\text{total de consultas realizadas} - \text{encaixes}}{\text{Total de consultas agendadas}} \right] 100$$

- e) Satisfação dos Usuários em geral: É a relação entre o atendimento, a aprovação de clientes diretos e indiretos e a qualidade pretendida da instituição. Mede a evolução da qualidade nos serviços prestados e sua imagem.

$$\text{Taxa de satisfação} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de conceitos} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de avaliações}}$$

Além dos indicadores, serão coletados dados referentes ao processo de regulação, onde há a participação ou atuação do CROSS, para referenciar pacientes na especialidade de cardiologia.

- a) Referência e contrarreferência.
- b) Consultas de 1º atendimento em cardiologia.
- c) Encaminhamentos externos (exames).
- d) Exames externos.

O levantamento de indicadores da Unidade Hospitalar é proveniente diretamente dos relatórios internos da unidade, relatórios do sistema CROSS e em bases públicas de dados, como o DATASUS, NIH e CQH. Com os indicadores será possível ver os resultados obtidos com a implantação da regulação por meio da ferramenta eletrônica, e isso dará uma melhor percepção aos gestores de qual a importância desse processo.

Os indicadores representados foram escolhidos, pois envolvem os pacientes referenciados pelo CROSS. Apenas indicadores dentro desse mesmo critério serão apresentados aqui, para que ocorra uma melhor análise sobre o sistema. Os indicadores de absenteísmo e de satisfação do usuário serão os principais apresentados para identificar realmente os efeitos da implantação desse sistema.

Para cumprir com o objetivo dessa pesquisa, faremos um comparativo das pesquisas de satisfação realizadas no período de doze meses antes (março de 2009 - fevereiro de 2010) e doze meses depois (março de 2010 – fevereiro de 2011) da implantação do sistema CROSS com a pesquisa a ser realizada neste trabalho, onde poderemos verificar o nível de satisfação antes do sistema, após o sistema e compará-las com o nível atual. As pesquisas de satisfação realizadas nesse período foram coletadas nos ambulatórios, por colaboradores de uma seção com essa função. Diariamente eles percorrem o ambulatório abordando os usuários com um impresso padrão próprios do hospital, entregando aos usuários. Não é feita uma entrevista com o paciente, apenas recebem orientações sobre o impresso e como deve ser preenchido. Fica sob critério do paciente se ele responde ou não, depois de respondido o mesmo pode entregar diretamente no setor responsável ou em caixas de coletas próprias para os impressos de avaliações, queixas e sugestões. Os questionários são tabulados e mensalmente inseridos nos relatórios internos e externos. Possibilitando que seja verificado o nível de satisfação dos serviços em geral. Usaremos essas avaliações, que foram realizadas no período delimitado nesta pesquisa, comparando o antes e o depois.

Para a mensuração da satisfação atual dos usuários, utilizaremos outra técnica de levantamento de dados, que na literatura recebe o nome de *survey*, segundo Silva (2013), esse método é quantitativo, sendo a pesquisa planejada e aplicada pelo

pesquisador, fazendo relação aos objetivos da pesquisa, para poder analisar determinada situação no presente. Ainda segundo o autor, esse é o método de coleta direta com as pessoas, sobre suas expectativas, sentimentos, etc. E o levantamento é feito por meio de questionários, aplicados ao público alvo.

A pesquisa *survey* é quantitativa, mas pode ser utilizada também em pesquisas qualitativas e sua adequação depende do método que pode tanto gerar vantagens como desvantagens. Nesse estudo será aplicada para obter os conceitos atuais (novos) sobre os benefícios do sistema. Facilitando uma nova visão de novas possibilidades de melhorias. Esse método permite que o pesquisador adquira dados que dificilmente conseguiria com outros métodos de coleta, e devido sua importante eficácia deve ser realizado com rigor metodológico (Silva R. K, 2013).

Então, além do levantamento de dados com os indicadores, foi feita uma pesquisa com os usuários e os profissionais do hospital, com a intenção de identificar o nível de satisfação, nos dias de hoje, com relação ao CROSS. O questionário foi elaborado seguindo o modelo utilizado nas pesquisas de satisfação do usuário, do PNASS (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde), porém adaptado para esta pesquisa. O questionário do PNASS possui questões para avaliar a satisfação dos usuários referente aos serviços de saúde e o atendimento recebido nos hospitais, envolvendo as áreas de Emergência, Ambulatório, Internação e Cirurgia, mas aqui utilizaremos apenas as questões da área ambulatorial. Serão doze questões fechadas nas pesquisas realizadas com pacientes e doze questões no questionário aplicado com os funcionários. Os itens avaliados nos questionários são:

- a. Agilidade no agendamento do atendimento.
- b. Agilidade no atendimento.
- c. Acolhimento.
- d. Confiança.
- e. Ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído).
- f. Marcas da humanização.
- g. Expectativa sobre o serviço.

3.2.2. Amostra

Para a pesquisa *survey*, será necessária a definição da amostra a ser utilizada, dentro da população do estudo, ou seja, os sujeitos ou elementos de um grupo no qual se pretende realizar a investigação (Ferreira V., 2015). Pensando em obter uma amostra de qualidade, e considerando que muitos usuários podem preferir não participar da pesquisa, estima-se que teremos uma amostra de 248 respondentes da pesquisa com pacientes e 36 respondentes da pesquisa com funcionários. Para definição da amostra da pesquisa com pacientes, utilizamos a regra de cálculos de respondentes apresentada abaixo, onde “n” é o tamanho da amostra; “N” é o tamanho da população; “E” é o erro tolerável que nas pesquisas de *marketing* é padronizado o valor de 5% (Lucian, 2015).

Cálculo de respondentes:

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

Figura 8. Fórmula estatística para cálculo da amostra

Fonte: Adaptado de Bolfarine & Bussab, 2004.

Considerando os objetivos do presente estudo e sua metodologia, foram definidas as amostras de colaboradores da unidade. O propósito de uma amostra é o de produzir informações que viabilizem relatar parâmetros e resultados adequados e dentro dos limites de dúvidas aceitáveis (Bolfarine & Bussab, 2004).

Foram analisados critérios para inclusão e exclusão de pacientes e funcionários que participaram da entrevista. Como critérios de inclusão, participarão apenas pacientes encaminhados pelo Sistema CROSS, no período de 30 dias, que foram referenciados para primeira consulta ambulatorial, e funcionários que já faziam parte do quadro de colaboradores no período de 12 meses antes da implantação do sistema. Como critérios de exclusão serão verificados se o encaminhamento foi pertinente, e se foi feito pelo Pronto Socorro, ou por outra origem, pois por se tratar de uma unidade com P.S. “portas abertas”, há muitos casos de demanda espontânea, para atendimento de urgência e emergência. Os funcionários que não presenciaram a rotina da unidade no período de 12 meses antes da implantação, não participarão da entrevista.

3.3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Em um projeto de pesquisa é indicado que se faça a análise de dados, pois é dela que se estabelece se os resultados obtidos têm significância. Existem vários testes estatísticos que podem ser utilizados para esse tipo de análise, mas deve ser adotado o teste adequado aos tipos de variáveis presentes no estudo, sendo necessário que o pesquisador tenha conhecimento da real importância da análise estatística e sua contribuição na qualidade do estudo (Iochida & Castro, 2001).

Os indicadores levantados são variáveis quantitativas discretas, são amostras dependentes ou pareadas (Iochida & Castro, 2001).

A distribuição neste estudo, então, será uma distribuição paramétrica, pois os dados coletados são provenientes de uma população distribuída normalmente (Dancey & Reidy, 2013).

