

CONSULTAS MÉDICAS: OFERTA, DEMANDA, MUDANÇA CULTURAL E O FIM DAS FILAS

Dulce Selma Bacheschi de C. Mori

Chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Centro Técnico Aeroespacial.

E-mail: rymori@mail.netvale.com.br

RESUMO

A abordagem convencional do problema da formação de filas para agendar consultas médicas assume, como pressuposto, que a causa primeira está em uma demanda impossível de ser atendida com os recursos disponíveis. Este artigo aponta outras causas, até então desconhecidas, que fundamentaram o desenvolvimento de uma sistemática que fez as filas desaparecerem sem que houvesse aumento no número de médicos ou de consultas/médicos. Essa sistemática é apresentada e analisada em seus aspectos significativos de desenvolvimento e implantação.

ABSTRACT

The conventional approach to the problem of queuing to arrange medical appointments assumes that the main reason for it is the impossibility to meet all the demand with the resources available. This article, however, shows other causes, not known before, which have based the development of a new system that has extinguished the queues without increasing the number of doctors or the number of appointments/doctors. This new system is presented and analysed in the light of its significant aspects of development and implementation.

PALAVRAS-CHAVE

Marcação de consultas médicas, SAME, filas, hospitais públicos, inovação.

KEY WORDS

Medical appointments, SAME (Medical and Statistics Filing Service), queues, public hospitals, innovation.

INTRODUÇÃO

A gestão do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Centro Técnico Aeroespacial (CTA), uma organização do Ministério da Aeronáutica, foi reorientada para os usuários. A oportunidade dessa decisão surgiu quatro anos atrás quando, aproveitando novas idéias sobre estratégias de implantação da qualidade, posteriormente defendidas em dissertação de mestrado (Arroyo, 1995), foi feito um planejamento para as mudanças necessárias.

O projeto, denominado Sistema de Agendamento Médico e Estatística (SISAME), contemplava a reengenharia de todos os processos das seguintes funções¹ do SAME-CTA:

- a) armazenamento e recuperação física das informações ambulatoriais para fins de prevenção, prognóstico, diagnóstico, tratamento e acompanhamento;
- b) fornecimento de dados e informações quantitativas de natureza estatística sobre o atendimento ambulatorial (produtividade, absenteísmo, censo etc.);
- c) fornecimento de informações epidemiológicas (nosologias, incidência de doenças, etc.);
- d) fornecimento de dados para análise estatística em apoio à pesquisa clínica;
- e) marcação de consultas médicas.

Submetido à apreciação do Diretor do CTA, o projeto foi aprovado e, dispondo de assessoria para gerir a implantação, os trabalhos foram iniciados em julho de 1993.

De todas as melhorias para os usuários, decorrentes da reorientação da gestão, a extinção das fi-

las para agendar consultas médicas foi a que causou maior impacto, visto não ter sido alterada a relação oferta/demanda.

Neste trabalho são apresentados, para discussão, a sistemática de marcação de consultas desenvolvida, os resultados e a fundamentação teórica das principais decisões originárias da nova percepção de uma realidade tão antiga: filas nas portas de hospitais.

A ESCOLHA DAS FILAS

São conhecidas várias iniciativas, tomadas por administradores públicos, que foram eficientes e eficazes, mas que não sobreviveram às sucessivas mudanças ocorridas no topo da estrutura organizacional do órgão público.

A consolidação das mudanças nos órgãos públicos, ao contrário do que ocorre na iniciativa privada, não é obtida apenas pela decisão do mais alto escalão. Para que sobrevivam, é necessário que as modernizações internas sejam respaldadas em objetivos dos usuários, e não apenas em mudanças que venham trazer, como consequência, benefícios para os usuários.

Essa necessidade advém do fato de que o *turnover* nos órgãos públicos ocorre nos níveis organizacionais mais elevados (Arroyo, 1995), e as mudanças apoiadas apenas na autoridade interna acabam perdendo sustentação com a troca do chefe.

Nessa visão estratégica, o objetivo dos usuários escolhido para respaldar as mudanças internas do SAME-CTA, embora não verbalizado pelos próprios (observe, na Figura 1, a ausência de queixas quanto à própria existência da fila), foi a extinção das filas.

EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE MARCAÇÃO

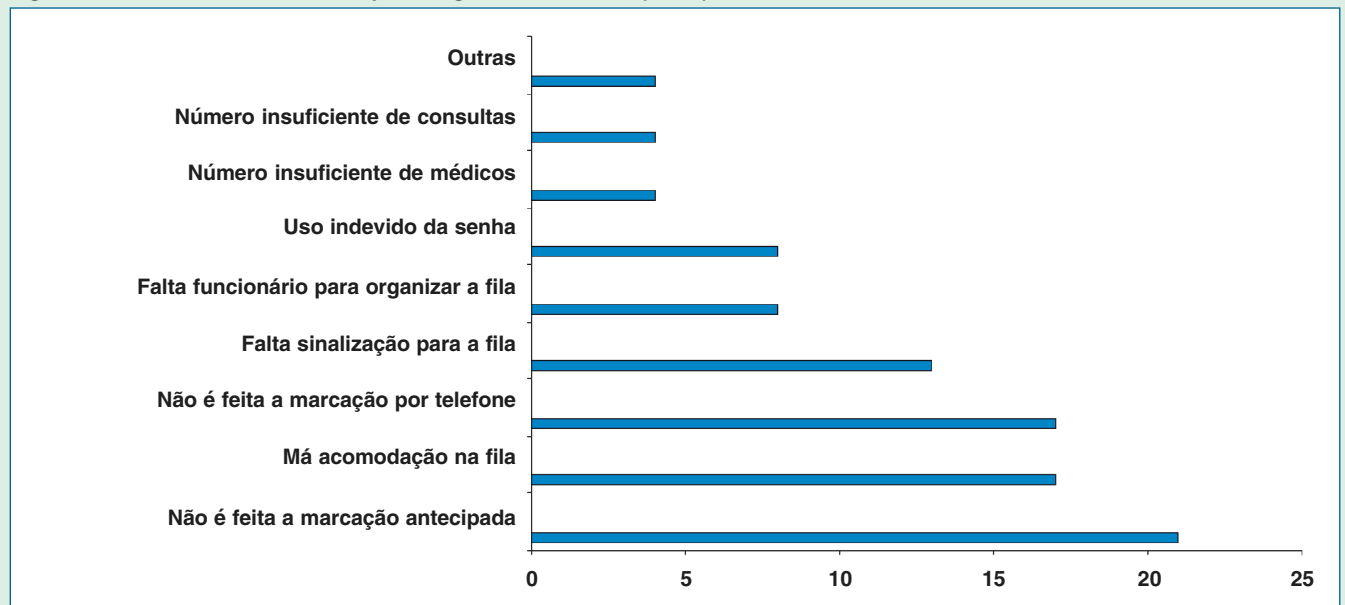
Conforme os índices registrados em março de 1996, antes, portanto, da implantação da nova sistemática, os primeiros usuários a chegarem na porta do hospital do CTA com a intenção de agendar uma consulta médica faziam-no por volta das 5h50. A partir desse horário, as chegadas iam sucedendo-se e a frequência acumulada apresentava, de forma geral, o padrão que pode ser visto na Figura 2. Como se pode observar, às 7 horas, quando os guichês de marcação eram abertos, havia, em média, cerca de 35 pessoas esperando.

O problema era antigo e acreditava-se que tenderia a agravar-se com o aumento da demanda. Na tentativa de eliminá-lo, algumas práticas clássicas de marcação de consultas foram adotadas pelo SAME-CTA.

A mais conhecida delas é a chamada Marcação Antecipada. Seu funcionamento é simples: quando a agenda do dia estiver totalmente preenchida, abre-se uma agenda para o dia seguinte e marca-se a consulta. Quando essa agenda também for completada, abre-se uma outra agenda para o dia subsequente e assim por diante. É muito semelhante ao sistema de reservas de assento nos vôos comerciais, embora não seja admitida a ocorrência de *overbooking*².

O objetivo da Marcação Antecipada é fazer com que o usuário não perca sua ida ao hospital para agendar uma consulta. Indo ao hospital ou telefonando, no caso das clínicas particulares, o usuário sempre tem condições de agendar uma consulta. A abertura progressiva e ilimitada de novas agendas leva, passado algum tempo, à situação de só ser possível agendar uma consulta

Figura 1 - Queixas dos usuários enquanto aguardavam na fila (em %)



para 15, 30 ou até 60 dias da data da solicitação. O usuário passa, então, a sentir-se ludibriado por ter de esperar tanto tempo.

É necessário que as modernizações internas sejam respaldadas em objetivos dos usuários, e não apenas em mudanças que venham trazer, como consequência, benefícios para os usuários.

Nessa prática de marcação, o foco do problema - realizar uma consulta com um médico - é desviado para o ato de simplesmente agendar a consulta. Esta passa, assim, a ser uma possibilidade do hospital, não existindo espaço para a premência de cada usuário.

Como se vê, a Marcação Antecipada elimina apenas o problema da visibilidade das filas. Assim como nas reservas dos vôos comerciais, esse tipo de marcação estimula o usuário a aceitar, por cautela, um agendamento com um prazo para atendimento que não tem qualquer relação com sua necessidade e, em razão disso, gera um absenteísmo elevado.

Um aperfeiçoamento da Marcação Antecipada é a Marcação Antecipada com Reserva de Vagas para o Dia. Nessa prática, os horários são disponibilizados também com antecedência, entretanto alguns horários são reservados para serem ofertados no dia do atendi-

mento. Essa prática também não elimina o problema das filas, pois elas voltam a se formar para o usuário disputar esses poucos horários do dia.

FILAS: UM PROBLEMA DE QUEM?

Os SAMEs, por serem os concentradores de todas as informações pessoais e médicas sobre os pacientes de uma organização de saúde, têm importância fundamental em praticamente todas as suas atividades clínicas e em muitas das atividades administrativas (Rodrigues, 1987). Das suas múltiplas funções, destacam-se, para o público externo, a oferta de consultas médicas e a marcação delas (Proahsa, 1987).

