

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO
DE CONSULTAS E EXAMES.**

Mailton Alves da Silva

Orientador: Prof^a. Dra. Carisi Anne Polanczyk

Co-orientador: Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein

Porto Alegre, Setembro de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO
DE CONSULTAS E EXAMES.**

Mailton Alves da Silva

Orientador: Prof^a. Dra. Carisi Anne Polanczyk

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2011

CIP - Catalogação na Publicação

silva, mailton alves

Análise da percepção do usuário da central de
regulação de consultas e exames / mailton alves
silva. -- 2012.

75 f.

Orientadora: carisi anne polanczyk.

Coorientador: airton tetelbom stein.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2012.

1. percepção do usuário. 2. central de regulação.
3. atenção primária à saúde. I. polanczyk, carisi
anne, orient. II. stein, airton tetelbom, coorient.
III. Título.

BANCA EXAMINADORA:**Professores Interno do Programa:**

Prof^ª. Dra. Daniela Riva Kanauth
Departamento de Medicina Social
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Julio Baldisserotto
Prof. Associado II do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e Prof. Colaborador de Pós Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Professora Externa do Programa:

Prof^ª. Dra. Lucia Campos Pellanda
Prof^ª. da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Suplente:

Prof. Dr. Sergio Antonio Sirena
Prof. de Medicina na Universidade de Caxias do Sul
Membro Docente do Programa de Pós-graduação de Epidemiologia UFRGS

DEDICATÓRIA ou MENSAGEM

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença, em caso contrário, abstém-te de o ajudar”.

Sócrates

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força sobrenatural que derramava sobre mim nos momentos mais difíceis dessa longa caminhada, entre o local de residência e o local de formação.

Ao Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia da UFRGS e aos colegas de turma que tanto nos fez crescer, utilizando uma metodologia muito especial, a experiência de vida profissional em cada região desse Brasil.

Aos orientadores Carisi e Airton que com muita paciência mostraram o caminho correto para construção, desenvolvimento e conclusão dessa dissertação.

A Secretaria de Saúde de Olinda - PE que na pessoa da Secretária Dra. Tereza Miranda e da Diretora de Saúde Dra. Tania Redevido sempre se colocaram a disposição para contribuir com a construção dessa dissertação.

Aos clientes do SUS Olinda-PE que de forma sempre paciente disponibilizaram seu tempo para nos acolher em sua residência no momento das entrevistas.

Aos meus pais que se ainda estivesse nesse plano estaria vibrando ao meu lado por mais uma conquista.

As minhas irmãs Graça e Gareth pela paciência de me acalmar nos momentos de elevado stress emocional.

Ao meu companheiro de 14anos de vida compartilhada, a sua paciência e acima de tudo a sua habilidade em lidar com esse sonhador.

E finalmente a nossa filha Maria Tereza, que foi gerada durante a construção dessa dissertação e nasceu juntamente com ela.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1. APRESENTAÇÃO	10
2. INTRODUÇÃO	11
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
4. OBJETIVOS	23
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
6. ARTIGO	28
7. CONCLUSÕES	51
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
8. ANEXOS	
a. Projeto de Pesquisa	54
b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	73
c. Questionários/Formulários	75

ABREVIATURAS E SIGLAS:

APS: Atenção Primária em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

ESF: Equipe de Saúde da Família

SISREG: Sistema Nacional de Regulação

PNAS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços em Saúde

PNASH: Programa Nacional de Avaliação de Serviços hospitalares

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CNES: Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH: Sistema de Informação Hospitalar

SISPPI: Sistema de Programação Compactuada e Integrada

OMS: Organização Mundial de Saúde

CRCE: Central de Regulação de Consultas e Exames

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DS: Distrito Sanitário

ACS: Agente Comunitário de Saúde

NOAS: Normas Operacionais de Atenção à Saúde

RESUMO

O ato de regular é entendido nas Normas Operacionais de Atenção à Saúde - NOAS 01/02 como a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada as necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG), é um sistema on-line, criado com o objetivo de gerenciamento do complexo regulatório que permeia uma atuação da rede primária de saúde a internação hospitalar, visando humanização dos serviços, mais controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Este trabalho analisa a percepção do usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames em um município do Brasil. Verificamos que a população entrevistada avaliou a Estratégia Saúde da Família em muito boa e excelente com a somatória das duas respostas em 75%. Ao avaliarem o novo serviço de marcação de consultas e exames, os usuários acharam significativamente melhor. Porém quando questionado sobre o intervalo para realizar um exame 54,2% acharam pior. Concluímos que embora haja um elevado índice de satisfação para com o novo serviço de marcação de consultas e exames, a população ainda sofre com a dificuldade de acesso para realização de exames.

Descritores: Percepção do usuário, Central de Regulação, Atenção Primária de Saúde

ABSTRACT

The act of regulating is known in the NOAS 01/02 as the availability of a more adequate, equitable, ordered, favorable and qualified assisting alternative for the citizen. The national regulation system (SISREG), is an online system, created with the aim of being a regulatory complex management that permeate performance of the primary health network to the hospitalization, focusing on humanization of the services, more control of the workflow and optimization in the application of the resources. This paper analyses the perception of the user with the regulation center of appointments and consultations in a city council in Brazil. We verified that the interviewed population evaluated the strategy of the family health care both very good and excellent in 75% of replies. By assessing the new booking appointments and medical examinations system, the patients found it significantly better. Nevertheless when they were questioned about the interval between having an examination, 54% thought it was worse. We concluded that though there is a high level of satisfaction with our services in having examinations and making appointments, the population still suffers with the difficulties of access to examinations.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Análise da percepção do usuário com a central de regulação de consultas e exames”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em setembro de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

Com a fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde surge como fator importante na reforma das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária de Saúde (APS). O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, que possuam mecanismos de regulação para facilitar o acesso do usuário no sistema e instrumentalizar o gestor para um melhor controle e avaliação de sua rede de assistência (Organização Mundial de Saúde, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), as práticas e as finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos, e tem sido mais fácil deparar-se, no setor estatal da saúde, com os principais temas do controle, avaliação e auditoria.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga. Atualmente podemos verificar uma vigorosa retomada do tema. Relatos demonstram que desde o século passado avaliam-se serviços de modo mais ou menos sistemático (MAGALHÃES, 1983).

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto avaliação das ações diretas e finais de Atenção à Saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. Os principais sujeitos desta regulação são os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Enfim, um conceito ampliado de regulação pode ser o de um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.) as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o

cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O presente estudo buscou avaliar a Central de Regulação de Consultas e Exames pela percepção dos usuários atendidos nas Unidades de Saúde da Família – USF, definido no município como porta de entrada na rede municipal de saúde. Por meio da avaliação desses usuários foi possível captar informações que outros instrumentos não nos possibilitariam alcançar.

REVISÃO DE LITERATURA

O sistema público de saúde no Brasil vem enfrentando nas últimas décadas consideráveis modificações, desde um sistema centralizador e privatista que na década de 70 excluía as parcelas mais carentes da população da assistência à saúde, até as modificações substanciais ocorridas após o Movimento da Reforma Sanitária que culminaram com a consolidação do Sistema Único de Saúde Brasileiro (LIMA, 2000).

Baseado na Constituição Federal da Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através das execuções das políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de seus agravos de forma universal, igualitária promovendo ações de promoção e prevenção da saúde.

A implantação do modelo assistencial do SUS ocorreu a partir da década de 1990, e representou um marco histórico para consolidação de organização dos serviços de saúde no país, fundamentado em três princípios básicos que são a universalidade, descentralização e participação popular. Esses princípios se fundamentam no nível de complexidade da assistência básica do modelo de atenção à saúde dos cidadãos Brasileiros (ESCOREL *et al.*, 2007).

Entre os objetivos do modelo assistencial da saúde na atenção básica podemos destacar a importância da promoção e prevenção à saúde, onde ambas são definidas como um processo de formação da capacitação da comunidade que atua numa possível melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo os conceitos e valores de solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento e parcerias entre as esferas do Estado, comunidade, família e indivíduo (MACHADO *et al.*, 2007).

Esses conceitos são defendidos pelos princípios regentes do SUS como a universalidade, integralidade, descentralização e participação social. Segundo Cordeiro

(2001) a universalidade seria o princípio que trataria da cobertura do atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços as populações urbanas e rurais.

Mattos (2004) descreve a integralidade como o atendimento integral, sem preconceitos, e de forma igualitária priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistências à saúde e desenvolvendo propostas humanitárias nos serviços prestados à comunidade.

O conceito descentralização começou a surgir na década de 90, decorrente de um modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro o que ocasionou na perda de uma tendência estadualista, passando assim, o surgimento de propostas que enfatizem a criação da municipalização, onde o município se torna de ator estratégico do SUS, elaborando propostas que permeiam as competências constitucionais dos serviços prestados, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado e dos serviços e atendimentos ofertados à saúde da população brasileira (UGÁ *et al.*, 2003).

O desenvolvimento da atenção básica tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por projetos e programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de saúde, bem como isso expandir as ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso tem utilizado diversas estratégias de repasse dos recursos através da criação do Programa de Saúde da Família que é considerado um aliado do Ministério da Saúde para combater os índices de agravos e problemas de saúde da população brasileira (PAIM & *Cols*, 2011).

A equipe de saúde da família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculos e a criação de laços,

compromissos e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população atendida (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Além disso, essa atuação seria desenvolvida através de propostas que pudessem destacar ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Em que essa atuação iria interferir nos cuidados específicos à população e na diminuição do perfil epidemiológico apresentado em determinada região e população assistida (FORTUNA e cols., 2005).

A equipe de saúde da família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscritas) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo 4.500 pessoas (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011) o processo de trabalho da Equipe da saúde da família apresenta peculiaridades claramente relacionadas às questões mais gerais que vão desde os aspectos da implantação dos serviços desenvolvidos pelo programa, da possibilidade de um trabalho que envolve características multiprofissionais e da formação de um espaço de aprendizado coletivo que desenvolve exercícios de democracia, cidadania e dos cuidados básicos à saúde.