Após a coleta dos dados primários e secundários, realizaremos a análise dos dados e indicadores coletados, foi realizado o teste estatístico com o Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) primeiro para verificar a normalidade das amostras, e segundo para testar as diferenças de médias, comparando o mesmo período antes e depois de o sistema CROSS ser implantado no hospital, para se obter uma melhor percepção das mudanças ocorridas após essa implantação, para validação dos resultados pretendidos. Para a análise dos indicadores foi escolhido o Teste *T Student*, pois será observada a diferença entre as médias da amostra pareada (mesmo período antes e depois) e a média populacional, e se essas possuem consistências estatísticas significativas (Silva, Ribeiro, Nunes, Vasconcelos, & Andriola, 2015). Espera-se que esse resultado favoreça a percepção da importância da regulação de forma organizada e como a implantação e utilização do sistema CROSS atuou, ou seja, desafios, avanços, melhorias e benefícios. E favorecer a compreensão do desempenho desse sistema.

Os questionários serão analisados também em seus números absolutos, que representam as expectativas dos usuários desse hospital, mas estes serão considerados como amostras independentes, já que iremos observar o nível de satisfação do usuário e dos funcionários.

3.4. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

- Demora na aprovação do comitê de ética, por ser pesquisa aplicada a seres humanos.
- Tempo para coleta dos dados: a coleta de dados de indicadores dos relatórios internos e externos podem ser executados em tempo hábil, porém para posterior análise pode haver um longo período de seguimento devido à quantidade da amostra;
- Existência de possíveis fatores de confusão nas pesquisas aplicadas aos usuários por motivos de variação das características dos respondentes, como por exemplo, quadro clínico atual, idade, experiências anteriores, etc. Devido a isso, a pesquisa teve participação direta do pesquisador;
- Existência de desinteresse ou receio por parte dos funcionários em fazer parte de uma pesquisa que diz respeito à satisfação do usuário;
- Número pequeno na amostra das pesquisas com os profissionais.

4. RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados aqui, separados em Indicadores, Dados e Entrevista.

INDICADORES:

Produtividade geral: no setor de saúde, não há uma definição ou um conceito exato de produtividade devido às várias características desse setor. Na saúde a produtividade apresenta fatores quantitativos e qualitativos, de extensões que envolvem o coletivo e o particular dentro do setor. Por isso, a mensuração da produtividade em saúde está relacionada aos processos e a organização dos serviços. Assim a produtividade permite que sejam verificados e acompanhados os rendimentos dos serviços prestados, ou seja, a capacidade de produção dos trabalhadores da unidade de saúde (Poz, Pierantoni, & Varella, 1997) (Daltro, 2013). Na tabela 4 apresentamos a taxa de produtividade entre o período de abril de 2009 a março de 2011.

Tabela 4. Índice de produtividade ambulatorial.

Produtividade - Geral (todas as consultas ambulatoriais)													
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	1,78%	1,96%	1,57%	1,71%	5,31%	4,87%	5,24%	5,10%	5,24%	5,16%	5,62%	3,91%	3,96%
2009	4,73%	4,75%	5,96%	5,30%	4,87%	5,62%	2,74%	3,14%	2,40%	2,71%	2,52%	2,05%	3,90%
2010	2,65%	2,38%	2,53%	2,45%	2,74%	2,67%	2,13%	2,26%	2,35%	2,07%	2,21%	2,29%	2,39%
2011	2,10%	3,18%	4,13%	3,03%	2,54%	3,20%	3,34%	3,50%	3,28%	3,25%	3,39%	2,15%	3,09%

Fonte: <http://www.nih.saude.sp.gov.br>, adaptado pelo autor.

Rendimento dos Consultórios: expressa a capacidade produtiva em relação ao tempo trabalhado prestando assistência médica especializada. Considera-se o número de atendimentos efetivos, o número de consultórios dentro da estrutura da Unidade de Saúde, e os turnos de serviços (manhã, tarde e noite) (Magri, Aciole, Salomão, Tagliaferro, & Ribeiro, 2016). A tabela 5 demonstra o desenvolvimento do rendimento dos consultórios dentro do ambulatório, no período antes e depois da implantação do sistema CROSS.

Tabela 5. Rendimentos dos consultórios do ambulatório.

Rendimentos Consultórios – Geral													
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	106,80	117,30	103,10	114,80	124,20	112,50	110,20	114,50	109,10	98,60	109,50	96,10	109,73
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2009	115,00	115,90	120,20	123,80	125,00	122,50	117,20	116,60	116,10	108,90	114,03	104,70	116,81
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2010	132,60	120,60	132,60	126,20	128,00	136,10	115,10	128,80	131,30	114,90	118,60	133,50	125,97
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2011	122,1	129,80	150,40	137,10	134,90	150,50	141,10	136,60	132,70	120,10	132,80	98,80	133,16
	2,2%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: <http://www.nih.saude.sp.gov.br>, adaptado pelo autor.

Taxa de Retorno Ambulatorial: devido ao dever em garantir respostas as necessidades da população, os hospitais devem assegurar que essa necessidade seja atendida. Isso é possível quando o acesso do usuário é realizado sem dificuldade, e com qualidade, favorecendo na prestação de serviços de saúde com continuidade e integralidade, assim fortalecendo, assim o vínculo do usuário com a Instituição. A taxa de retorno ambulatorial representa o resultado do serviço prestado avaliando a referência e a contra-referência (Ortega, et al., 2016). A tabela 6 demonstra a taxa de retorno do ambulatório em geral, no período estudado.

Tabela 6. Taxa de Retorno Ambulatorial.

Taxa de Retorno – Geral													
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	93,4	93,80	93,60	92,80	92,50	92,70	92,70	92,50	93,00	95,00	93,90	92,40	93,19
	0%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2009	92,0	92,50	93,10	93,80	94,20	93,80	92,90	93,70	93,50	94,70	94,30	93,40	93,50
	9%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2010	92,0	92,80	92,20	93,80	94,50	92,00	91,00	92,50	93,40	93,50	92,70	92,20	92,72
	9%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2011	92,6	92,70	92,80	93,00	92,70	92,70	92,30	89,30	89,70	89,10	93,30	92,00	91,85
	0%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: <http://www.nih.saude.sp.gov.br>, adaptado pelo autor.

Absenteísmo: são as ausências dos pacientes, que caracterizam o desperdício de vagas de consultas ou exames, pois causam impacto na resolubilidade e na continuidade assistencial, além da perda de recursos públicos (Sousa R., 2015). A tabela 7 mostra a queda no absenteísmo das consultas de 1º atendimento em cardiologia, ou seja, no acesso a essa especialidade.

Tabela 7. Índice de Absenteísmo.

		Taxa de Retorno - Geral											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	93,4	93,8	93,6	92,0	92,5	92,7	92,7	92,5	93,0	95,0	93,9	92,4	93,19
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2009	92,0	92,5	93,1	93,8	94,2	93,8	92,9	93,7	93,5	94,7	94,3	93,4	93,50
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2010	92,0	92,8	92,2	93,8	94,5	92,0	91,0	92,5	93,4	93,5	92,7	92,2	92,72
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2011	92,6	92,7	92,8	93,0	92,7	92,7	92,3	89,3	89,7	89,1	93,3	92,0	91,85
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

Fonte: relatórios internos, adaptado pelo autor.

Satisfação dos Usuários em geral: a satisfação dos usuários é um importante indicador nos serviços de saúde pública, ele apresenta o nível de qualidade e o valor percebido pelos usuários da instituição, e contribui na avaliação do serviço prestado. Com a mensuração da satisfação é possível verificar se há a necessidade de novas estratégias de gestão, ou apenas a preservação da situação atual (Arruda & Bosi, 2016). A avaliação dos usuários segundo Souza, Scatena, & Kehrig (2016), pode se justificar por quatro motivos, o primeiro é referente ao alto custo da assistência, o segundo é referente ao custo oportunidade, o terceiro é referente planejamento de ações e prioridades, e o quarto é referente monitoramento(Souza, Scatena, & Kehrig, 2016). A Tabela 8 apresenta o nível de satisfação dos usuários da instituição, em seu contexto geral, envolvendo também os pacientes de primeira consulta encaminhados pelo Sistema CROSS, e mostra o percentual individual de cada conceito avaliado.