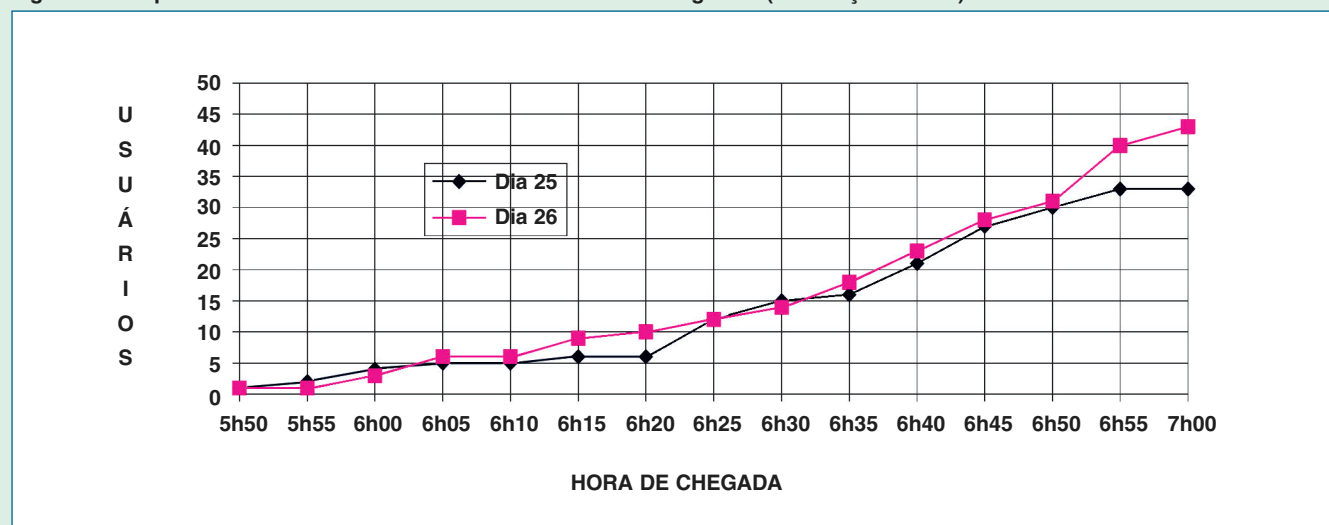
Agendamento de consultas médicas e filas são, de forma natural, mentalmente associados. Não é comum imaginar a realização de uma consulta médica que não seja precedida de uma espera em fila, seja aguardando em casa ou na porta dos hospitais.

Fundamentada no aparente determinismo da relação oferta/demanda, essa forma de ver o problema das filas acabou por consagrar, para filas de hospitais, o uso de técnicas e conceitos das ciências exatas aplicáveis a outros tipos de filas, desconsiderando outras variáveis intervenientes.

Esses estudos concentraram-se em desenvolver formas de regular o fluxo, administrar o tempo que os clientes estão propensos a esperar (Denton, 1990) etc. Sempre assumindo, como pressuposto inquestionável, sua inevitabilidade perante a relação oferta/demanda.

Para que o trabalho de análise do problema das filas fosse despojado de preconceitos, a atenção foi concentrada nas relações recíprocas entre as pessoas e os serviços de saúde. Ao se aprofundar o estudo

Figura 2 - Frequência acumulada de usuários antes da abertura do guichê (em março de 1996)



dessas relações, identificaram-se níveis de transações distintos, ou seja, quando o cidadão se dirige a uma instituição médica para agendar uma consulta para si, ele passa à situação de usuário dessa instituição. Nessa situação permanece até que, postado diante do médico, começa a sua consulta. Ao iniciá-la, sua situação passa a ser a de paciente. Essas situações definem diferentes tipos de transações entre a pessoa e os serviços de saúde, conforme podemos observar na Figura 3. Note, na figura, que a relação paciente–médico é precedida pela relação usuário–instituição.

Assim, embora a essencialidade do atendimento médico esteja no nível da transação médico–paciente, a transação usuário–instituição ocorre nos SAMEs, pois o contato com um serviço médico institucional é, em princípio, para matricular-se ou agendar uma consulta (Proahsa, 1987).

Ao ter de entrar em uma fila para realizar esse contato, o usuário enxerga nela um problema cuja solução compete à instituição para a qual ele contribui. A seu ver, não são alocados os recursos suficientes para atendê-lo adequadamente.

Para as instituições, a fila formada antes da abertura do guichê, isto é, antes do início do expediente da instituição, é um problema de demanda que, por preceder o seu contato com os usuários, está fora da sua esfera de atuação, em que pesem providências paliativas, chegando-se até a incluir, como item de qualidade da instituição, boas acomodações para a fila.

No quadro descrito acima, a fila é um problema da “sociedade”, do “governo”, do “paciente” ou da “carência de médicos”, dependendo da posição do observador. Assim, criou-se um paradigma: se há agendamento de consultas médicas, há fila.

O que um observador menos atento não percebe é que a existência de filas na porta dos hospitais públicos ou diluída nas residências, para os convênios par-

ticulares, não é nociva apenas aos usuários. Ela também é prejudicial para as instituições: a degradação da imagem tem, para as instituições públicas, um custo político elevado e, para as particulares, milhares de dólares desperdiçados na consolidação de suas marcas.