O trabalho desenvolvido no programa de saúde da família pode favorecer a integração entre a comunidade e a equipe multiprofissional de saúde estabelecendo uma relação de conhecimento dos problemas de saúde apresentados pela população de referência atendida e de uma participação da comunidade na construção de um projeto assistencial de superação das dificuldades apresentadas no modelo de organização da atenção básica (CREVELIM; PEDUZZI, 2005).

Um dos maiores desafios do SUS na atualidade consiste no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que auxiliem na regulação da atenção e

assistência à saúde prestada a população brasileira. Uma das estratégias de minimização de transtornos ocasionados aos usuários do SUS seria a criação de Centrais de Regulação que visa desenvolver um objetivo de conduzir esse usuário ao atendimento especializado sem que seja preciso o deslocamento desse paciente a qualquer unidade de saúde, promovendo assim, uma diminuição de aglomeração nas unidades de referencias e no tempo perdido em fila de espera para marcação de consultas e exames.

Para que esta regulação ocorra de forma satisfatória, este mecanismo deve ser fundamentado em sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação integrados tanto entre os três níveis de governo quanto em cada um dos níveis de saúde. Somente esta integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS, nos moldes definidos na Lei nº 8080/90, reforçada pela NOAS 01/02 e, mais atualmente, pela edição do Pacto de Gestão no Pacto pela Saúde 2006.

O escopo da regulação é entendido na NOAS 01/02 como a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (FADEL & Cols, 2009).

É importante ainda considerar as etapas que precedem as ações de regulação, como controle e avaliação, sendo necessária a utilização de instrumentos norteadores para as ações desenvolvidas pelos gestores e base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelos Conselhos de Saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação do serviço ofertado.

A regulação assistencial como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público e desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas.

A regulação sobre os serviços de saúde é realizada pelo responsável pela gestão desses serviços, reforçando o comando único. Em todos os municípios, independentemente do nível de gestão, deverão ser desenvolvidas atividades de regulação, controle e avaliação. O que varia são os instrumentos mais adequados a serem empregados para a regulação.

A regulação pode ser realizada de duas formas, em nível municipal e regional:

- a) Regulação da atenção à saúde: tem por objetivo atuar sobre a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigindo-se mais a prestadores de saúde, públicos ou privados, compreendendo: contratação; regulação do acesso à assistência; avaliação da atenção à saúde; controle assistencial.
- b) Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial: conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intercediam à demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses. Deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a assistência mais adequada ao caso. O processo regulatório abrange três aspectos: a regulação das referências intramunicipais, das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde. Principais ações: regulação médica pré-hospitalar de urgência/emergência; controle dos leitos disponíveis e agenda de consultas especializadas e de exames complementares; padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio de protocolos assistenciais; estabelecimento de referência entre unidades de saúde e atenção especializada; organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; subsídio ao redimensionamento da oferta; implantação de complexos reguladores.

A falta da qualidade no acesso aos serviços de saúde evidenciou na necessidade do Ministério da Saúde de desenvolver um sistema de regulação em saúde que foi iniciado

no período de 1999 a 2002 que representou um movimento no desenvolvimento do aplicativo denominado Regulação de regulação (SISREG).

Segundo a Portaria /SAS/MS. Nº 356, de 22 de Setembro de 2000, o complexo regulador assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder as demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida e qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (Ministério da Saúde, 2006).

O complexo regulador é composto pelas centrais de regulação, que compreendem toda a ação das solicitações de atendimento, processamento e agendamento de consultas médicas. As centrais de regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas, dentre elas podemos citar: assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (Organização Mundial de Saúde, 2011).

Baseado nas propostas elaboradas pelo Ministério da Saúde (2001), através de criação de manuais de implantação do serviço as centrais de regulação de saúde podem ser classificadas da seguinte maneira:

Central de regulação de Urgência: Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de internação será acionada a central de regulação.

Central de Regulação de Internações: É responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde, vinculados ao SUS.

Central de Regulação de Consultas e Exames: É responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT.

O Ministério da Saúde (2011) baseado em propostas criadas para elaboração e avaliação dos serviços de saúde criou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNAS), cujo objetivo seria de avaliar a qualidade da assistência oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde. Para que se possa obter objetividade no processo avaliativo foi denominado alguns critérios amplos e de diferentes aspectos e visões que possam abranger as estruturas do programa criado, dentre eles podemos citar:

Avaliação da estrutura: Análise de existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacional (comitês, protocolos assistenciais e etc).

Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas.

Avaliação de resultados: impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente.

Avaliação da satisfação do paciente em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.

Baseado na proposta de monitoramento e funcionamento das diretrizes do SUS foi criado o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) que é um sistema on-line, criado com o objetivo de gerenciamento do complexo regulatório que permeia uma atuação da rede primária de saúde a internação hospitalar, visando à

humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

O sistema apresenta em seu funcionamento algumas características descritas:

Sistema On-Line: Aplicação que é acessada via web browser (navegador), através de uma rede a internet;

Gratuito: O Ministério da Saúde oferece aos municípios o sistema sem custos de implementação, implantação, manutenção, dentre outros.

Integrado a bases nacionais: O sistema comunica-se com os seguintes sistemas do Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Programação Compactuada e Integrada (SISPPI).

Possui quatro ambientes: Desenvolvimento (ambiente onde o sistema é desenvolvido), Homologação (ambiente onde o sistema é testado), Treinamento (ambiente desenvolvido para o treinamento do usuário), Produção (ambiente efetivo de trabalho).

Atua nas três esferas de administração: Federal, Municipal e Estadual.

Baseando-se em estudos dessa realidade poderemos teorizar a avaliação dos serviços prestados, a fim de contribuir conceitos e estratégias que auxiliem no processo de tomada das decisões e que subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços prestados a seus usuários garantindo assim, os direitos dos cidadãos brasileiros (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Apesar de estudos que apontam que os determinantes da saúde estão fora do sistema de saúde propriamente dito, a exemplo da melhoria da situação socioeconômica geral de um país, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a disseminar a idéia da

necessidade de implantação de sistemas de cuidados de saúde e disponibilizá-los à população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A competente análise de um programa torna mais evidente para a sociedade e aplicação de seus recursos, evitando ou denunciando desperdícios. Essa orientação é tanto mais efetivo quanto mais o conceito e a prática avaliativa passam a fazer parte do cotidiano das instituições (MINAYO, 2006).

São diversificados os conceitos do que se entende por avaliação. Para Pabon (1985) é sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da diferença.

Segundo Contandriopoulos (1997) a avaliação pode ser considerada como um dos julgamentos sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

O processo de avaliação de serviços lida com fortes componentes subjetivos, corporativos e de visão de desenvolvimento. Ou seja, a avaliação também é ideológica.

Para que se tenha sucesso no processo avaliativo tenha objetivos através da valorização da avaliação como um processo de aprendizagem que possa apoiar pessoas, organizações e grupos sociais a fazerem escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas. Além disso, gestores e técnicos devem vislumbrar o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua práxis cotidiana que criem espaços permanentes de reflexão sobre a prática, permitindo desconstruir idéias, alinhar conceitos, fazer correções de rumos, mudar propriedades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas e até a troca dos gestores (MINAYO, 2006).

Cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem na

definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios e padrões. Donabedian (1988), é um dos autores mais referenciados na temática da avaliação da qualidade do cuidado em saúde, procurou sistematizar diversas propostas de abordagem na tríade: estrutura, processo e resultados.

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral e na saúde, em particular, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se construir em instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, e na implementação das políticas de saúde (NOVAES, 2000).

O termo avaliação para Uchimura; Bosi (2002), em revisão sobre o tema consiste em atribuir valor a algo, e nesta acepção o termo avaliação refere-se ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso, no entanto como fundamento desse juízo ou com método específico.

Porém Conill (2004) para tal julgamento de valor deve haver o reconhecimento da existência de diferentes olhares sobre uma mesma realidade, reforçando a necessidade de estudos que tenham enfoquem objetivos de avaliação dos sistemas de saúde e de ações adotadas para organização do serviço prestado ao usuário.

OBJETIVOS:

1. Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a percepção do usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames – CRCE em Olinda/PE.

Objetivos Específicos

- Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços da Atenção Primária;
- Analisar a satisfação dos usuários com os serviços de marcação de consultas e exames após implantação da CRCE;
- Identificar a associação entre fatores sócio-demográficos com a avaliação da satisfação dos serviços prestados pela CRCE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. A criação e as regras de funcionalidade da atenção básica e do Programa de Saúde da Família (PSF). [acesso realizado no dia 01 de junho de 2011]. Disponível em:<http://www.materiasespeciais.com.br/saude/boletins/acre.pdf>.

Contandriopoulos AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org). Avaliação em Saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 27-49, 1997.

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. Revista Ciência & Saúde Pública, v. 6(2): 319-28, 2001.

Conill EM. Avaliação da integridade: conferindo sentido aos pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Caderno de saúde pública. 20 (5):1417-1423, 2004.

Crevelin MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Revista Ciência & Saúde Coletiva. v. 10, nº. 2, 2005.

Constituição Federal Brasileira. Lei de Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Regulamentação da criação do Sistema Único de Saúde. [Acesso realizado em 02 de junho de 2011]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring. V.1:the definition of quality and approaches to its assessment. Donabedian A, Arbor A, Michingan: Health Administration Press, 1988, p-3-31., H.M.D.

Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. Considerações teóricas-conceituais. Revista Cadernos de Saúde Pública, v. 22, nº. 6: 1267-1276, jun, 2006.

Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panam Salud Publica, v. 21(2), 2007.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino americana de enfermagem, v.13(2):262-268, mar.-abr. 2005.

Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: O pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das Ações e serviços em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: 43(2): 445-56, mar-abr, 2009.

Lima APG. Os consórcios intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Revista Caderno de Saúde Pública, 16(4):985-996, out-dez, 2000.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Revista Caderno de Saúde Pública. 20(20):1411-1416, set-out, 2004.

Minayo MCS. Pesquisa Avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi, MLM, Mercado FJ. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 2006.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS-uma revisão conceitual. Revista Ciência & Saúde Coletiva,12(2): 335-342, 2007.

Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Complexos Reguladores [Acesso realizado 29 de julho de 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_complexos_reguladores.pdf.

Novaes HMD. A avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, 34 (5): 547-559, 2000.

Organização Mundial de Saúde. O trabalho da equipe de Saúde da Família. [Acesso realizado no dia 13 de agosto de 2011]. Disponível: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/org_trab.pdf.

Pabon H. Evaluación de Servicios de Salud, Cali: XYZ, 1985.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil1. Artigo de séries de seis capítulos em Saúde no Brasil.[Acesso realizado no dia 01 de setembro de 2011].

Disponível

em:

http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=576.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. Revista Cadernos de Saúde Pública, 20(6): 1487-1494, Nov-dez, 2004.

Ugá M A, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Revista Ciências & Saúde Coletiva, 8(2): 417-437, 2003.

_____. The World Health Report: Health Systems: Improving performance. France:Who Graphics, 2000.

ARTIGO:

Percepção do Usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames na cidade de Olinda-PE.

Perception of patient the central regulation of clinical and tests appointment in Olinda city in Pernambuco

Mailton Alves da Silva, Mestrando em Epidemiologia pela UFRGS.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

Artigo a ser enviado para Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Análise da Percepção do Usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames em Olinda-PE.

Perception of patient the central regulation of clinical and tests appointment in Olinda city in Pernambuco

Mailton Alves da Silva¹
Airton Tetelbom Stein²
Carisi Anne Polancy³

- 1. Mestrando em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.**
- 2. Prof. Doutor Titular de Saúde Coletiva da UFCSPA. Coordenador de Diretrizes Clínicas do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).**
- 3. Prof^a. Dra. Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Chefe do Centro de Pesquisa Clínica e da Unidade de Cuidados Coronário do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.**

Endereço para correspondência:

Mailton Alves da Silva

Rua Evaristo da Veiga – 62 – apt/ 1502 – Casa Amarela – Recife/PE

Cep: 52070-100

E-mail: maylton@hotmail.com

Número de palavras: Resumo **149** palavras (Max 150 palavras),

Texto **20 laudas** contando tabelas e figuras e descontando referências bibliográficas (máximo 20 laudas)

Ordem: Folha de Rosto, Trabalho (Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão), Agradecimentos, Referências Bibliográficas, Tabelas e Figuras.

RESUMO:

O ato de regular é entendido nas Normas Operacionais de Atenção à Saúde - NOAS 01/02 como a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada as necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG), é um sistema on-line, criado com o objetivo de gerenciamento do complexo regulatório que permeia uma atuação da rede primária de saúde a internação hospitalar, visando humanização dos serviços, mais controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Este trabalho analisa a percepção do usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames em um município do Brasil. Verificou-se que a população entrevistada avaliou a Estratégia Saúde da Família em muito boa e excelente com a somatória das duas respostas em 75%. Ao avaliarem o novo serviço de marcação de consultas e exames, os usuários acharam significativamente melhor. Porém quando questionado sobre o intervalo para realizar um exame 54,2% acharam pior. A conclusão do presente trabalho indica uma elevada satisfação com o novo serviço de marcação de consultas e exames. No entanto, a população refere dificuldade de acesso a exames.

Descritores: Percepção do usuário, Central de Regulação, Atenção Primária de Saúde

ABSTRACT

The act of regulating is known in the NOAS 01/02 as the availability of a more adequate, equitable, ordered, favorable and qualified assisting alternative for the citizen. The national regulation system (SISREG), is an online system, created with the aim of being a regulatory complex management that permeate performance of the primary health network to the hospitalization, focusing on humanization of the services, more control of the workflow and optimization in the application of the resources. This paper analyses the perception of the user with the regulation center of appointments and consultations in a city council in Brazil. We verified that the interviewed population evaluated the strategy of the family health care both very good and excellent in 75% of replies. By assessing the new booking appointments and medical examinations system, the patients found it significantly better. Nevertheless when they were questioned about the interval between having an examination, 54% thought it was worse. We concluded that though there is a high level of satisfaction with our services in having examinations and making appointments, the population still suffers with the difficulties of access to examinations.

INTRODUÇÃO:

Um dos maiores desafios do SUS na atualidade consiste no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que auxiliem na regulação da atenção e assistência à saúde prestada a população brasileira. Uma das estratégias de minimização de transtornos ocasionados aos usuários do SUS seria a criação de Centrais de Regulação que tem por objetivo conduzir esse usuário ao atendimento especializado sem que seja preciso o deslocamento desse paciente a qualquer unidade de saúde, promovendo assim, uma diminuição de aglomeração nas unidades de referência e no tempo perdido em fila de espera para marcação de consultas e exames⁶.

Na proposta desenvolvida pelo Ministério da Saúde para enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira podemos destacar a atuação da atenção básica em saúde que tem como colaboradora a Estratégia de Saúde da Família, onde sua finalidade seria de proporcionar o enfrentamento e a resolução do problema identificado pela articulação de saberes e práticas em diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos de conhecimentos e desenvolvendo habilidades e mudanças nos profissionais envolvidos⁹.

O SUS elabora propostas que tem como base os conceitos de saúde e o cumprimento dos princípios norteadores das políticas públicas, a equipe de saúde da família é considerado como porta de entrada da população aos cuidados da saúde de forma integral e humanizada¹².

A Estratégia de Saúde da Família pode contar com o apoio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, composta por médicos, profissionais de enfermagem, agentes comunitários, dentre outros onde cada profissional desenvolve sua

atividade e rotinas de trabalho com finalidades de atender as necessidades coletivas e individuais da população assistida⁴.

A falta da qualidade no acesso aos serviços de saúde gerou a necessidade do Ministério da Saúde de desenvolver um sistema de regulação em saúde que foi iniciado no período de 1999 a 2002 que representou um movimento no desenvolvimento do Sistema de Regulação e de Identificação do Usuário (SISREG). O sistema de informações on-line, disponibilizado pelo DATASUS, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação⁹.

Segundo a Portaria /SAS/MS. Nº 356, de 22 de Setembro de 2000, o complexo regulador assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder as demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida e qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo⁹.

Para que esta regulação ocorra de forma satisfatória, este mecanismo deve ser fundamentado em sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação integrados tanto entre os três níveis de governo quanto em cada um dos níveis de saúde. Somente esta integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS, nos moldes definidos na Lei nº 8080/90, reforçada pela NOAS 01/02 e, mais atualmente, pela edição do Pacto de Gestão no Pacto pela Saúde 2006³.

O presente estudo abordou os usuários das Unidades de Saúde da Família – USF, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada na rede de atenção à saúde no município. O objetivo da pesquisa era analisar a percepção do usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames, verificando o nível de satisfação com o serviço prestado pela Atenção Primária a Saúde – APS, a satisfação com a marcação de

consultas e exames após a implantação da Central de Regulação e as devidas associações com os fatores sócio-demográfico em um município do Brasil.

MÉTODOS:

O presente estudo teve o delineamento transversal. Foi realizado no município de Olinda que segundo dados do IBGE é o terceiro município mais populoso do estado de Pernambuco, totalizando em seus 40,83 km² de extensão territorial uma população 357.955 habitantes⁵.

A Secretaria de Saúde de Olinda possui sua estrutura descentralizada em dois Distritos Sanitários. O Distrito Sanitário I tem uma população total estimada de 155.803 habitantes, representando 42,35% da população Olindense, com uma área historicamente menos estruturada e com maior concentração de população com baixa renda. O Distrito Sanitário II tem uma população total de 212.099 habitantes, representando 57,65% da população Olindense, já esta área se caracteriza por bairros mais estruturados, com concentração da população de melhor renda, inclui a beira-mar e o centro histórico do município, além das principais áreas comerciais e de serviços. Os dois distritos sanitários não possuía nenhum sistema de regulação, a população era atendida por demanda espontânea controlada pela distribuição de fichas de atendimento.

Como critérios de inclusão adotaram-se os seguintes parâmetros: (a) maiores de 18 anos, (b) ambos os sexos; (c) cadastrados no Sistema de Regulação do Ministério da Saúde versão III (SISREG III) implantado no município. Como critério de exclusão considerou-se: (a) indivíduos com dificuldade de compreensão do questionário.

Segundo dados da Secretaria de Saúde do município 81.677 usuários estavam cadastrados no ano de 2010, destes 70.361 possui 18 anos ou mais. A amostra foi calculada segundo alguns parâmetros, sendo estes: (a) população (70.361); prevalência estimada de satisfação com o serviço de consulta em 50%; (c) erro aceitável de 5% e (d) efeito de delineamento amostral de 1.5. A partir destes parâmetros a amostra foi calculada em 382

indivíduos. Considerando as eventuais perdas e recusas decidiu-se acrescentar em 20%, totalizando 458 usuários.

O dimensionamento da amostra foi por conglomerado em dois estágios, sendo que no primeiro considerou-se a proporção de indivíduos em cada um dos distritos. No segundo estágio considerou-se a estratificação por sexo e faixa etária. Este procedimento foi realizado para que a proporção da amostra selecionada fosse semelhante à população investigada. Todos os sorteios foram feitos de forma aleatória a partir do cartão de cadastro do SUS.

O instrumento utilizado foi composto por quatro características, sendo estas: (a) informações sócio-demográficas; (b) instrumento para avaliar o controle de qualidade da Atenção Primária de Saúde, validado por Kurt Kloetzel, 1998; (c) informações sobre o conhecimento a respeito da Central de Regulação de Consultas e Exames; (e) satisfação do usuário⁶.

A população de pesquisa consistia em base de dados administrativa dos usuários cadastrados no SISREG III, que em maio de 2010 havia 81.677. Foi realizado um sorteio de 458 usuários, que foram visitados em seus domicílios. O critério de seleção utilizado teve como base os critérios proporcionais dos indicadores de faixa etária, sexo e área geográfica.

Foi realizado um estudo piloto composto por uma amostra de 30 usuários que foram submetidos à aplicação do questionário e esses mesmos foram abordados novamente após 08 dias pela mesma entrevistadoras, com intuito de realizar o controle de qualidade, demonstrando um bom índice Kappa de 0,77 das variáveis do questionário para concordância inter-examinador.