Tabela 8. Índices de satisfação dos usuários em geral.

		Satisfação dos Usuários - Geral											
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	19.500	17.593	17.123	18.340	24.251	20.704	20.708	22.179	18.494	16.671	18.311	21.476	19.613
Muito Bom	47,2%	47,1%	47,7%	50,6%	56,3%	52,8%	53,5%	54,4%	51,6%	51,8%	52,9%	51,4%	51,4%
Bom	37,0%	37,4%	37,9%	37,0%	35,5%	37,0%	34,4%	34,7%	34,3%	34,8%	34,3%	36,0%	35,9%
Regular	10,5%	11,3%	10,0%	9,6%	6,3%	7,1%	7,8%	6,9%	9,1%	8,9%	8,8%	8,8%	8,8%
Ruim	5,3%	4,2%	4,4%	2,7%	2,0%	3,1%	4,2%	4,1%	5,0%	4,5%	4,0%	3,8%	3,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%	100,1%	100,0%	99,9%	100,1%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2009	25.429	23.677	21.083	27.904	25.719	20.883	21.055	19.305	18.893	14.597	19.255	17.631	21.286

Muito Bom	51,0%	53,2%	54,1%	52,3%	50,7%	54,2%	51,5%	51,6%	49,3%	48,8%	50,5%	47,2%	51,2%
Bom Regular	35,7%	33,0%	33,5%	34,4%	33,8%	33,9%	35,3%	33,5%	35,3%	35,2%	34,7%	34,6%	34,4%
Ruim	9,3%	8,8%	9,0%	9,2%	9,4%	8,6%	9,3%	10,2%	10,0%	10,3%	10,1%	11,6%	9,6%
	4,0%	5,1%	3,5%	4,1%	6,1%	3,4%	3,9%	4,7%	5,4%	5,6%	4,8%	6,6%	4,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2010	21.222	17.453	20.453	18.995	23.645	23.557	18.400	18.956	18.897	15.833	16.195	14.291	18.991
Muito Bom	51,1%	51,5%	48,2%	50,4%	50,0%	52,3%	50,2%	51,7%	49,0%	50,9%	49,9%	46,7%	50,2%
Bom Regular	35,3%	35,1%	35,4%	37,0%	38,0%	36,5%	37,8%	37,0%	38,2%	35,9%	37,3%	40,1%	37,0%
Ruim	9,2%	8,9%	11,6%	9,1%	8,9%	8,1%	8,9%	8,2%	9,2%	9,4%	9,1%	9,3%	9,2%
	4,5%	4,5%	4,8%	3,3%	3,2%	3,1%	3,2%	3,1%	3,7%	3,7%	3,7%	3,9%	3,7%
	100,1%	100,0%	100,0%	99,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
2011	8.499	14.925	21.849	17.158	15.570	25.582	25.013	24.402	22.312	22.192	26.152	12.498	19.679
Muito Bom	47,7%	52,4%	48,3%	52,7%	50,8%	48,9%	47,7%	48,6%	46,7%	48,5%	45,0%	45,8%	48,6%
Bom Regular	37,9%	36,4%	40,2%	36,7%	38,1%	39,3%	39,0%	39,4%	40,4%	38,9%	42,6%	41,7%	39,2%
Ruim	10,1%	8,7%	8,8%	7,8%	8,6%	9,3%	10,0%	9,2%	10,0%	9,4%	9,7%	9,7%	9,3%
	4,4%	2,5%	2,7%	2,8%	2,5%	2,5%	3,4%	2,8%	3,0%	3,0%	2,7%	2,8%	2,9%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,10%	100,00%	100,10%	99,80%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: relatórios internos, adaptado pelo autor.

DADOS COLETADOS:

Referência e Contra-referências: nos dados apresentados na Tabela 9, referência são as consultas de primeira vez agendadas pelo sistema CROSS e atendidas no Hospital. Contra-referência são os atendimentos que foram encaminhados de volta para sua unidade de origem, por não serem pacientes com diagnósticos de alta complexidade.

Tabela 9. Quantidade de pacientes referenciados para o Hospital e contra-referenciados.

Referência e Contra-Referência													
referencia	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	546	553	500	639	638	561	546	575	470	326	495	462	526
2009	438	576	521	441	401	497	522	473	457	438	396	445	467
2010	521	554	612	526	607	704	701	608	621	568	614	748	615
2011	641	620	735	659	515	692	724	638	721	652	597	590	649
contra-referencia	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	2	5	5	13	9	4	11	7	11	6	13	6	8
2009	6	9	3	6	8	10	5	2	0	3	5	7	5
2010	4	9	0	7	2	4	2	3	5	7	5	1	4
2011	11	10	1	0	7	7	21	12	0	28	18	7	10

Fonte: relatórios internos, adaptado pelo autor.

Encaminhamentos de exames externos: na Tabela 10, temos a quantidade de exames agendados por meio do sistema CROSS para serem realizados em outras unidades, já que a unidade não dispõe de alguns tipos de exames.

Tabela 10. Exames encaminhados para outras unidades.

Exames encaminhados para unidades externas													
Agendados	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Média
Antes (abr/09 – mar/10)	19	15	9	3	18	12	15	7	7	21	35	47	17
Depois (abr/10 – mar/11)	22	25	32	33	42	52	38	38	33	39	23	-	34
Realizados	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Média
Antes (abr/09 – mar/10)	13	4	7	0	9	8	12	5	3	16	23	32	11
Depois (abr/10 – mar/11)	19	19	28	22	31	39	26	16	16	26	19	-	24

Fonte: www.cross.saude.sp.gov.br e relatórios internos, adaptado pelo autor.

Exames recebidos - externos: as Tabelas 11, 12, e 13, apresentam a quantidade ofertada e efetivamente atendida, dos exames de Teste Ergométrico, Ecocardiograma e Holter, que foram agendados por outras unidades, para serem realizados no Hospital onde foi realizada a pesquisa.

Tabela 11. Quantidade de Teste Ergométrico ofertados e realizados.

Teste Ergométrico - pacientes externos													
Ofertados	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
2009	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
2010	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
2011	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Realizados	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	31	29	21	21	21	18	23	24	14	15	19	15	21
2009	25	17	20	21	19	23	23	22	24	16	19	8	20
2010	22	24	23	26	20	24	28	28	33	31	26	22	26
2011	22	30	24	26	23	33	22	28	22	21	22	30	25

Fonte: www.cross.saude.sp.gov.br e relatórios internos, adaptado pelo autor.

Tabela 12. Quantidade de Ecocardiogramas ofertados e realizados.

Ecocardiogramas Transtorácicos - pacientes externos													
Ofertados	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
2009	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
2010	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
2011	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Realizados	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	97	125	93	112	107	115	105	116	99	81	70	74	100
2009	98	139	150	61	57	76	117	97	97	123	102	111	102
2010	104	118	145	142	147	144	130	142	139	119	120	133	132
2011	136	116	199	200	200	200	200	199	198	200	196	150	183

Fonte: www.cross.saude.sp.gov.br e relatórios internos, adaptado pelo autor.

Tabela 13. Quantidade de Holter ofertados e realizados.

Holter - pacientes externos													
Ofertados	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
2009	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
2010	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
2011	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
realizados	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Média
2008	14	21	13	14	15	18	12	11	4	7	15	13	13
2009	15	12	20	15	9	10	14	11	20	9	13	7	13
2010	11	18	21	19	22	19	19	17	18	20	21	23	19
2011	22	21	21	22	21	14	17	20	22	24	19	25	21

Fonte: www.cross.saude.sp.gov.br e relatórios internos, adaptado pelo autor.