A solução do problema parecia não caber a nenhum dos envolvidos.

O SAME-CTA assumiu esse problema e incorporou-o à esfera de atuação da instituição.

Para as instituições, a fila formada antes da abertura do guichê é um problema de demanda que, por preceder o seu contato com os usuários, está fora da sua esfera de atuação.

A SISTEMÁTICA DESENVOLVIDA

Pela Teoria das Filas (Broson, 1985), um sistema de fila para o agendamento de consultas, como o até então existente no CTA, tinha como características a disciplina do tipo FIFO (primeiro a entrar, primeiro a sair) e a capacidade infinita (é “permitido” esperar do lado de fora do sistema).

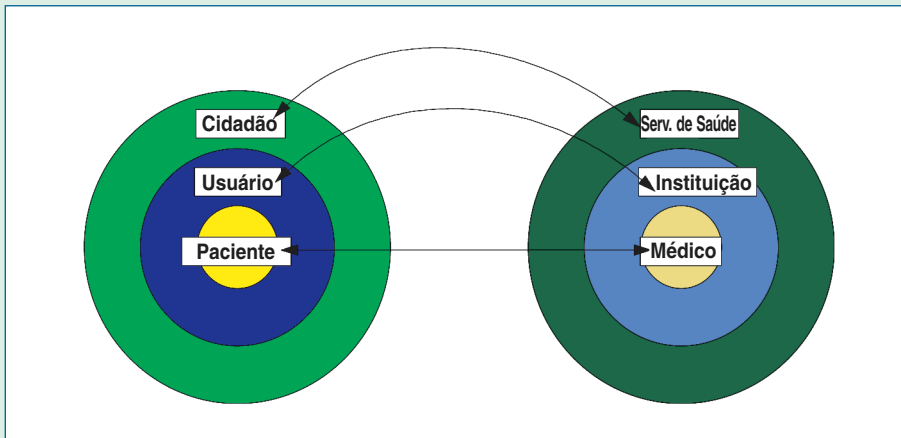
Essa permissão só é usada se e quando os usuários desejarem. Portanto, as filas formadas do lado de fora, antes ou depois de abertos os guichês, são iniciativa e produto dos usuários. Por mais óbvio que isso possa parecer, depois de constatado, ainda é algo intrigante.

Ocorre que, pela Teoria das Filas, considera-se que a presença de pelo menos um atendente é caracter-

ística essencial para a existência de um sistema de fila, ou seja, a “fila” formada antes da abertura dos guichês não é contemplada por essa teoria. Por esse motivo, o grupo de pessoas que, enfileiradas, aguardam a abertura do guichê foi considerado um fenômeno social, ainda de iniciativa e propriedade dos usuários.

Constatado que as filas, como objeto da Teoria das Filas ou como fenômeno social, eram produto e iniciativa dos usuários, bas-

Figura 3 - Níveis de transação pessoa x serviços de saúde



tavam apenas duas providências:

- descobrir os motivos que levavam os usuários a gerar a fila;
- desenvolver um processo de marcação de consultas que anulasse esses motivos.

A primeira providência foi relativamente simples. Durante duas semanas, os usuários que chegavam para entrar na fila foram ouvidos. Após anotada a hora de chegada, tinha início uma breve entrevista na qual se procurava descobrir a motivação de cada um para estar tão cedo na porta do hospital a fim de agendar uma consulta. Essas entrevistas se estendiam das 5h30 até as 7 horas, quando os guichês de marcação eram abertos.

A análise do conteúdo das entrevistas indicou que as razões principais eram:

- premência de uma consulta: que, caso não atendida, poderia tornar-se uma urgência;
- dificuldade de acesso à marcação: o usuário precisava ir ao hospital duas vezes, uma para agendar e outra para consultar.

A combinação dessas duas razões levava o usuário a chegar cada vez mais cedo. Como se vê, dois pressupostos elaborados pelo próprio usuário. O primeiro era o de que seu autodiagnóstico indicava uma situação crítica de saúde e o segundo, o de supor que só seria atendido horas depois.

Analisando os dados estatísticos da demanda, o perfil sociogeográfico dos usuários, os tipos de clínicas oferecidos e a disponibilidade de médicos por clínicas, foi traçada, empiricamente, uma curva de oferta para a população atendida pelo SAME-CTA. Essa curva atende, também, aos critérios legais específicos impostos para a prestação do serviço. Sua aplicabilidade, portanto, é exclusiva para essa população.

Figura 4 - Curva da Premência: quanto mais distante o dia do atendimento, menor a oferta de horários



A essa curva foi dado o nome de Curva da Premência (Figura 4), pois procura distribuir, em um intervalo de tempo, os diferentes graus de percepção da urgência da consulta pretendida.