A coleta de dados foi efetuada entre os meses de junho a agosto de 2010, através de um questionário padronizado e pré-codificado, sendo aplicado por entrevistadores previamente treinados.

Após o sorteio, a população era abordada pelas entrevistadoras em seu domicílio, dos 458 usuários, 12,6% não participaram da pesquisa, pelos seguintes motivos; 18,9% por óbito, 25,8% por não residir no local, 32,7% encontravam-se ausentes do domicílio, mesmo após duas tentativas das entrevistadoras e 22,4% recusaram-se a participar.

Todos os participantes receberam informações sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com o protocolo de nº 09-153.

Os dados foram tabulados no programa Epidata 3.01 e depois exportados e analisados no programa SPSS versão 11.0. No plano de análises foram realizadas apreciações descritivas e inferenciais. No procedimento descritivo utilizou-se a distribuição de frequência para as variáveis categóricas, enquanto que no procedimento inferencial utilizou-se o teste de qui-quadrado e qui-quadrado para tendência, quando necessário. Para todas as análises considerou-se um $p < 0,05$ para o nível de significância.

RESULTADOS:

A amostra de 458 indivíduos, 400 foram efetivamente entrevistados, sendo que (69,5%) tinham utilizado o serviço até 90 (noventa) dias no momento da entrevista e a sua maioria era composta por mulheres (78%), pessoas casadas ou vivendo com parceiros (64%) e com ensino médio incompleto (83,8%), com mais de 50 anos (49%) e com renda entre um e dois salários mínimos (64,8%).

Em relação à Estratégia de Saúde da Família, os entrevistados apresentaram uma média de 78,6% de opinião entre “muito bom” e “excelente”. Em destaque a cordialidade profissional e a atenção dada às queixas que quando somado as opções de resposta muito bom e excelente ultrapassaram 75%. Todas as demais obtiveram um somatório entre 70 – 74,9% de satisfação (tabela 1).

A informação a respeito do novo serviço de marcação de consultas e exames, 57,3% foram esclarecidos pela recepcionista da unidade de saúde e apenas 12,3% foram abordados pelo Agente Comunitário de Saúde (figura 1).

Para análise da percepção da satisfação do usuário em relação às marcações de consultas e exames desenvolvidas pela Central de Regulação, comparado ao sistema de marcação anterior, que demonstrou as comparações das variáveis entre sexo, faixa etária, estado civil e renda. Apenas na variável faixa etária houve uma associação significativa, onde a percepção entre os mais jovens foi melhor quando comparada aos demais extratos de idade (tabela 2).

Tanto os usuários analfabetos, e os com maior escolaridade avaliaram o novo serviço significativamente melhor quando comparado aos usuários com escolaridade entre 1 e 8 anos (figura 2).

A percepção de 85% dos usuário em relação ao atendimento com o médico especialista e no agendamento de exames e consultas está melhor que o serviço ofertado anteriormente. No entanto, o intervalo para a realização de um exame foi considerada pior para pelo menos metade dos entrevistados (tabela 3).

DISCUSSÃO:

Baseado nos achados obtidos nesse estudo pôde-se perceber a boa relação da satisfação do usuário em relação aos serviços oferecidos no âmbito da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) da Cidade de Olinda. Na pesquisa desenvolvida em Pelotas em todos os itens a somatória de excelente/bom foi superior a 50%, em apenas o item sobre o tempo dispendido na sala de espera que apresentou um resultado de excelente/bom de 43%⁶.

Na presente pesquisa os achados coincidem em todos os itens porem divergem na avaliação sobre o tempo dispendido na sala de espera que apresentou 71.1% de usuários classificando como excelente/bom. O estudo realizado nos EUA com 17 mil pessoas, visando comparar quatro distintos sistemas de saúde, reforça os nossos achados, pois verificou-se que não mais de 50% consideraram o desempenho excelente, que somado avaliação de bom ultrapassa os 50%⁶.

Pesquisas que tem como objetivo avaliar a satisfação do usuário sobre o serviço de saúde ou de uma determinada atuação pode caracterizar uma análise que permeia uma percepção subjetiva, pois utiliza a verificação de um episódio único e isolado, contribuindo em uma identificação sobre a percepção do serviço prestado e do comportamento e atitudes adotados pelos usuários segundo a sua percepção. Os gestores,

diante desses dados poderá elaborar propostas que possam melhorar os atendimentos ofertados pela saúde pública no Brasil².

A competente análise de um programa torna mais evidente para a sociedade e aplicação de seus recursos, evitando ou denunciando desperdícios. Essa orientação é tanto mais efetivo quanto mais o conceito e a prática avaliativa passam a fazer parte do cotidiano das instituições⁸.

São diversificados os conceitos do que se entende por avaliação. Ela pode ser sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da diferença¹¹.

A avaliação pode ser considerada como um dos julgamentos sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões¹.

O processo de avaliação de serviços lida com fortes componentes subjetivos, corporativos e de visão de desenvolvimento. Ou seja, a avaliação também é ideológica.

Para que se tenha sucesso no processo avaliativo tenha objetivos através da valorização da avaliação como um processo de aprendizagem que possa apoiar pessoas, organizações e grupos sociais a fazerem escolhas mais consistentes em relação aos rumos de suas iniciativas. Além disso, gestores e técnicos devem vislumbrar o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua práxis cotidiana que criem espaços permanentes de reflexão sobre a prática, permitindo desconstruir idéias, alinhar conceitos, fazer correções de rumos, mudar propriedades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas e até a troca dos gestores⁸.

Os usuários de Olinda descrevem que o serviço caracteriza-se como muito bom e excelente, destacando-se a cordialidade dispensada pelos profissionais e atenção dada às queixas apresentadas.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais no atendimento, o que pode incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Tem-se observado inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde com relação ao acesso e acolhimento por parte dos profissionais de saúde envolvidos na relação dos atendimentos ofertados à população brasileira. O acolhimento evidencia as dinâmicas no modelo de atenção e os critérios de acessibilidade a que os profissionais estão submetidos, esse acolhimento pode ser utilizado como um elemento interrogador das práticas cotidianas, permitindo verificar a relação que se estabelecem entre os usuários e os profissionais de saúde¹³.

Com base da melhoria na qualidade do atendimento prestado pelos profissionais o Ministério da Saúde elabora a proposta o programa Humaniza SUS que tem a humanização como eixo norteador das práticas e atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhorias nos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais¹⁰”.

Nos elementos abordados na pesquisa que enfoca o conhecimento dos usuários sobre a Central de Regulação de consultas e exames de Olinda foi percebido que em sua grande maioria os participantes informaram que ficaram sabendo sobre a SISREG pela recepcionista do posto de saúde que atendia a população. O que evidencia a falta de divulgação das atividades desenvolvidas pelos profissionais que fazem parte dessa temática, visto que o profissional que estaria mais próximo a população seria o Agente Comunitário de Saúde e que seria uma de suas funções informarem ao usuário sobre o

surgimento desse serviço em saúde que pode colaborar no desenvolvimento elaborado pelo Ministério da Saúde para um bom funcionamento do SISREG.

Segundo o Ministério da Saúde, dentre as atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS), duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira afirma que os ACS devem orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e a segunda, salienta que eles devem informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades¹⁴.

Por isso, seria de suma importância que esses profissionais estivessem inseridos na estratégia de implantação do SISREG, sendo devidamente capacitados e preparados para orientar a comunidade nesse momento de transição de uma nova forma de agendamento de consultas exames.

Limitações do estudo merecem menção. O estudo descritivo possibilita a geração de hipóteses, no entanto avalia apenas um determinado momento. A não realização de análise multivariada limitou a interpretação, considerando que não foi controlado pelos potenciais fatores de confusão.

O estudo em tela apresenta dados que possibilitam nortear os gestores nas diferentes esferas de tomadas de decisão. Na esfera federal que é responsável pela implantação do SISREG, os resultados sugerem algumas recomendações necessárias aos municípios no momento que desejam implantar o sistema, principalmente no item divulgação da nova forma de marcação utilizando o Agente Comunitário de Saúde como o responsável pela adaptação dos usuários ao novo serviço. Já na esfera municipal se faz necessário um plano de transição de sistema de marcação e acima de tudo a importância da implantação de protocolos com base em evidência científica, que faz com que as ações

se tornem mais efetivas, gerando melhores resultados para os pacientes, equipe de saúde e instituições.

REFERENCIAS:

1. Contandriopoulos AP. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org). Avaliação em Saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 27-49, 1997.
2. Crevelin MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10 (2), 2005.
3. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração pública: O pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das Ações e serviços em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: 43(2): 445-56, mar-abr, 2009.
4. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Caderno de Saúde Pública, 22(6), 1171-1181, jun, Rio de Janeiro, 2006.
5. IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao Município de Olinda-PE [Acesso realizado em 18 de setembro de 2011]. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>
6. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Rosane NS. Controle da qualidade em atenção primária à saúde. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 14(3): 623-628, Jul-Set, 2008.
7. Koss EL. What city people think of their medical services. American Journal of Public Health, 45:1551-1557, 1995.

8. Minayo MCS. Pesquisa Avaliativa por triangulação de métodos. In: Bosi, MLM, Mercado FJ. Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes. Petrópolis: Vozes, Rio de Janeiro, 2006.
9. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Complexos Reguladores [Acesso realizado 29 de julho de 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_complexos_reguladores.pdf
10. MS (Ministério da Saúde). Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: MS, 1998.
11. Pabon H. Evaluación de Servicios de Salud, Cali: XYZ, 1985.
12. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do programa de saúde da família. Revista de Saúde Pública, 35(3):301-11, 2001.
13. Penteado RZ, Servilha EAM. Avanços na saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e paradigma da promoção da saúde. Revista Distúrbio da Comunicação, 16(1), 107-116, abril, São Paulo, 2004.
14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Revista Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, Jan-Fev, 2003.
15. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Revista Interface-comunicação, saúde e educação, 6(10):75-96, fev, 2002.