Os dados e indicadores apresentados acima foram analisados estatisticamente para poder apresentar uma real análise das diferenças entre as médias, o primeiro teste realizado foi o teste da normalidade das amostras de onde foi decidido qual o teste estatístico deveria ser realizado. Abaixo apresento o resultado do teste de normalidade que demonstrou que todas as amostras eram normais, sendo então após isso escolhido o Teste *T Student* para a análise das variáveis e médias.

Tabela 14. Teste de normalidade – SPSS.

Indicador	Descritivos			Diferenças extremas			Kolmogorov-Smirnov Z	p-value
	n	Média	Desvio Padrão	Absoluta	Positiva	Negativa		
Produtividade	48	3,364	1,337	,180	,180	-,118	1,244	,091
Rendimento dos consultórios	48	121,290	12,608	,083	,083	-,065	,572	,899
Satisfação Muito Bom	48	50,255	2,689	,084	,041	-,084	,582	,887
Satisfação Bom	48	36,611	2,248	,106	,106	-,061	,736	,651
Satisfação Regular	48	9,183	1,065	,123	,096	-,123	,855	,458
Satisfação Ruim	48	3,833	1,020	,087	,087	-,075	,601	,862
Taxa de Retorno	48	92,816	1,197	,164	,081	-,164	1,139	,150
Absenteísmo	48	37,916	13,465	,151	,151	-,127	1,045	,225
Referencia	48	564,250	98,863	,063	,051	-,063	,437	,991
Contrareferencia	48	6,813	5,464	,174	,174	-,106	1,204	,110
Exames Encaminhados Para Outro Serviço	23	25,435	13,783	,118	,092	-,118	,565	,907
Exames Realizados Em Outro Serviço	23	17,087	10,331	,087	,087	-,067	,420	,995
Teste Ergométrico	48	22,813	5,051	,136	,136	-,110	,944	,335
Eco	48	129,146	40,806	,137	,117	-,137	,948	,330
Holter	48	16,417	5,027	,134	,071	-,134	,927	,356
SATISFAÇÃO POSITIVA	48	86,866	2,044	,157	,077	-,157	1,085	,190

Fonte: Resultado do teste de anormalidade feito por meio do programa SPSS, adaptado pelo autor

Após a verificação das variáveis com o teste de normalidade, e ser definido o teste a ser realizado, consideramos as hipóteses para cada variável e obtivemos os resultados abaixo apresentados na Tabela 15. Os únicos dados com diferenças não significativas nas médias foram os de Contrareferência, os demais todos apresentaram diferenças de acordo com o que se esperava nesse estudo e serão sua análise será apresentada no próximo capítulo.

Tabela 15. Teste de diferença de médias *T Student*.

Indicador	Período	N	Médias	Desvio Padrão	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença da média	Diferença de erro	Negativo	Positivo
Produtividade	Pré-implantação	24	3,989	1,591	,325	3,638	46,00	,001	1,250	,344	,559	1,942
	Pós-implantação	24	2,738	,550	,112	3,638	28,43	,001	1,250	,344	,547	1,954
Rendimento dos consultórios	Pré-implantação	24	113,193	7,677	1,567	-5,786	46,00	,000	-16,195	2,799	-21,829	-10,561
	Pós-implantação	24	129,388	11,362	2,319	-5,786	40,38	,000	-16,195	2,799	-21,850	-10,539
Taxa de retorno	Pré-implantação	24	93,345	,766	,156	3,386	46,00	,001	1,058	,313	,429	1,687
	Pós-implantação	24	92,287	1,326	,271	3,386	36,81	,002	1,058	,313	,425	1,692
Absentéismo	Pré-implantação	24	48,968	6,092	1,243	10,071	46,00	,000	22,103	2,195	17,685	26,520
	Pós-implantação	24	26,865	8,860	1,808	10,071	40,78	,000	22,103	2,195	17,669	26,536
Referencia	Pré-implantação	24	496,500	75,528	15,417	-6,511	46,00	,000	-135,500	20,810	-177,388	-93,612
	Pós-implantação	24	632,000	68,476	13,978	-6,511	45,57	,000	-135,500	20,810	-177,399	-93,601
Contrareferencia	Pré-implantação	24	6,500	3,464	,707	-,393	46,00	,696	-,625	1,592	-3,829	2,579
	Pós-implantação	24	7,125	6,986	1,426	-,393	33,66	,697	-,625	1,592	-3,861	2,611
Exames encaminhados	Pré-implantação	11	14,636	8,812	2,657	-5,477	21,00	,000	-20,697	3,779	-28,556	-12,838

para outro serviço	Pós-implantação	12	35,333	9,267	2,675	-5,489	20,97	,000	-20,697	3,770	-28,539	-12,855
Exames realizados em outro serviço	Pré-implantação	11	9,091	6,580	1,984	-5,321	21,00	,000	-15,326	2,880	-21,316	-9,336
	Pós-implantação	12	24,417	7,179	2,072	-5,342	21,00	,000	-15,326	2,869	-21,292	-9,360
Teste ergométrico	Pré-implantação	24	20,333	4,905	1,001	-3,874	46,00	,000	-4,958	1,280	-7,535	-2,382
	Pós-implantação	24	25,292	3,906	,797	-3,874	43,81	,000	-4,958	1,280	-7,538	-2,378
Eco	Pré-implantação	24	100,917	23,061	4,707	-6,632	46,00	,000	-56,458	8,514	-73,595	-39,321
	Pós-implantação	24	157,375	34,752	7,094	-6,632	39,97	,000	-56,458	8,514	-73,665	-39,251
Holter	Pré-implantação	24	13,000	4,222	,862	-6,410	46,00	,000	-6,833	1,066	-8,979	-4,687
	Pós-implantação	24	19,833	3,074	,627	-6,410	42,04	,000	-6,833	1,066	-8,985	-4,682
SATISFAÇÃO POSITIVA	Pré-implantação	24	86,265	2,500	,510	-2,109	46,00	,040	-1,201	,570	-2,348	-,055
	Pós-implantação	24	87,467	1,239	,253	-2,109	33,66	,042	-1,201	,570	-2,359	-,043
SATISFAÇÃO NEGATIVA	Pré-implantação	24	13,550	2,115	,432	2,102	46,00	,041	1,067	,507	,045	2,088
	Pós-implantação	24	12,483	1,306	,267	2,102	38,32	,042	1,067	,507	,040	2,094

Fonte: Resultado do teste de diferença de médias feito por meio do programa SPSS, adaptado pelo autor.

ENTREVISTAS:

O questionário 1 foi aplicado aos pacientes que foram encaminhados pelo sistema CROSS. Após todo o processo de cadastro, abertura de ficha, exame e consulta, os pacientes foram abordados e solicitados que contribuíssem com sua participação na pesquisa de satisfação. Tivemos um total de 250 respondentes. Respostas do Questionário 1 – Aplicado aos usuários de 1º atendimento agendados pelo sistema CROSS e atendidos na data agendada pelo sistema.