A equação gerada a partir dessa curva foi:

para $-16 \leq x \leq -1$ e $y_i \in \mathbb{N}^+$

$$y_i = a_5 x^5 + a_4 x^4 + a_3 x^3 + a_2 x^2 + a_1 x + a_0$$

sendo:

$$a_0 = 6,09398$$

$$a_1 = 2,8775$$

$$a_2 = 0,677143$$

$$a_3 = 0,07737704$$

$$a_4 = 0,00417982$$

$$a_5 = 8,57683 \cdot 10^{-5}$$

e para o segmento $-1 \leq x \leq 0$ e $y_i \in \mathbb{N}^+$

$$y_2 = b_4 x^4 + b_3 x^3 + b_2 x^2 + b_1 x + b_0$$

sendo:

$$b_0 = 3,3$$

$$b_1 = -1,78$$

$$b_2 = -5,88001$$

$$b_3 = -10,56$$

$$b_4 = -5,76001$$

Embora essa equação seja aplicável a uma população específica, a oferta dos horários de uma agenda, em termos gerais, obedece a uma curva de traçado exponencial com ponto de inflexão situando-se cerca de dois dias antes da data do atendimento.

A liberação dos horários das agendas considera, ainda, as seguintes condicionantes para cada solicitação:

- hora em que o usuário está solicitando a consulta;
- clínica pretendida;
- idade do usuário (caso o usuário tenha mais de 65 anos, todos os horários são disponibilizados);
- número de atendimentos previstos na agenda do médico.

Para exemplificar, vamos supor que um médico tenha três agendas futuras e que todas estão totalmente vagas: uma para quarta-feira, uma para quinta-feira e outra para sexta-feira (Figura 5).

Digamos que o usuário deseje marcar uma consulta com esse médico e que hoje seja segunda-feira. O computador informará que existem três horários para a quarta-feira, dois horários para a quinta-

feira e apenas um para a sexta-feira, totalizando seis consultas ofertadas naquele dia e hora, embora as agendas não estejam com os demais horários preenchidos.

Na terça-feira, novos horários dessas agendas serão liberados impedindo, assim, a saturação das agendas e, ao mesmo tempo, mantendo um fluxo contínuo de oferta.

Dessa forma, a liberação progressiva dos horários atende à necessidade dos que julgam precisar de uma consulta médica o mais breve possível e, também, dos que entendem poder esperar um pouco mais. Os casos de urgência médica são encaminhados, sem qualquer tipo de condicionante, ao setor competente, isto é, ao pronto-socorro.

MUDANDO A CULTURA

Em que pese o caráter inovador da equação da oferta de consultas, melhorias da qualidade não se fazem apenas com a adoção de técnicas. É necessário, principalmente, compreender controles sociais, valores e crenças que dão sustentação ao estado de coisas que se deseja mudar (Juran, 1991).

A complexidade do trabalho desenvolvido no SAME-CTA consistiu, principalmente, em compreender esses valores e, pela vontade e técnica, mudá-los.

Para a pesquisa, o desenvolvimento e a implantação da nova sistemática, foi adotada uma visão relativista do problema que considerou as peculiaridades do SAME-CTA, as características do público atendido e suas relações mútuas (Mattos, 1985).

Fazer com que o processo de marcação de consulta deixasse de orbitar na figura do médico e passasse a orbitar na figura do usuário exigiu uma mudança radi-

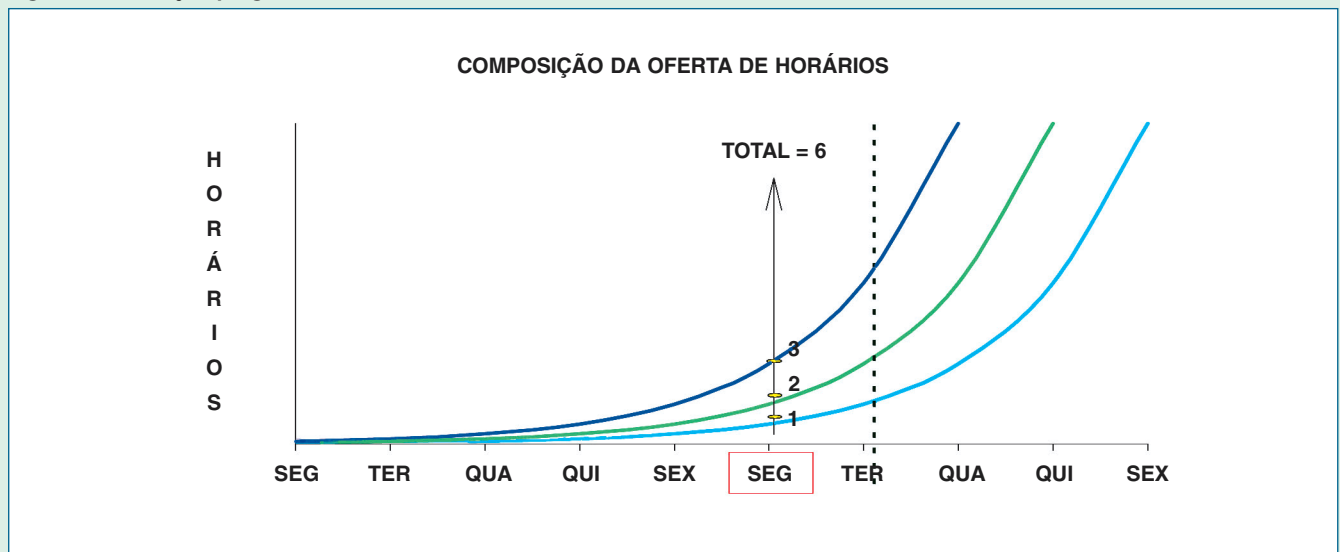
cal de hábitos e costumes. Foi preciso uma mudança de valores de todos os envolvidos no processo - médicos, usuários e funcionários -, que passaram a ter como referencial único uma sistemática impessoal que tornava transparentes as relações mútuas.