Tabela 1. Frequência da percepção de avaliação do serviço da Estratégia de Saúde da Família em Olinda-PE, 2010.

	Excelente	Muito Bom	Neutro	Ruim	Muito ruim
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Facilidade de acesso à consulta	18,0 (72)	53,3 (213)	18,5 (74)	7,3 (29)	3,0 (12)
Tempo dispendido na sala de espera	18,8 (75)	52,3 (209)	20,8 (83)	6,0 (24)	2,3 (9)
Cordialidade por parte da recepção	19,8 (79)	54,0 (216)	18,0 (72)	5,8 (23)	2,5 (10)
Cordialidade do profissional	20,5 (82)	56,0 (224)	15,5 (62)	5,8 (23)	2,3 (9)
Atenção dada as queixas	19,8 (79)	56,3 (225)	16,0 (64)	5,3 (21)	2,8 (11)
Impressão do exame clínico	19,0 (76)	55,5 (222)	17,3 (69)	6,0 (24)	2,3 (9)
Confiança despertada pelo médico	19,5 (78)	53,8 (215)	18,5 (74)	5,8 (23)	2,5 (10)
Confiança na receita	20,0 (80)	52,5 (210)	19,3 (77)	6,0 (24)	2,3 (9)
Explicações médica com respeito à doença	19,0 (76)	52,3 (209)	20,0 (80)	6,3 (25)	2,5 (10)
Explicações quanto ao prognóstico	19,3 (77)	53,0 (212)	18,8 (75)	6,5 (26)	2,5 (10)
Satisfação com o agendamento	20,0 (80)	52,0 (208)	19,0 (76)	7,0 (28)	2,0 (8)

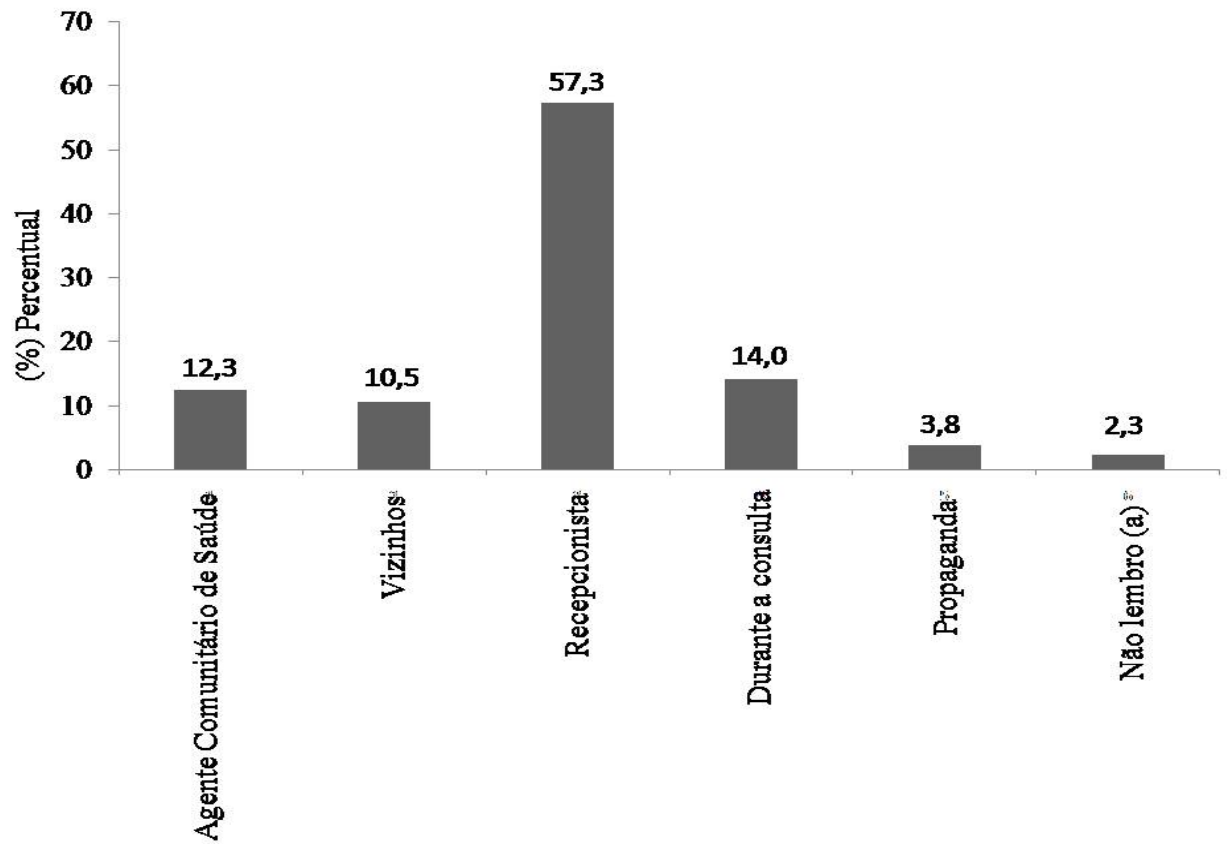


Figura 1. Frequência de como os usuários ficaram sabendo da nova forma de marcação de consultas em Olinda-PE, 2010.

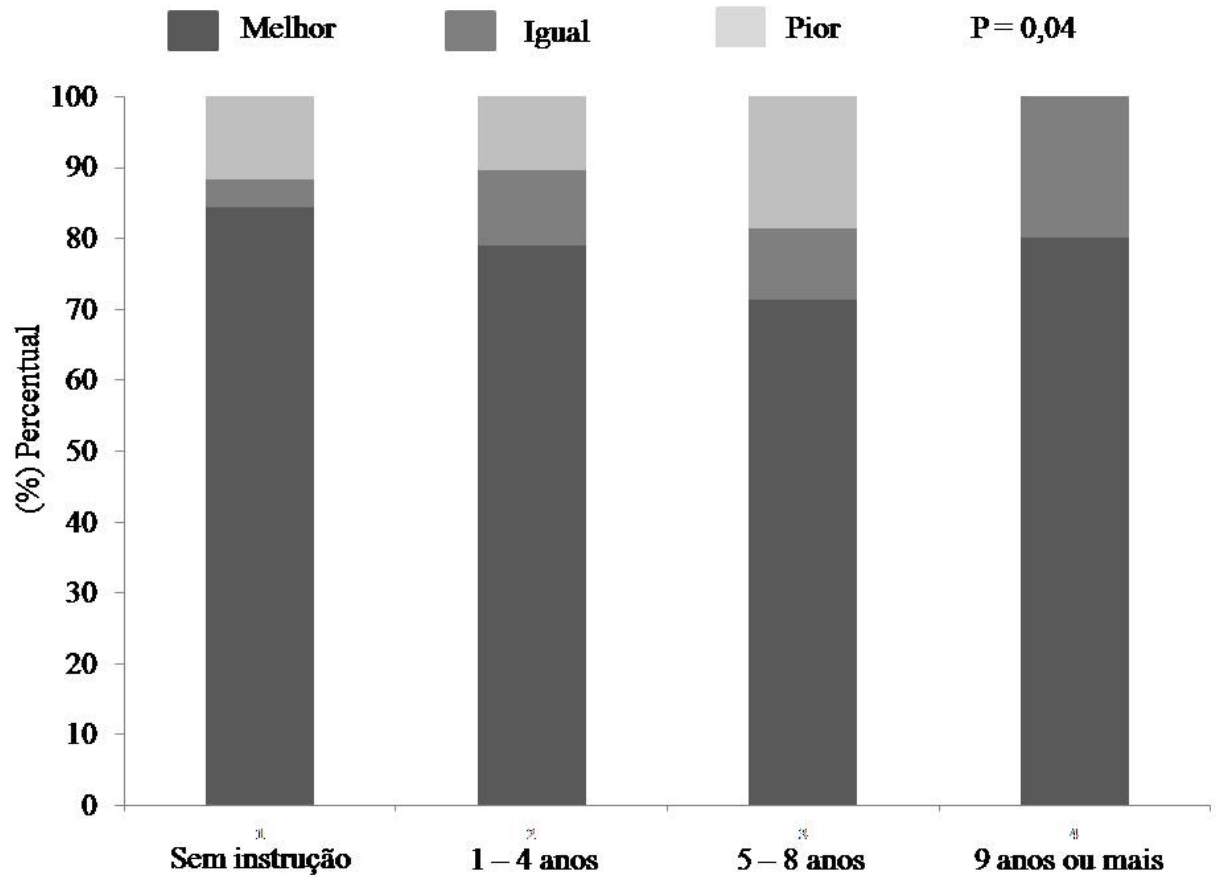


Figura 2. Associação entre percepção do novo sistema de marcação de consulta quando comparado ao sistema anterior e nível de escolaridade, em Olinda-PE, 2010.

Tabela 2. Descrição da percepção do novo serviço de marcação de consulta quando comparado ao sistema anterior e as variáveis sócio demográficas e econômicas em Olinda-PE, 2010.

	Melhor	Igual	Pior	P
	% (n)	% (n)	% (n)	
Sexo				
Homens	80,7 (71)	9,1 (8)	10,2 (9)	0,341
Mulheres	74,0 (231)	9,6 (30)	16,3 (51)	
Faixa etária (anos)				
18 – 29	89,2 (75)	5,7 (5)	9,1 (8)	0,013
30 – 49	64,7 (75)	14,7 (7)	20,7 (24)	
50 ou mais	77,6 (152)	8,2 (16)	14,3 (28)	
Estado civil				
Solteiro (a)	77,1 (54)	7,1 (8)	15,7 (11)	0,887
Casado/ com companheiro (a)	74,2 (190)	10,2 (26)	15,6 (40)	
Outro (a)	78,4 (58)	9,5 (7)	12,2 (9)	
Renda (em reais)				
Até 465,0	89,6 (69)	2,6 (2)	7,8 (6)	0,110
466,0 – 930,0	72,2 (187)	11,6 (30)	16,2 (42)	
931,0 – 1395,0	73,3 (33)	6,7 (3)	20,0 (9)	
Acima de 1396,0	66,7 (12)	16,7 (3)	16,7 (3)	

Tabela 3. Comparação entre a obtenção de ficha dos serviços disponibilizados no sistema de saúde do novo sistema de marcação de consultas e a antiga forma de marcação, em Olinda-PE, 2010.