Escolaridade	Total	%
Não Alfabetizado	2	0,80%
Fundamental incompleto	46	18,40%
Fundamental Completo	52	20,80%
Médio Incompleto	31	12,40%
Médio Completo	78	31,20%
Superior Incompleto	8	3,20%
Superior Completo	17	6,80%
Não Respondeu	16	6,40%
	250	100,00%

1. Para ser atendido neste estabelecimento de saúde, o (a) senhor (a):

Opções de respostas	Total	%
Precisou agendar/ marcar o procedimento (já chegou com data e hora marcada para realizar o procedimento).	250	100,00%
Foi atendimento de emergência (procurou o estabelecimento de saúde por livre procura, não precisou agendar/marcar o procedimento).	0	0,00%
Não sabe/não respondeu.	0	0,00%
	250	100,00%

2. Quanto tempo o (a) senhor (a) esperou para marcar este procedimento?

Opções de respostas	Total	%
até 30 dias	158	63,20%
de 31 a 90 dias	44	17,60%
de 3 meses a 6 meses	27	10,80%
de 6 meses a 1 ano	10	4,00%
mais de 1 ano	6	2,40%
Não sabe/Não respondeu	5	2,00%
	250	100,00%

3. O (a) senhor (a) considera que esse tempo de espera para marcar o procedimento foi:

Opções de respostas	Total	%
Bom	160	64,00%
Regular	53	21,20%
Ruim	36	14,40%
Não sabe/Não respondeu	1	0,40%
	250	100,00%

4. No dia do procedimento, quanto tempo o (a) senhor (a) levou para ser atendido dentro do serviço?

Opções de respostas	Total	%
Até 30 minutos	41	16,40%
Até 1 hora	41	16,40%

Até 2 horas	75	30,00%
Até 4 horas	83	33,20%
Até 12 horas	10	4,00%
Mais de 12 horas	0	0,00%
Não sabe/não respondeu	0	0,00%
	250	100,00%

5. O (a) senhor (a) considera que esse tempo de espera para ser atendido foi:

Opções de respostas	Total	%
Bom	168	67,20%
Regular	66	26,40%
Ruim	16	6,40%
Não sabe/Não respondeu	0	0,00%
	250	100,00%

6. Como o (a) senhor (a) avalia a sinalização do estabelecimento para encontrar o local onde precisa ir?

Opções de respostas	Total	%
Boa	203	81,20%
Regular	40	16,00%
Ruim	4	1,60%
Não sabe/Não respondeu	3	1,20%
	250	100,00%

7. Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento da equipe de saúde?

Opções de respostas	Total	%
Bom	240	96,00%
Regular	9	3,60%
Ruim	0	0,00%
Não sabe/Não respondeu	1	0,40%
	250	100,00%

8. O (a) senhor (a) sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

Opções de respostas	Total	%
Sim	238	95,20%
Não	8	3,20%
Não sabe/Não respondeu	4	1,60%
	250	100,00%

9. Como o (a) senhor (a) avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento?

Opções de respostas	Total	%
Muito Bom	83	33,20%
Bom	142	56,80%

Regular	15	6,00%
Ruim	5	2,00%
Muito ruim	1	0,40%
Não sabe/Não respondeu	4	1,60%
	250	100,00%

10. De uma maneira geral, como o (a) senhor (a) avalia este hospital?

Opções de respostas	Total	%
Bom	239	95,60%
Regular	8	3,20%
Ruim	1	0,40%
Não sabe/Não respondeu	2	0,80%
	250	100,00%

11. O (a) senhor (a) sabe onde reclamar quando não é bem atendido?

Opções de respostas	Total	%
Sim	59	23,60%
Não	185	74,00%
Não sabe/Não respondeu	6	2,40%
	250	100,00%

12. O (a) senhor (a) sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?

Opções de respostas	Total	%
Sim	117	46,80%
Não	122	48,80%
Não sabe/Não respondeu	11	4,40%
	250	100,00%

O segundo questionário foi aplicado internamente. Foram respondidos por colaboradores e gestores dentro do hospital para avaliar como o sistema é visto por eles, se sua utilização é clara para os funcionários e quais as expectativas de todos em relação à utilização do sistema. Respostas do Questionário 2 – Aplicado aos colaboradores do Hospital que já utilizaram o sistema.

Escolaridade	Feminino	Masculino	Total	%
Não Alfabetizado			0	0,00%
Fundamental incompleto			0	0,00%
Fundamental Completo			0	0,00%
Médio Incompleto			1	3,45%
Médio Completo	8	3	11	37,93%
Superior Incompleto	5	4	9	31,03%

Superior Completo	5	3	8	27,59%
Não Respondeu			0	0,00%
	18	11	29	100,00%

1. Conheço o sistema CROSS.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo				0	0,00%
Nem discordo nem concordo			2	2	6,90%
Concordo			18	18	62,07%
Concordo totalmente	1		8	9	31,03%
				29	100,00%

2. Este hospital encaminha pacientes para outras especialidades ou exames, por meio de agendamentos no sistema CROSS.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo				0	0,00%
Nem discordo nem concordo			4	4	13,79%
Concordo	1		17	18	62,07%
Concordo totalmente			7	7	24,14%
				29	100,00%

3. Com o sistema CROSS é possível identificar a origem do paciente.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Nunca			1	1	3,45%
Raramente			1	1	3,45%
Às vezes			3	3	10,34%
Quase sempre			3	3	10,34%
Sempre	1		17	18	62,07%
não sabe			3	3	10,34%
				29	100,00%

4. Conheço o processo de regulação de pacientes por meio do sistema CROSS.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo			2	2	6,90%
Nem discordo nem concordo			5	5	17,24%
Concordo	1		17	18	62,07%
Concordo totalmente			4	4	13,79%
				29	100,00%

5. Este hospital recebe paciente de 1º atendimento em cardiologia agendados pelo sistema CROSS

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo				0	0,00%
Nem discordo nem concordo			2	2	6,90%
Concordo			15	15	51,72%

Concordo totalmente	1	11	12	41,38%
			29	100,00%

6. Você utiliza o sistema CROSS para alguma atividade (receber ou encaminhar pacientes)?

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Nunca				0	0,00%
Raramente				0	0,00%
Às vezes			8	8	27,59%
Quase sempre			3	3	10,34%
Sempre	1		17	18	62,07%
				29	100,00%

7. Ao ser implantado nesse Hospital, o sistema CROSS organizou os agendamentos de paciente de 1º atendimento.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo			3	3	10,34%
Nem discordo nem concordo			10	10	34,48%
Concordo	1		12	13	44,83%
Concordo totalmente			3	3	10,34%
				29	100,00%

8. Após ser implantado o sistema CROSS a qualidade de encaminhamentos melhorou.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
				0	0,00%
				0	0,00%
	1		17	18	62,07%
			9	9	31,03%
			2	2	6,90%
				29	100,00%

9. O sistema CROSS atende as expectativas dos usuários, quando se trata de um agendamento mais prático.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo			2	2	6,90%
Nem discordo nem concordo			12	12	41,38%
Concordo	1		11	12	41,38%
Concordo totalmente			3	3	10,34%
				29	100,00%

10. Utilizar o sistema CROSS É prático e ágil.

Opções de respostas	médicos	enfermagem	outros	total de respostas	%
Discordo totalmente				0	0,00%
Discordo			2	2	6,90%
Nem discordo nem concordo	1		10	11	37,93%
Concordo			14	14	48,28%
Concordo totalmente			2	2	6,90%
				29	100,00%

11. Na sua opinião, é necessário atualizações ou melhorias no sistema CROSS.

Opções de respostas	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
1 Discordo totalmente			1	1	3,45%
2 Discordo				0	0,00%
3 Nem discordo nem concordo			10	10	34,48%
4 Concordo			11	11	37,93%
5 Concordo totalmente	1		6	7	24,14%
				29	100,00%

11.a. Caso concorde com a afirmação na questão anterior descreva aqui, sua opinião de quais as melhorias necessárias no sistema CROSS

	Médicos	Enfermagem	Outros	Total	%
	1		12	13	100,00%
				0	0,00%
				0	0,00%
				0	0,00%
				0	0,00%
				13	100,00%

1. Deveriam promover cursos para divulgar todas as possibilidades do CROSS. Poderia também haver melhoria na interface

2. Não tenho acesso a todas as possibilidades do sistema

3. Praticidade na transferência. Maior facilidade em descobrir o leito.

4. Concordo que sejam necessárias melhorias na página do CROSS, que muitas vezes é lento o carregamento e principalmente maior atenção dos colaboradores que realizam o cadastro dos pacientes que na maioria das vezes está errado, dificultando a localização na hora da pesquisa.