Toda a sistemática de agendamento foi planejada para proporcionar um fluxo regular da oferta e o monitoramento desse fluxo, tudo constatável pelos usuários, de forma a desenvolver confiança no serviço prestado.

O que um observador menos atento não percebe é que a existência de filas na porta dos hospitais públicos ou diluída nas residências, para os convênios particulares, não é nociva apenas aos usuários.

Para estimular essa confiança, foi realizada uma ampla campanha de divulgação, centrada na opção do uso do telefone para agendar consultas, assegurando igualdade de condições com aqueles que optassem por fazê-lo pessoalmente. Essa campanha foi acompanhada de uma responsividade total da instituição: o usuário, tendo marcado sua consulta para uma determinada data e hora, teria um médico a aguardá-lo nessa data e hora.

Figura 5 - Liberação progressiva de horários



Com isso, o agendamento de uma consulta deixou de ser um compromisso médico-paciente e passou a ser um compromisso instituição-usuário. Foi um período crítico e tenso, pois a percepção do usuário de que a autoridade do médico transcendia a essencialidade da consulta (as relações médico-paciente) e estendia-se por aspectos administrativo-institucionais teve de ser mudada.

A participação do SAME no processo passou a ser a de registrar o compromisso instituição-usuário e, por meio de controles estatísticos, gerar informações que permitissem verificar o seu fiel cumprimento pelas partes envolvidas: médico e paciente.

A cultura de que o ato de agendar uma consulta médica deveria ser realizado ao amanhecer produziu, inicialmente, um congestionamento das linhas telefônicas na primeira hora de atendimento. Além disso, a preferência dos usuários ainda foi continuar comparecendo pessoalmente, e cedo.

Com dois meses de funcionamento, os agendamentos via telefone já atingiam 50% do total e ficaram mais distribuídos ao longo de toda a manhã. Atualmente, 80% das consultas são agendadas por telefone e distribuídas ao longo de todo o dia, caracterizando a extinção das filas por diluição, e não por substituição da porta do hospital pelo telefone. Os 20% restantes são pacientes em tratamento que, ao comparecer a uma consulta, aproveitam para agendar a próxima.

O principal instrumento adotado para alavancar essa mudança foi mostrar ao usuário, no momento em que este solicita o agendamento da consulta, a disponibili-

dade de agendas para uma determinada clínica (Figura 6) e a situação da agenda do médico pretendido (Figura 7).

Todos esses procedimentos são realizados sem qualquer interferência do operador nos parâmetros da oferta, que é constatada por ambos, usuário e ope-