	Melhor	Igual	Pior
	% (n)	% (n)	% (n)
Atendimento com a equipe de saúde da família	42,5 (170)	10,5 (42)	47,0 (188)
Atendimento com o médico especialista	85,3 (341)	10,3 (41)	4,5 (18)
Intervalo para realizar um exame	15,3 (61)	30,5 (122)	54,2 (217)
Intervalo para agendar uma consulta com o médico especialista	51,5 (206)	35,3 (141)	13,3 (53)
Agendamento de exames e consulta	89,3 (357)	9,8 (39)	1,5 (4)

CONCLUSÕES

- O nível de satisfação do usuário com o serviço prestado pela Atenção Primária a Saúde na sua comunidade, foi aprovado entre excelente e/ou bom em 55% dos entrevistados.
- No aspecto de divulgação da implantação da nova forma de marcação de consultas e exames, apresentou um índice muito baixo do envolvimento do Agente Comunitário de Saúde, que foi lembrado por 12,3% dos entrevistados.
- O nível de satisfação do usuário quando comparado o novo sistema de marcação ao anterior, apresentou uma boa satisfação, numa análise bivarida apenas a comparação entre faixa etária apresentou uma associação significativa, com a percepção dos mais jovens melhor, comparado aos demais extratos de idade.
- Quando comparado a facilidade de obtenção de ficha para atendimento com o novo sistema de marcação, 85% dos entrevistados verifica facilidade de acesso ao especialista, porem 54,2% considera pior o acesso ao exame.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Os resultados apresentados confirma a necessidade de estruturar a implantação do SISREG, desde o aspecto de divulgação com os usuários como também a capacitação dos profissionais de saúde que de forma direta ou indireta irá utilizar o novo serviço.
- Os gestores municipais precisam rever os protocolos assistências para tentar educar o numero de encaminhamentos para exames e com isso diminuir o tempo de espera dos usuários.

ANEXOS

- a. Projeto de Pesquisa [versão aprovada na defesa de projeto]
- b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa [se houver]
- c. Questionários / Formulários [opcionais]
- d. Detalhes metodológicos adicionais [opcional]
- e. Outros documentos relevantes

ANEXO A

Projeto de pesquisa – Versão encaminhada e aprovada pelo CEP do GHC- Grupo Hospitalar Conceição

MAILTON ALVES DA SILVA

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.

MAILTON ALVES DA SILVA

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM UMA CENTRAL DE
REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.

Projeto apresentado ao Mestrado Profissional –
Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde
na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à
Saúde.

PORTO ALEGRE-2009

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	03
2. JUSTIFICATIVA.....	07
3. OBJETIVOS:	
3.1 Objetivo Geral.....	08
3.2 Objetivos Específicos.....	08
4. METODOLOGIA:	
4.1 Tipo do estudo.....	09
4.2 Descrição da área de estudo.....	09
4.3 População/amostra.....	12
4.4 Coleta de dados.....	13
4.5 Instrumento para coleta de dados.....	13
4.6 Análise dos dados.....	14
5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	15
6. QUESTÕES ÉTICAS.....	16
7. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	17
8. RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO.....	18
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

ANEXOS

Anexo 1: Carta de Anuência da Instituição

Anexo 2: Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

1. INTRODUÇÃO

Com a fragmentação dos modelos assistenciais, a integração dos serviços de saúde surge como fator importante na reforma das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária de Saúde (APS). O conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, que possuam mecanismos de regulação para facilitar o acesso do usuário no sistema e instrumentalizar o gestor para um melhor controle e avaliação de sua rede de assistência.

O conceito, as práticas e as finalidades da regulação em saúde não se encontram totalmente desenvolvidos, e tem sido mais fácil deparar-se, no setor estatal da saúde, com os temas do controle, avaliação e auditoria. Só mais recentemente, o Ministério da Saúde vem disseminando um determinado conceito de regulação. Os conceitos e as práticas destes temas não têm sido uniformes e têm variado ao longo dos anos.

Enfim, um conceito ampliado de regulação pode ser o de um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.) as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações².

A regulação no Setor Saúde tem como objeto geral a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.); as relações contratuais; atribuição de cada profissional de saúde; o conhecimento da oferta e da demanda por serviços; o desenvolvimento e a implementação de protocolos assistências; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de

trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde ¹ .

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto avaliação das ações diretas e finais de Atenção à Saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. Os principais sujeitos desta regulação são os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal ² .

A Regulação do Acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, infovias, entre outros, ou de normas e protocolos, pois abarca também relações de gestores com prestadores, de gestores e prestadores com gerentes de unidades de saúde, de gerentes com profissionais e, o mais importante, de usuários e as suas distintas demandas/necessidades com todos. Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de tecnologias (relacionais, saberes, instrumentos, etc.) e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Estas intermediações podem se configurar de maneiras diversas, a depender dos objetivos postos pela Política de Regulação da Atenção à Saúde ² .

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga. Atualmente verifica-se uma vigorosa retomada do tema. Relatos demonstram que desde o século passado avaliam-se serviços de modo mais ou menos sistemático ^{7, 11} . Nas últimas décadas, a maior parte da literatura sobre o assunto tem se concentrado em medições clínicas. A maioria destes trabalhos provém de países desenvolvidos ⁵ .

A competente análise de um programa torna mais evidente para a sociedade a aplicação de seus recursos, evitando ou denunciando desperdícios. Essa orientação é tanto mais eficaz quanto mais o conceito e a prática avaliativa passam a fazer parte do

cotidiano das instituições ⁶. O hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas é relativamente recente.

São diversificados os conceitos do que se entende por avaliação. Para alguns autores, a avaliação é a sistemática para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, considerando-se a magnitude da diferença ⁹. Já para outros a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões ^{3,4}. Como também há quem defenda que é um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente por qualquer pessoa. Busca julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou alguma coisa e, enquanto técnica e estratégia investigativa é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa, que tem como principal sentido o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos ⁶.

Do ponto de vista da sua utilidade prática, uma boa avaliação visa a reduzir incertezas, a melhorar a efetividade das ações e a propiciar subsídios para a tomada de decisões relevantes. É importante enaltecer tanto o sentido como a orientação prática desse tipo de ação, pois nem toda avaliação é produtiva: “Avaliar pode ser um empreendimento de sucesso, mas também de fracasso, pode conduzir a resultados significativos ou a respostas sem sentido, pode defender ou ameaçar” ¹⁰.

A área de avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral e na saúde, em particular, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica. Condições de produção e de utilização de conhecimento: pensar e agir, saber e fazer, conhecimento e técnica, ciência e tecnologia remetem à área de avaliação de programas, serviços e tecnologias, como campo produtor de saberes e práticas,

vivência de forma evidente e aguda as dificuldades a serem enfrentadas por aqueles que buscam produzi-la, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas, sempre concretas ⁸.

Para melhor compreensão da construção das avaliações em saúde, é apontado como ponto de partida a produção de um conhecimento que contenha possibilidade de utilização ao assumir um conteúdo valorativo, o que necessariamente coloca esse tema no mundo da vida em sociedade ⁸. Essa idéia de valor vai além do julgamento sobre o mérito do conhecimento como tal, mas pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões, que incorpora e interage com o contexto no qual a avaliação se desenvolve.

Alguns autores relatam: “*avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)*” ^{3,4}.

A Central de Regulação vem evoluindo ao longo do tempo como demonstra os referenciais teóricos, porem existe uma escassez de literatura que relate o que o presente estudo se propõe a demonstrar, que é o desempenho da Central de Regulação de Consultas e Exames - CRCE na cidade de Olinda, que será uma pesquisa avaliativa através de um levantamento da satisfação do usuário que é atendido na Atenção Primária a Saúde do município.

2. JUSTIFICATIVA

A pesquisa em questão justifica-se pela realização de um estudo que permita avaliar a percepção do usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames – CRCE, como uma tecnologia dura importante no processo de comunicação entre atenção primária e outros níveis de atenção, viabilizando acessibilidade do usuário no SUS. Será investigado através de uma pesquisa avaliativa o nível de satisfação dos usuários atendidos na Atenção Primária do município. Com os dados disponíveis o gestor municipal poderá reavaliar idéias, alinhar conceitos, implementar essa política de modo a garantir a expectativa tanto dos profissionais da rede quanto dos usuários.

Nesse contexto a presente pesquisa busca responder aos seguintes questionamentos:

3. Qual o nível de satisfação dos usuários com a Atenção Primária oferecida pelo município?
4. Qual o nível de satisfação dos usuários quanto a agilidade na marcação de consultas e exames após a implantação da Central de Regulação?
5. Como o gestor municipal poderá implementar a organização da rede de assistência, garantindo a efetividade da referência e contra-referência e a resolutividade das demandas dos profissionais para os usuários atendidos na Atenção Primária a Saúde?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a percepção do usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames – CRCE em Olinda/PE.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços da Atenção Primária;
- Analisar a satisfação dos usuários com os serviços de marcação de consultas e exames após implantação da CRCE;
- Identificar a associação entre fatores sócio-demográficos com a avaliação da satisfação dos serviços prestados pela CRCE.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 - Tipo do estudo

Será realizada uma pesquisa quantitativa utilizando-se o método epidemiológico, o estudo tipo transversal com os usuários atendidos pela Estratégia Saúde da Família, assim como nas áreas sem cobertura da estratégia será avaliado os pacientes recebidos pelas especialidades básicas ginecologistas, pediatras e clínico geral que realizam as consultas nas Policlínicas.

4.2 - Descrição da área de estudo

Olinda, segundo o censo demográfico de 2000 é o terceiro município mais populoso do estado, abrigando em seus 40,83 km² de extensão territorial uma população 390.455 habitantes segundo estimativa do IBGE para 2007, o que significa uma densidade demográfica de pouco mais de 9,000 habitantes km². Desses 40,83 km², 1,2 km² é de área tombada e 10,4 km² de área de preservação. A taxa de urbanização é de 98%, o que faz de Olinda um município eminentemente urbano, apresentando 34,54km² como área urbana e o restante distribuído na zona rural (6,29 km²). O município tem como limites: Paulista (Norte), Recife (Sul), Oceano Atlântico (Leste) e Recife (Oeste).