5. Opção de consulta na demanda por recursos, os pacientes que estão agendados e ainda não foram avisados, mensalmente

6. Atualizações para que não trave, e não deixe os pacientes esperando para um agendamento.

7. Melhorias na rapidez do acesso para lançar consulta e exames em espera ou marcá-los. Facilitar a pesquisa de pacientes inseridos na demanda de recursos.

8. O sistema deveria avisar a Unidade na hora do agendamento quando o paciente já tiver passagem no Hospital, para que não seja marcada uma consulta de 1º atendimento para pacientes que já fizeram esse procedimento

9. Melhorias no agendamento com utilização de menos telas para pesquisas e mais vagas para consultas e exames.

10. tempo de espera para consultas e esclarecimentos de cada agendamento.

11. Opção de listar pacientes na DRQ por grupos de exames (USG - TCS - RNM). Programar consulta e exames com maior janela de datas

12. É fundamental a orientação e treinamento das pessoas que fazem o agendamento, pois muitos nem sabem o que é serviço terciário e fazem o encaminhamento errado.

13. Por ser um sistema governamental que atende todo o estado, em relação à marcação de consultas e exames, procurar encaminhar os pacientes para locais mais próximos de sua residência, porque muitas vezes os pacientes perdem as consultas por serem muito distantes.

4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados dos indicadores e dados apresentados, podemos afirmar que após a aplicação do sistema CROSS no hospital onde foi realizado esse estudo, os resultados verificados como médias, apresentaram repostas positivas. Há também alguns casos onde observamos uma diferença negativa, mas não de

grandes proporções. A produtividade dos consultórios do ambulatório teve queda, mas podemos considerar que a partir do momento em que começaram a ser referenciados pacientes que seguem um determinado protocolo de regulação, o número de novos pacientes passou a ser controlado, diminuindo a produtividade ambulatorial.

O rendimento dos consultórios apresentou crescimento, e podemos avaliar que com o número de encaminhamentos pertinentes e adequados, os atendimentos ficaram mais qualificados, o que favoreceu no aumento desse rendimento, e também não houve desperdício de tempo para avaliação das hipóteses diagnósticas, e a confirmação de diagnósticos cardiológicos, e como consequência, os retornos solicitados com maior clareza do quadro do paciente.

A taxa de retorno teve queda, devido ao número de pacientes contra-referenciados, ou seja, não eram de diagnósticos de alta complexidade, que é o serviço prestado pelo hospital onde se realizou esse estudo. Sendo assim, os pacientes que não atendiam os critérios para tratamento e acompanhamento, foram encaminhados para sua unidade de atenção básica, para seguir acompanhamento, de acordo com seu diagnóstico.

O absenteísmo teve queda significativa, pois esse indicador mostra o aproveitamento das vagas ofertadas, e notoriamente vemos que as faltas diminuíram, evitando o desperdício e aumentando a atendimento as necessidades da população. Então se percebe que o agendamento eletrônico além de organizar o fluxo de regulação, contribuiu também na oferta e na demanda, evitando que sejam perdidos recursos ou que sejam mal utilizados.

Nas pesquisas de satisfação realizadas no período de doze meses antes e doze meses depois da implantação do CROSS, notamos que o maior índice teve queda, mas verificamos que o percentual de queda no conceito muito bom foi realocado para o conceito bom, e assim ocorreu também com os demais conceitos. Consideramos a queda do conceito muito bom, ao seguinte motivo, antes do sistema CROSS, muitos pacientes eram agendados para o hospital de forma irregular, envolvendo até casos que não eram de cardiologia, o que facilitava ao usuário indicar o conceito muito bom. Após a implantação do sistema, esses agendamentos passaram a seguir o protocolo, ou seja, limitou o acesso de pacientes com diagnósticos que não correspondiam à alta complexidade, e bloqueou os encaminhamentos incorretos ao hospital, então os respondentes do conceito muito bom diminuíram.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Buscar qualidade na prestação de serviços é um dos princípios encontrados em todas as instituições, não apenas na área de saúde, mas em geral, é o modo de se agregar valor e conquistar a confiança de seus clientes. Instrumentos de avaliação da satisfação, auxiliam os gestores em obter informações sobre o bom funcionamento de seus processos (Bopsin, Bassani, Riella, & Antunes, 2015).

Os resultados mostraram que com a implantação do sistema CROSS no hospital, ocorreram mudanças positivas, os indicadores detalham melhores resultados, os dados coletados apresentam números mais adequados e a satisfação dos pacientes teve também mudanças e comparando com o período estudado e os dias atuais, os pacientes estão satisfeitos com o agendamento feito, mesmo não sendo conhecedores da parte tecnológica.

O absenteísmo ambulatorial se dá devido à falta do paciente a uma consulta ou exame previamente agendado, isso faz com que se caracterize o desperdício de recursos em saúde, pois outros pacientes estão à espera de uma mesma oportunidade, ou seja, de receber a assistência necessária, e pode contribuir no aumento da espera por consultas e exames (Bittar, Magalhães, Martines, Felizola, & Falcão, 2016).

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

5.1. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS

Foi possível ter a percepção das expectativas da sociedade em relação à prestação de serviços na saúde pública, os pacientes participantes da pesquisa demonstraram que quando se trata de saúde, eles exigem um alto nível de qualidade no atendimento. Houve casos em que o respondente identificou como regular todos os critérios, mas avaliou o hospital com o critério bom, o que demonstrou que eles tem uma opinião bem peculiar sobre cada aspecto, e já chegam na unidade de saúde com uma expectativa bem alta. Com relação ao agendamento feito de forma eletrônica, eles se mostraram completamente satisfeitos com a praticidade e agilidade com que conseguiram a vaga

para a consulta. Excetos alguns casos em que o tempo de espera foi maior do que o desejado.

Em casos de paciente que não eram de alta complexidade, alguns apresentaram respostas negativas, pois a maioria não compreendia que o hospital atende casos terciários. Já na pesquisa feita com os funcionários, a divergência de opinião sobre o sistema foi grande, pois há quem o utiliza com maior frequência, e há os que o utiliza esporadicamente. Identificamos também a deficiência no conhecimento do sistema por muitos funcionários, e a necessidade de mais treinamentos para os que o utilizam poucas ou raras vezes. A limitação encontrada nesta pesquisa esteve apenas na aplicação da pesquisa, pois essa dependia da liberação do Comitê de Ética.

Para pesquisas futuras, indicamos um estudo que possa ser feito em diferentes unidades que acessam o sistema CROSS, fazendo também pesquisas com pacientes e funcionários. Não há muitos trabalhos acadêmicos que tratem do tema de regulação feita por meio eletrônico, ou pelo próprio sistema CROSS, uma sugestão seria aprofundar melhor esse tema.