Figura 6 - Escolha de data, clínica e médico

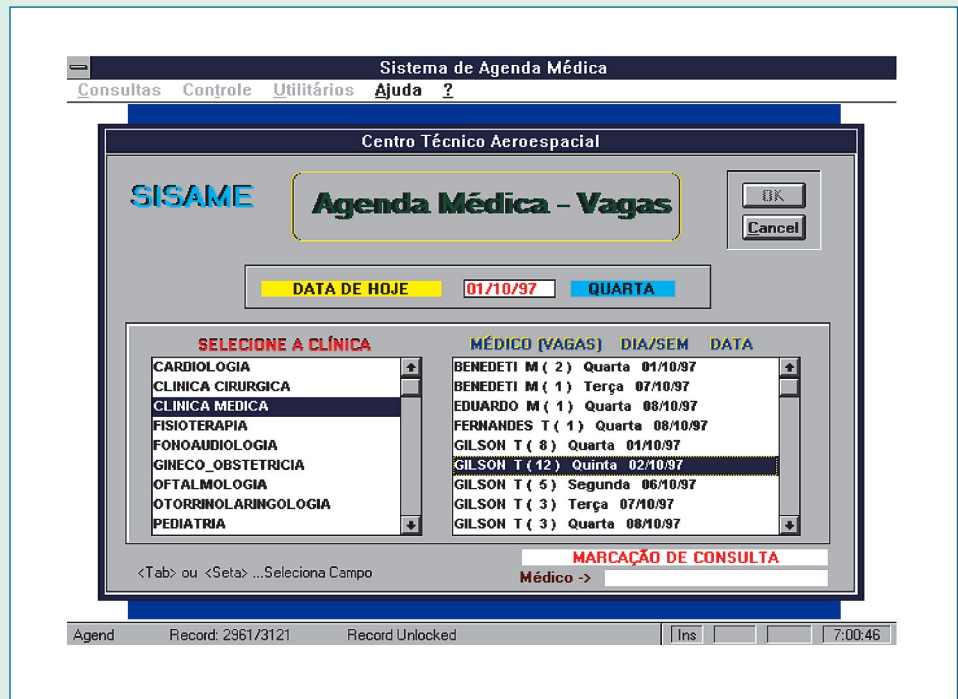
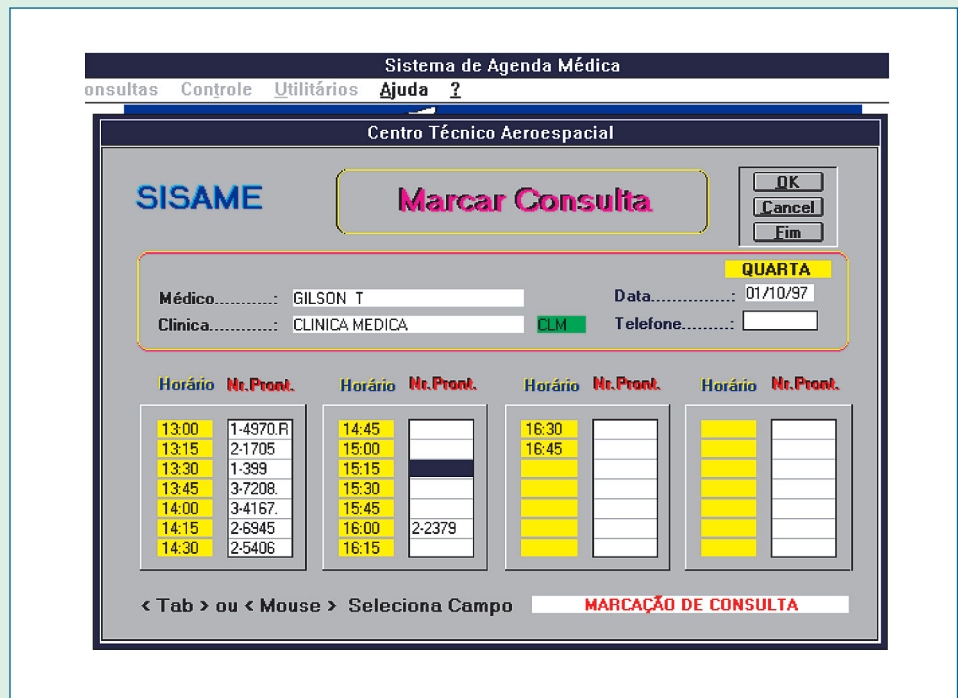


Figura 7 - Escolha de horário



rador, na tela do computador no momento do agendamento.

Essa postura de dar transparência ao processo fez com que o usuário, com o passar do tempo, adquirisse confiança para agendar sua consulta por telefone, sem o risco de se sentir preterido por não estar presente no hospital. Esse procedimento permanece para aqueles que ainda optam por marcar a consulta pessoalmente.

A facilidade para agendar por telefone provocou um aumento da demanda e os usuários, ainda não acostumados a enxergar no agendamento de uma consulta médica um compromisso, deram origem a um absenteísmo elevado.

Esse comportamento, já previsto, foi coibido pela simples negação da facilidade introduzida: o *software* impede o usuário de agendar uma nova consulta caso não tenha comparecido na data e hora marcadas (por ele) nem realizado o cancelamento. A restrição é mantida até que o usuário compareça ao SAME e seja orientado, num processo educacional, sobre sua responsabilidade perante a comunidade ao não comparecer a uma consulta reservada para ele e, em razão disso, ter impedido o aproveitamento por outro usuário.

Considerando que o fato de comparecer pessoalmente para obter um agendamento significa, apenas, um retorno

à situação anterior à implantação da nova sistemática, a redução no índice de absenteísmo (Figura 8) é uma demonstração clara do valor atribuído pelos usuários à sistemática implantada.

Pelo lado dos médicos, a sistemática implantada eliminou a possibilidade de alterar o horário marcado pelo SAME com o usuário e, em consequência, alterar o tempo reservado para o atendimento de cada paciente. Essa mudança provocou, em alguns profissionais, um sentimento de desconforto por se julgarem “amarrados” à própria agenda. Para os demais profissionais, a sistemática praticamente não alterou suas rotinas.

Na Figura 9, observa-se uma tendência crescente na oferta mensal de consultas, indicando uma redução progressiva na prática de cancelamento de agendas