Em 2000, eram contabilizados em Olinda 94.032 domicílios particulares com uma média de 3,9 moradores, mesma média de densidade habitacional que o estado de Pernambuco. Nos bairros mais populosos do município esta média não sofre alterações expressivas: Águas Compridas 4,1; Vila Popular 4,02; Jardim Fragoso 3,91 e Ouro Preto 3,9 moradores por domicílio (IBGE, Censo Demográfico 2000).

A Secretaria de Saúde de Olinda possui sua estrutura descentralizada em 02 Distritos Sanitários.

O DISTRITO SANITÁRIO I (DS I) possui 14 bairros, divididos em 4 microrregiões e uma população total estimada de 155.803 habitantes em 2006, representando 42,35% da população Olindense. Os bairros mais populosos são Peixinhos, Águas Compridas, Jardim Brasil e Sapucaia em números absolutos, correspondendo a 56,54% da população do DS I. A área do Distrito Sanitário I se caracteriza por ser uma área historicamente menos estruturada e com maior concentração de população com baixa renda.

O DISTRITO SANITÁRIO II (DS II) abrange 17 bairros e a zona rural do município. Estão organizados em 6 microrregiões, com uma população total de 212.099 habitantes, representando 57,65% da população Olindense. Os bairros mais populosos neste distrito são Rio Doce, Jardim Atlântico, Ouro Preto e Fragoso em números absolutos, correspondendo a 56,15% da população que compõe o DS II. Esta área se caracteriza por bairros mais estruturados, com concentração da população de melhor renda, inclui a beira-mar e o centro histórico do município, além das principais áreas comerciais e de serviços.

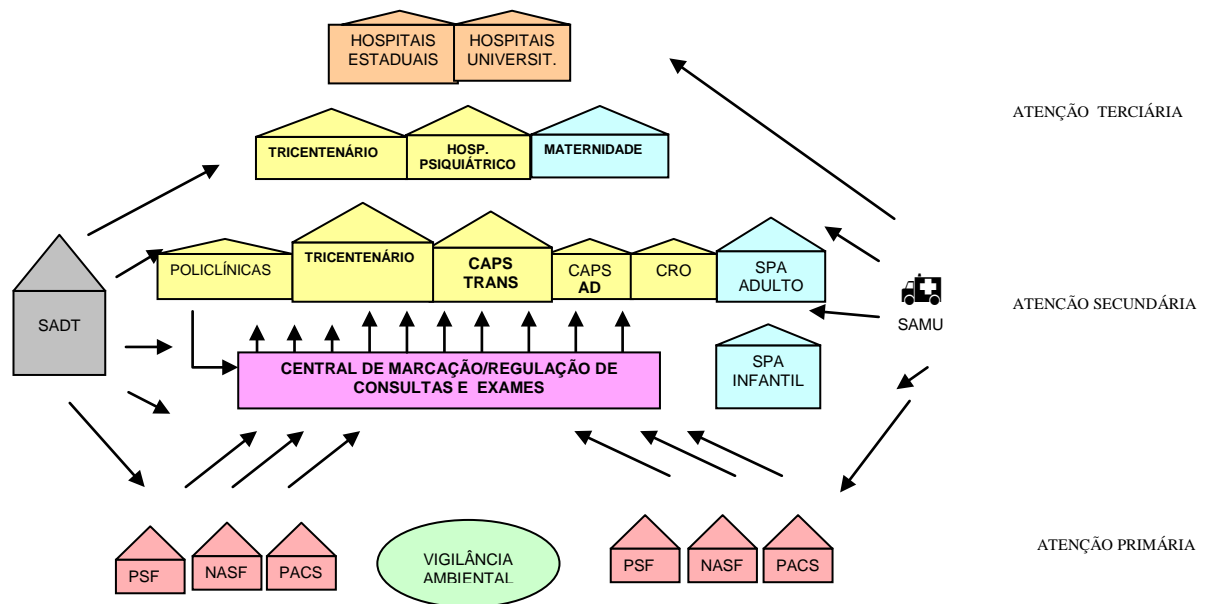
A Estratégia Saúde da Família de Olinda conta com 55 equipes de saúde, conforme distribuição no quadro abaixo, o que representa uma cobertura de 66% da população, já bastante próximo da meta municipal para 2009, que corresponde a 70% de cobertura.

As ações estratégicas da secretaria têm forte apoio nas equipes de saúde da família e nas ações dos Agentes de Vigilância Ambiental (AVA's), que hoje cobrem 100% dos

domicílios municipais, com ações de educação em saúde e monitoramento de situações de risco ambiental.

A Central de Regulação foi inaugurada em julho de 2007, esse departamento possui sua estrutura física e funcional na Diretoria de Saúde, a sua Central de Regulação de consultas e Exames é informatizada com o programa SISREG versão III do Ministério da Saúde e se comunica com as Unidades de Saúde da Família através do telefone da central que possui 06 tele-atendentes, já com as demais unidades como as Policlínicas que já possui o sistema de informatização concluído essa comunicação já se faz on-line com a central.

DESENHO ESQUEMÁTICO DO MODELO DE ATENÇÃO



4.3 – Amostragem e Cálculo da Amostra

4.3.1 – Será realizado com os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS Olinda, onde considerando uma prevalência de satisfação de 50% com um erro aceitável de 5%, o tamanho

da amostra estimado foi de 383 para o nível de confiança de 95%. Serão incluídos todos os usuários que possuam cadastro do cartão SUS e que possam no momento da coleta estar ou não participando de algum grupo especial de gestantes, idosos, portadores de necessidades especiais entre outros. Serão excluídos usuários menores de 18 anos e pessoas com o desenvolvimento cognitivos comprometidos para responder as perguntas.

4.4- Coleta de dados

4.4.1 – Os usuários para marcar suas consultas e exames pelo SUS, precisam ter o cadastro no Cartão SUS. Atualmente aproximadamente 78% da população do município possui o cadastro nesse cartão. Será realizado um sorteio dos usuários através do número do cartão SUS, e eles serão entrevistados em seus domicílios por estagiários no último ano do Curso de Enfermagem das universidades em convênio com a Secretaria de Saúde. Os entrevistadores serão treinados antecipadamente para familiarizar-se do instrumento de coleta.

4.4 - Instrumento para coleta de dados

Será aplicado o questionário validado por Kurt Kloetzel – 1998, cujo objetivo foi avaliar o controle de qualidade da Atenção Primária a Saúde através da satisfação do usuário. O instrumento foi adaptado para possibilitar aferir o desempenho da Central de Regulação de Consultas e Exames – CRCE.

4.6 - Análise dos dados

Os dados serão digitados em planilhas do EXCEL - MS e depois transportados para o SPSS versão 11.0. A análise dos dados do presente estudo será desenvolvido em duas fases,

uma descritiva e outra analítica.

Na fase descritiva serão apresentadas distribuição de frequência e medida de tendência central das diversas variáveis de acordo com a sua natureza.

5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados para os usuários, profissionais e gestores nos fóruns locais, também serão apresentados ao público interno do Grupo Hospitalar Conceição - GHC e os resumos em seminários e congressos, também será publicados os artigos científicos em revistas indexadas no Qualis da CAPES. Será encaminhado uma cópia da dissertação ao Setor de Documentação da GEP-GHC.

6. QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC, em obediência a portaria 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL,1996), que trata da pesquisa com seres humanos. Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido, que será apresentado em duas vias e uma das cópias ficará com o sujeito pesquisado após sua assinatura. A coleta de dados terá início apenas após aprovação do comitê.

8. RECURSOS NECESSÁRIOS/ORÇAMENTO

MATERIAL	VALOR UNITÁRIO (R\$)	TOTAL
Transporte (gasolina)	2,50 x (200L)	500,00
Resma de papel ofício	15,00 x (4)	60,00
Cópias (xerox)	0,10 x (60)	6,00
Cartucho de tinta para impressão a jato de tinta	60,00 x (2)	120,00
Digitação	1,50 x (250)	375,00
Pasta	2,60 x (4)	10,40
Meio de comunicação (Telefone)	----	420,00
TOTAL	----	1.491,40

- Os recursos para desenvolvimento da pesquisa será financiada pelo próprio autor;
- Os entrevistadores são alunos bolsistas da Secretaria de Saúde de Olinda.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Regulação do Brasil**. Brasília, 2006.

3 - CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-47, 2000.

4 - CONTANDRIOPOULOS, A. P., CHAMPAGNE, F., DENIS, J.L., PINEAULT T. In: **HARTZ, Z.M.A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 27-49. 1997.

5 - GOMES, E. G., **Marco Conceptual y Consideraciones Metodológicas Preliminares Para el Desarrollo de un Protocolo de Investigación sobre Evaluación de la Calidad de la Atención de la Salud en un Grupo de Países Americanos**. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1989

6 - MINAYO, M. C. S. Pesquisa Avaliativa por triangulação de métodos. In: **BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.) Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: Enfoques Emergentes**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

7 - MAGALHÃES, L. B. **Avaliação do Subprograma de Assistência à Saúde da Criança em Dois Postos de Saúde de Londrina, Paraná**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1983.

8 - NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**. 34 (5): 547-559, 2000.

9 - PABON, H. **Evaluación de servicios de salud**, Cali: XYZ, 1985.

10 - PENNA FIRME, T. **Avaliação em rede**. Disponível em: <http://www.rits.org.br> – Acesso em: 05 de junho de 2009.

11 - RUELAS-BARAJAS, E.; VIDAL-PINEDA, L. M., Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. **Salud Pública de México**, n.32, p. 225- 231, 1990.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.