REFERÊNCIAS

- ABC do SUS - Doutrinas e Princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. (1990). Brasília: Ministério da Saúde.*
- Albieri, F., & Cecilio, L. (2015). De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Debate*, 184-195.
- Albuquerque, M. d., Praciano, L. P., Costa, A. M., & Melo Filho, D. A. (2013). Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc*, 223-236.
- Almeida, P., Giovanella, L., Mendonça, M., & Escorel, S. (2010). Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, 286-298.
- Alves, S. A. (13 de Agosto de 2013). A Política Estadual de Regulação e a CROSS. São Paulo, Brasil.
- Arakawa, A., Lopes-Herrera, S., Caldana, M., & Tomita, N. (2012). Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. *CEFAC*.
- Arruda, C., & Bosi, M. (2016). Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.
- Azevedo, S. (2016). O programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí. *HOLOS*, 402-413.
- Baduy, R. S., Feuerwerker, L. C., Zucoli, M., & Borian, J. T. (2011). A Regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Caderno de Saúde Pública*, 295-304.
- Baptista, L. (2016). Análise da Lucratividade de Clientes de uma Operadora de Saúde. São Paulo: Departamento de Administração da Faculdade de Economia Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
- Barbosa, D., Barbosa, N., & Najberg, E. (2016). Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 49-54.
- Bittar, O., Magalhães, A., Martines, C., Felizola, N., & Falcão, L. (2016). Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA.
- Bolfarine, H., & Bussab, W. (maio de 2004). Elementos de amostragem.

- Bopsin, M., Bassani, L., Riella, C., & Antunes, M. (2015). ALIMENTAÇÃO HOSPITALAR: AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE – RS. *Caderno Pedagógico*, 137-147.
- Carvalho, M. C. (2013). *Implantação da Central de Regulação de Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no período de 2008 a 2009*.
- Carvalho, M., Santos, N., & Campos, G. (2013). A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória. *Saúde em Debate*, 372-387.
- CEBES. (outubro de 2014). Redes de Atenção a Saúde. *Construindo o cuidado integral*. Rio de Janeiro, Brasil: Revista Divulgação em Saúde para Debate.
- Cintra, R., Gonçalves, L., Dias, B., Vieira, S., Pacagnan, M., & Dalmas, J. (18-20 de Novembro de 2012). A Satisfação dos Usuários sobre os Serviços do Sistema de Saúde Pública Brasileiro: um Estudo no Hospital Universitário Federal.
- CONAENF. (Outubro de 2015). Enfoque do adoecimento crônico entre pessoas com doença cardiovascular. 7º CONCLAVE DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE POSITIVO.
- CONASS. (2007). Assitência de Média e Alta Complexidade no SUS. Em *Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. vol 9*. Brasília.
- CONASS. (2011). *Regulação em Saúde - Coleção para entender a Gestão do SUS*. Brasília.
- CROSS. (2015). Revista CROSS. *Central de regulação de Ofertas e Serviços de Saúde*. São Paulo, Brasil.
- Daltro, E. (2013). *Contratualização e Desempenho Hospitalar: Uma análise aplicada aos hospitais filatropicos do Estado da Bahia*. Salvador, Bahia, Brasil: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Penso.
- Decreto nº 56.061. (02 de Agosto de 2010). *Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde- CROSS e dá providências correlatas*. São Paulo, Brasil.
- Diretrizes Operacionais. (09 de fevereiro de 2006). *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, Brasil.
- Ferreira, J. B. (2007). *Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde*. Ribeirão Preto, Brasil.
- Ferreira, M., Lopes, A., Lion, M., Lima, D., Nogueira, D., & Pereira, A. (2016). Absenteísmo em consultas odontológicas programáticas na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 411-419.
- Ferreira, V. (2015). *Satisfação dos profissionais de saúde em meio hospitalar público, privado e parceria público-privada*. Lisboa.

- Gamarra, T., & Porto, M. (2015). Regulação em Saúde e Epistemologia Política: Contribuições da Ciência Pós-Normal para enfrentar as incertezas. *Organizações & Sociedade*, 405-422.
- Gawryszewski, A. R., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. (2010). *Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação*. BR433.1 - CB/C - Biblioteca Biomédica C.
- Giannotti, E. M. (2013). A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos. São Paulo.
- Henrique, F. (2015). *Métodos e Tipos de Pesquisa*. Fonte: TCCendo: <http://comofazerumtcc.blogspot.com.br/p/tipos-de-pesquisa.html>
- Iochida, L., & Castro, A. (2001). Planejamento da Pesquisa. *Projeto de Pesquisa (Parte VIII - Método Estatístico/Análise Estatística)*. São Paulo.
- Kluck, M. (ABRIL de 2002). ANVISA - Seminário sobre INDICADORES HOSPITALARES – abril 2002. *Indicadores de qualidade assistencial - Projeto SIPAGEH e o HCPA*. Faculdade de Medicina / HCPA.
- Llauradó, O. (23 de Janeiro de 2015). *A atualidade sobre market research*. Fonte: Netquest: <http://www.netquest.com/blog/br/escala-likert/>
- Lucian, R. (2015). Protocolos para análises estatísticas: Uma revisão teórica das principais decisões em Métodos Quantitativos em Administração. *Revista Eletrônica de Ciências - VEREDAS*, 131-145.
- Magri, L., Aciole, G., Salomão, F., Tagliaferro, E., & Ribeiro, L. (2016). Estudo comparativo de indicadores de saúde bucal em município do estado de São Paulo. *SAÚDE EM DEBATE*, 144-155.
- Maia, C., & Guilhem, D. (2016). A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. *Pan American Journal of Public Health*, 155-160.
- Mansur, A. d., & Favarato, D. (2010). *Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo*. São Paulo.
- Martins, M., Goese, P., Barrionovo, M., & Massarollo, M. (2015). Direitos dos pacientes requeridos em um serviço público de. *Revista Rene*, 337-344.
- Moimaz, S., Marques, J., Saliba, O., Garbin, C., Zina, L., & Saliba, N. (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 1419-1440.

- Moresi, E. (Março de 2003). Metodologia da Pesquisa. Brasília, Distrito Federal, Brasil: UCB - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PRPG.
- Novaretti, M., Serinolli, M., & Aquino, S. (2015). Funcionalidade das plataformas SIGA e CROSS na regulação em oncologia: Experiência do município de São Paulo. *Gestão e Saúde*, 698-714.
- Oleskovicz, M., Oliva, F., Grisi, C., Lima, A., & Custódio, I. (2014). Técnica de over booking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 1009-1017.
- Ortega, M., Prato, J., Coria, A., Lara, S., Barrell, A., & Téllez, V. (2016). Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 37-45.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). Saúde no Brasil 1. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*, pp. 11-31.
- Pinto Junior, V. C., Fraga, M. N., & Freitas, S. M. (2012). Análise das portarias que regulamentam a Política Nacional de atenção Cardiovascular de alta Complexidade. *Bras Cir Cardiovasc*, 463-468.
- PNASS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. (2015). Brasília, DF, Brasil: Ministério da Saúde.
- Portaria MS/GM n.º 95. (26 de Janeiro de 2001). *Regionalização da Assistência a Saúde: Aprofundando a Descentralização com equidade no acesso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria n.º 1.268. (2013). *Redefine o cadastramento das Centrais de Regulação do Acesso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)*.
- Portaria n.º 1.559. (01 de Agosto de 2008). *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasil.
- Portaria n.º 1169/GM. (15 de junho de 2004). *Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências*. Brasil.
- Portaria n.º 2.309. (2001). *Instituir, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade*. Brasil.
- Portaria n.º 2.907. (23 de Novembro de 2009). *Dispõe sobre o financiamento para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde*. Brasil.

- Portaria nº 2.923. (28 de Novembro de 2013). *Intitui incentivos financeiros de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Inter.* Brasil.
- Portaria nº 258. (2009). *Resolve: Aprovar o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade...*
- Portaria nº 399/GM. (22 de Fevereiro de 2006). *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.* Brasil.
- Portaria nº 95. (26 de Janeiro de 2001). *Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.* Brasil.
- Poz, M., Pierantoni, C., & Varella, T. (junho de 1997). *Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde.* Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.
- Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico.* Rio grande do Sul: Universidade Feevale.
- Protasio, A., Silva, P., Lima, E., Gomes, L., Machado, L., & Valença, A. (2014). Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, 209-220.
- Raupp, F., & Beuren, I. (2003). *Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade*, 76-97. São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, W. C. (2007). *Metodologia Científica.* FAETEC/IST.
- Santos, J., & Souza, L. (2008). *Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: Um estudo em um município Baiano.* Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Universidade Federal da Bahia - UFBA.
- Sá-Silva, J., Almeida, C., & Guindani, J. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 1-15.
- Série Pactos pela Saúde - vol 06. (2006). *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.* Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Silva, J., Almeida, C., & Guindani, J. (1º de Julho de 2009). Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*.
- Silva, R. K. (09 de dezembro de 2013). *Método de Pesquisa Survey.* Fonte: Partes: http://www.partes.com.br/2013/12/09/metodo-de-pesquisa-survey/#.V5q5v5Ug_IU

- Silva, T., Ribeiro, G., Nunes, A., Vasconcelos, F., & Andriola, W. (2015). Avaliação dos Indicadores da Qualidade do Ensino Online: Um estudo de caso. pp. 503-511.
- Sousa, F., Medeiros, K., Gurgel Júnior, G., & Albuquerque, P. (2014). Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1283-1293.
- Sousa, R. (2015). Absenteísmo e sua influência nas organizações. ETIC - Encontro de Iniciação Científica.
- Souza, P., Scatena, J., & Kehrig, R. (2016). Aplicação da Análise Envoltória de Dados para avaliar a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso. *Physis Revista da Saúde Coletiva*, 289-308.
- SUS - 15 anos de implantação - Desafios e propostas para sua consolidação.* (2003). MINISTÉRIO DA SAÚDE.
- Theophilo, C. R. (2009). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas*. Atlas.
- Tiinside online.* (julho de 2011). Fonte: <http://convergecom.com.br/tiinside/15/07/2011/portal-ajuda-estado-de-sao-paulo-a-gerenciar-vagas-no-sus/>
- UNISC.* (s.d.). Fonte: Universidade Santa Cruz do Sul: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_e_tecnicas_de_pesquisa.pdf
- Vieira, S., & Hossne, W. S. (2015). *Metodologia Científica para a Área da Saúde*.
- Vilarins, G. C. (2010). Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde*, 81-84.
- Vilarins, G. C., Shimizu, H. E., & Gutierrez, M. M. (2012). A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*.
- Yakuwa, M., Sartori, M., Mello, D., Duarte, M., & Tonete, V. (2015). Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 384-390.
- Yin, R. (2001). *Estudo de Caso Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Sage Publications, Inc. e Arttrned Editora Ltda.

APÊNDICES – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO

1. Questionário de satisfação dos usuários.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Com o objetivo de mensurar o nível de satisfação dos usuários de um hospital público, referente ao sistema CROSS, para fim de pesquisa, solicita-se que preencha as questões abaixo.

Parte 1. Questões Gerais:

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: _____
3. Escolaridade: Ensino médio - completo incompleto
 Ensino Fundamental - completo incompleto
 Ensino Superior - completo incompleto

Parte 2. Questões Específicas:

1. Para ser atendido neste estabelecimento de saúde, o (a) senhor (a):

- () Preciso agendar/ marcar o procedimento (já chegou com data e hora marcada para realizar o procedimento).
- () Foi atendimento de emergência (procurou o estabelecimento de saúde por livre procura, não preciso agendar/marcar o procedimento).
- () Não sabe/não respondeu.

2. Quanto tempo o (a) senhor (a) esperou para marcar este procedimento?

- () até 30 dias
- () de 31 a 90 dias
- () de 3 meses a 6 meses
- () de 6 meses a 1 ano
- () mais de 1 ano
- () Não sabe/Não respondeu

3. O (a) senhor (a) considera que esse tempo de espera para marcar o procedimento foi:

- () Bom
- () Regular
- () Ruim
- () Não sabe/Não respondeu

4. No dia do procedimento, quanto tempo o (a) senhor (a) levou para ser atendido dentro do serviço?

- () Até 30 minutos
- () Até 1 hora
- () Até 2 horas
- () Até 4 horas
- () Até 12 horas

- Mais de 12 horas
- Não sabe/não respondeu

5. O (a) senhor (a) considera que esse tempo de espera para ser atendido foi:

- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sabe/Não respondeu

6. Como o (a) senhor (a) avalia a sinalização do estabelecimento para encontrar o local onde precisa ir?

- Boa
- Regular
- Ruim
- Não sabe/Não respondeu

7. Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento da equipe de saúde?

- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sabe/Não respondeu

8. O (a) senhor (a) sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

9. Como o (a) senhor (a) avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento?

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim
- Não sabe/Não respondeu

10. De uma maneira geral, como o (a) senhor (a) avalia este hospital?

- Bom
- Regular
- Ruim
- Não sabe/Não respondeu

11. O (a) senhor (a) sabe onde reclamar quando não é bem atendido?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

12. O (a) senhor (a) sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

2. Questionário de satisfação dos colaboradores.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Com o objetivo de mensurar o nível de satisfação dos colaboradores de um hospital público, referente ao sistema CROSS, para fim de pesquisa, solicita-se que preencha as questões abaixo.

Parte 1. Questões Gerais:

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade: _____
3. Escolaridade: Ensino médio - completo incompleto
 Ensino Fundamental - completo incompleto
 Ensino Superior - completo incompleto

Parte 2. Questões Específicas:

1. Conheço o sistema CROSS.
() Discordo totalmente
() Discordo
() Nem discordo nem concordo
() Concordo
() Concordo totalmente
2. Este hospital encaminha pacientes para outras especialidades ou exames, por meio de agendamentos no sistema CROSS.
() Discordo totalmente
() Discordo
() Nem discordo nem concordo
() Concordo
() Concordo totalmente
3. Com o sistema CROSS é possível identificar a origem do paciente.
() Nunca
() Raramente
() Às vezes
() Quase sempre
() Sempre
() Não sabe
4. Conheço o processo de regulação de pacientes por meio do sistema CROSS. ()
Discordo totalmente
() Discordo
() Nem discordo nem concordo
() Concordo
() Concordo totalmente

5. Este hospital recebe pacientes de 1º atendimento em cardiologia agendados pelo sistema CROSS
-) Discordo totalmente
 -) Discordo
 -) Nem discordo nem concordo
 -) Concordo
 -) Concordo totalmente
6. Você utiliza o sistema CROSS para alguma atividade (receber ou encaminhar pacientes)?
-) Nunca
 -) Raramente
 -) Às vezes
 -) Quase sempre
 -) Sempre
7. Ao ser implantado nesse Hospital, o sistema CROSS organizou os agendamentos de paciente de 1º atendimento.
-) Discordo totalmente
 -) Discordo
 -) Nem discordo nem concordo
 -) Concordo
 -) Concordo totalmente
8. Após ser implantado o sistema CROSS a qualidade de encaminhamentos melhorou.
-) Discordo totalmente
 -) Discordo
 -) Nem discordo nem concordo
 -) Concordo
 -) Concordo totalmente
9. O sistema CROSS atende as expectativas dos usuários, quando se trata de um agendamento mais prático.
-) Discordo totalmente
 -) Discordo
 -) Nem discordo nem concordo
 -) Concordo
 -) Concordo totalmente
10. Utilizar o sistema CROSS É prático e ágil.
-) Discordo totalmente
 -) Discordo
 -) Nem discordo nem concordo
 -) Concordo
 -) Concordo totalmente
11. Em sua opinião, é necessário atualizações ou melhorias no sistema CROSS.
-) Discordo totalmente
 -) Discordo
 -) Nem discordo nem concordo
 -) Concordo
 -) Concordo totalmente
12. Caso concorde com a afirmação na questão anterior descreva aqui, sua opinião de quais as melhorias necessárias no sistema CROSS
-
-
-
-
-