Eu, _____ abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade das pesquisador MAILTON ALVES DA SILVA aluno do Mestrado Profissional – Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à Saúde.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

O objetivo da pesquisa é Avaliar a Percepção do Usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames na Secretaria de Saúde de Olinda. Durante o estudo os sujeitos responderão a um questionário semi-estruturado para a coleta de dados. Obtive todas as informações necessárias para poder atingir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem nenhuma forma e prejuízo.

O autor da pesquisa se compromete a preservar minha privacidade e me assegurar a confidencialidade dos dados e informações coletadas garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluído sua publicação na literatura científica especializada.

Dúvidas ou outras informações posteriores poderão ser obtidas com o pesquisador Mailton Alves nos telefones:(81) 94515859 e (81) 33051100 Secretaria de Saude de Olinda; e também no respectivos endereço: Rua do sol – 311 – Carmo – Olinda/PE, ou com o GEP-GHC: Av Francisco Trein, 596 – Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS – Fone: (51) 3357-2095/2092 – email – gerencia-gep@ghc.com.br

Olinda, ____ de _____ de 2009.

R.G. _____

Participante da pesquisa

PESQUISADOR:

ENTREVISTADOR:

Mailton Alves da Silva

Elayne Cristina da Silva

CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

À Secretaria de Saúde de Olinda

Declaro, para os devidos fins, que concordo com a realização da pesquisa com o título: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM UMA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES, que será desenvolvido por Mailton Alves da Silva aluno do Mestrado Profissional – Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à Saúde.

Disponibilizamos-nos em cooperar permitindo a coleta de dados.

Olinda, _____ de _____ de 2009.



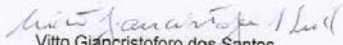
Atenciosamente

Dra. Tereza Miranda

SECRETÁRIA DE SAÚDE

ANEXO B

Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC

	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. Av. Francisco Tavares, 508 CEP 91330-250 - Porto Alegre - RS Fone: 3357.2266 CNPJ: 02.787.118/0001-20	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. Rua Domingos Rêgo, 20 CEP 91050-902 - Porto Alegre - RS Fone: 3307.4193 CNPJ: 02.787.126/0001-78	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. Rua Domingos Rêgo, 20 CEP 91050-902 - Porto Alegre - RS Fone: 3307.4193 CNPJ: 02.787.126/0001-78	HOSPITAL FEMINA S.A. Rua Mourão, 17 CEP 91420-901 - Porto Alegre - RS Fone: 3314.5200 CNPJ: 02.693.136/0001-53	
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90					
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC					
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 16 de dezembro de 2009 reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:</p> <p>Projeto: 09-153 Versão do Projeto: Versão do TCLE:</p> <p>Pesquisadores: AIRTON TETELBOM STEIN CARISI ANNE POLANCZYK MAILTON ALVES DA SILVA</p> <p>Título: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.</p> <p>Documentação: Aprovados Aspectos Metodológicos: Aprovados Aspectos Éticos: Aprovados</p> <p>Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.</p> <p>Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.</p> <p style="text-align: right;">Porto Alegre, 16 de dezembro de 2009.</p> <p style="text-align: center;">  Vito Giancristoforo dos Santos Coordenador do CEP </p>					

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES.

Eu, _____
abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade das pesquisador MAILTON ALVES DA SILVA aluno do Mestrado Profissional – Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na Linha de Pesquisa de Atenção Primária à Saúde.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

O objetivo da pesquisa é Avaliar a Percepção do Usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames na Secretaria de Saúde de Olinda. Durante o estudo os sujeitos responderão a um questionário semi-estruturado para a coleta de dados. Obtive todas as informações necessárias para poder atingir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, sem nenhuma forma e prejuízo.

O autor da pesquisa se compromete a preservar minha privacidade e me assegurar a confidencialidade dos dados e informações coletadas garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluído sua publicação na literatura científica especializada.

Dúvidas ou outras informações posteriores poderão ser obtidas com o pesquisador Mailton Alves nos telefones:(81) 94515859 e (81) 33051100 Secretaria de Saude de Olinda; e também no respectivos endereço: Rua do sol – 311 – Carmo – Olinda/PE, ou com o GEP-GHC: Av Francisco Trein, 596 – Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre/RS – Fone: (51) 3357-2095/2092 – email – gerencia-gep@ghc.com.br

Olinda, _____ de _____ de 2009.

R.G. _____
Participante da pesquisa

PESQUISADOR:	ENTREVISTADOR:
Mailton Alves da Silva	Elayne Cristina da Silva

Versão Aprovada em

16 DEZ. 2009

Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

Questionário de Entrevista Domiciliar

INSTRUMENTO (Roteiro para entrevista):

Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário com a Central de Regulação de Consultas e Exames - CRCE.

PARTE – 01

1- PERFIL DO USUÁRIO

1.1 – SEXO :

- Masculino – M
- Feminino – F

1.2 – IDADE ;

- 18 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 ou + anos

1.3 – RENDA FAMILIAR (salário mínimo) ;

- não opinou
- até R\$ 465,00
- de R\$ 465,00 a R\$ 930,00
- de R\$ 930,00 a R\$ 1.395,00
- + de R\$ 1.395,00

1.4 – GRAU DE INSTRUÇÃO :

- sem instrução
- ensino fundamental completo
- ensino fundamental incompleto
- ensino médio completo
- ensino médio incompleto
- ensino superior completo
- ensino superior incompleto
- pós graduação

1.5 – ESTADO CIVIL:

- casado (a)/ tem um companheiro/ ajuntado
- separado (a)/ divorciado (a)
- solteiro (a)
- viúvo (a)
- outros

1.6 – ultima vez que vc utilizou o serviço de saúde de Olinda:

- () Até 30 dias
- () 31 a 60 dias
- () De 61 a 90 dias
- () Acima de 90 dias
- () Não lembra

PARTE – 02

2- AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Figura 1

Ícones empregados na série 1.



Kurt kloetzel - 1998

Qual destas imagens expressa melhor sua opinião?

- 2.1 – Facilidade de acesso à consulta ()
- 2.2 – Tempo dispendido na sala de espera ()
- 2.3 – Cordialidade por parte da recepção ()
- 2.4 – Cordialidade do profissional ()
- 2.5 – Atenção dada as queixas ()
- 2.6 – Impressão do exame clínico ()
- 2.7 – Confiança despertada pelo médico ()
- 2.8 – Confiança na receita ()
- 2.9 – Explicações do médico com respeito à doença ()
- 2.10- Explicações quanto ao prognóstico ()
- 2.11- Satisfação com o agendamento ()
- 2.12- Avaliação geral da consulta ()

3- CONHECIMENTO SOBRE A CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES - CRCE

3.1– Em julho de 2007, a Secretaria de Saúde de Olinda inaugurou a Central de Regulação de Consultas e Exames - CRCE, onde após o atendimento pelo médico ou enfermeiro o usuário tinha sua consulta ou exame agendado pela CRCE na recepção da unidade através do telefone. Como você ficou sabendo dessa implantação?

- através do Agente Comunitário de Saúde - ACS
- através dos vizinhos na comunidade
- através da recepcionista na USF ou Policlínica
- no momento da consulta com a equipe
- através de panfletos e propagandas de som (carro de som, bicicleta de som ou rádio comunitária)
- não me lembro
- não fui informado

3.2– COMO VOCE AVALIA A DIVULGAÇÃO DESSA NOVA FORMA DE MARCAR AS CONSULTAS E EXAMES ?

- não se aplica
- excelente
- boa
- regular
- ruim
- péssima

3.3 – PARA MARCAR A SUA CONSULTA COM O ESPECIALISTA OU SEU EXAME, É FEITO UM CONTATO ATRAVÉS DO TELEFONE COM A CRCE PARA QUE SEJA LIBERADO O DIA E O LOCAL DA CONSULTA OU EXAME, VOCE RECEBEU ALGUMA EXPLICAÇÃO SOBRE ESSE ASSUNTO?

- não se aplica
- nunca me explicou nada
- raras vezes
- não me lembro
- me explicou tudo

4 - SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES - CRCE

4.1- COMO VOCÊ CONSIDERA A OBTENÇÃO DE UMA VAGA E/OU FICHA PARA ATENDIMENTO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA SUA COMUNIDADE ?

- não se aplica
- muito fácil
- fácil
- nem difícil/ nem fácil
- difícil
- muito difícil

4.2- COMO VOCÊ CONSIDERA A OBTENÇÃO DE UMA VAGA E/OU FICHA PARA ATENDIMENTO COM O MÉDICO ESPECIALISTA ?

- não se aplica
- muito fácil
- fácil
- nem difícil/ nem fácil
- difícil
- muito difícil

4.3- COMO VOCÊ CONSIDERA A OBTENÇÃO DE UMA VAGA E/OU FICHA PARA REALIZAR UM EXAME ?

- não se aplica
- muito fácil
- fácil
- nem difícil/ nem fácil
- difícil
- muito difícil

4.4- COMO VOCÊ CONSIDERA O INTERVALO PARA AGENDAR UMA CONSULTA COM O MÉDICO ESPECIALISTA?

- não se aplica
- muito longo
- longo
- nem longo/ nem curto
- curto
- muito curto

4.5- COMO VOCÊ CONSIDERA O INTERVALO PARA AGENDAR UM EXAME SOLICITADO ?

- não se aplica
- muito longo
- longo
- nem longo/ nem curto
- curto
- muito curto

4.6- APÓS REALIZAR CONSULTA COM O MÉDICO ESPECIALISTA VOCÊ RETORNA PARA O POSTO DE SUA COMUNIDADE PARA INFORMAR QUE ACONTECEU NA CONSULTA ?

- sim
- não
- as vezes

4.7- ANTES DA IMPLANTAÇÃO DA CRCE O AGENDAMENTO DE CONSULTAS COM O ESPECIALISTA E A MARCAÇÃO DE EXAMES ERA REALIZADO PELO PRÓPRIO USUÁRIO NAS POLICLINICAS. COMO VOCE AVALIA ESSA ANTIGA FORMA DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES ?

- não se aplica
- excelente
- boa
- regular
- ruim
- péssima

4.8- COMO VOCE AVALIA ESSA NOVA FORMA DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS E EXAMES ?

- não se aplica
- excelente
- boa
- regular
- ruim
- péssima