Figura 8 - Redução do absenteísmo decorrente da campanha educacional

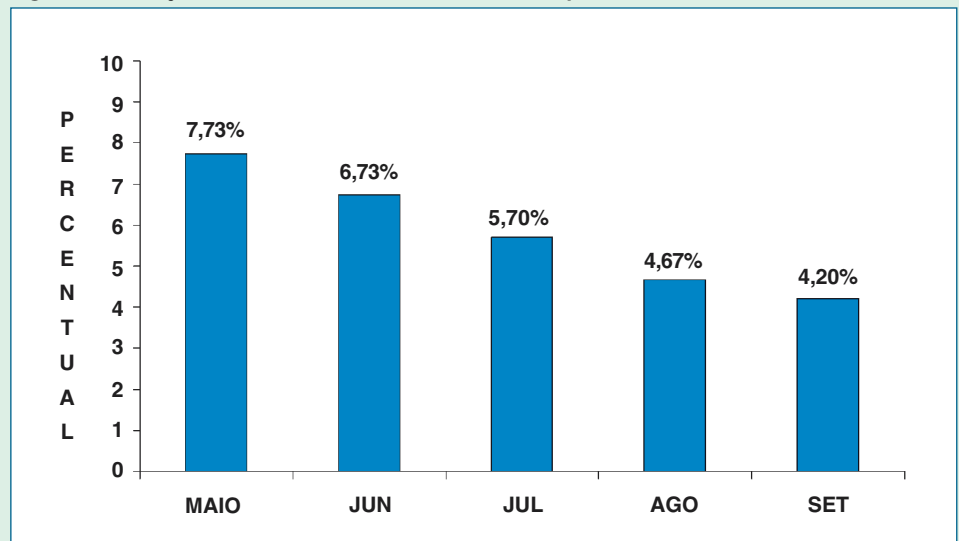
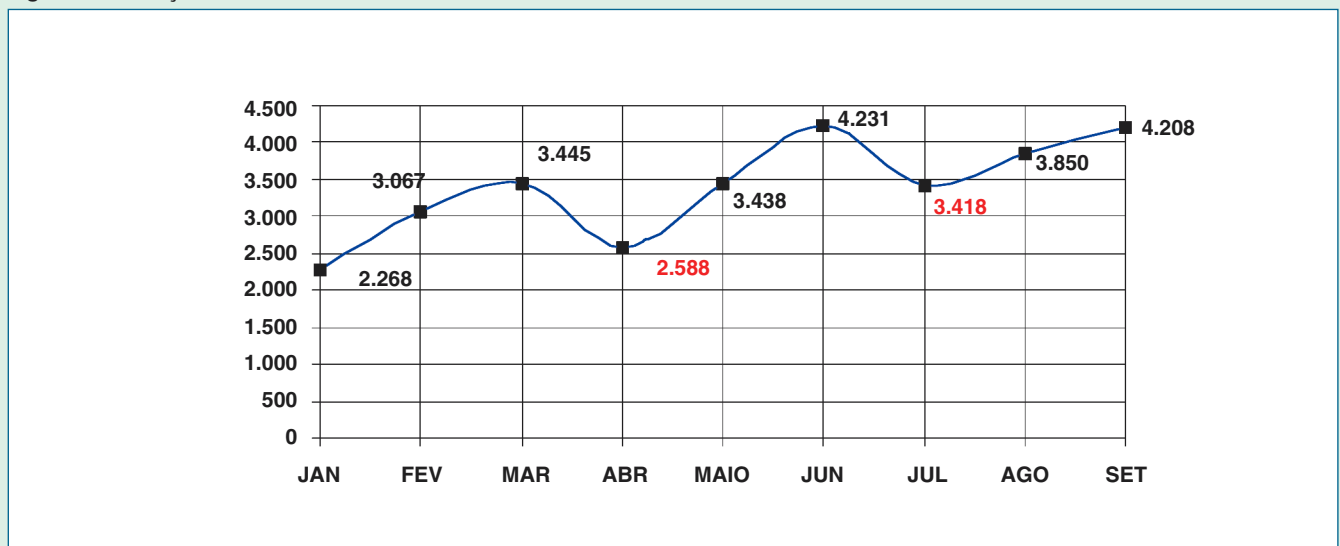


Figura 9 - Evolução da oferta mensal de consultas



e/ou supressão de horários, visto que o número de médicos ou de atendimentos planejados não sofreu qualquer alteração.

Nos meses de abril e julho, observa-se uma inversão clara dessa tendência (24,87% e 19,21%, respectivamente). Essa inversão foi decorrente de problemas externos ao SAME e que fogem do escopo do presente trabalho.

A construção do gráfico da Figura 10 foi baseada nos índices registrados em julho de 1997, portanto, já com a nova sistemática e em plena redução da oferta. O que se deseja destacar nesse gráfico é que a redução da oferta acabou por submeter a sistemática a uma dura prova: a fila poderia voltar a se formar já que a demanda não tinha sido alterada.

Entretanto, na pesquisa realizada no guichê de marcação nos dias 14 e 15 de julho, em plena situa-

ção de oferta reduzida, foram registrados os índices constantes da Figura 10. A fila, como é possível observar, não voltou a ocorrer. Os fatos demonstraram que não existe uma relação direta de causa e efeito entre a oferta de vagas e a formação de filas.

Com o advento da qualidade, a competitividade transcendeu o campo da eficiência e da eficácia. É preciso mais: os serviços devem ser efetivos. Essa efetividade se mede pelo grau de satisfação do usuário. Em razão disso, uma pesquisa que indicasse o nível de satisfação com a sistemática implantada tornou-se imprescindível.

Essa pesquisa foi delineada e realizada com 12% dos usuários atendidos nos dias 18, 19 e 20 de agosto de 1997. No quesito “Sugestões para melhorar a marcação de consultas”, as respostas, não estimuladas, foram as mostradas no gráfico da Figura 11.

Figura 10 - Freqüência acumulada de usuários antes da abertura do guichê (em julho de 1997)

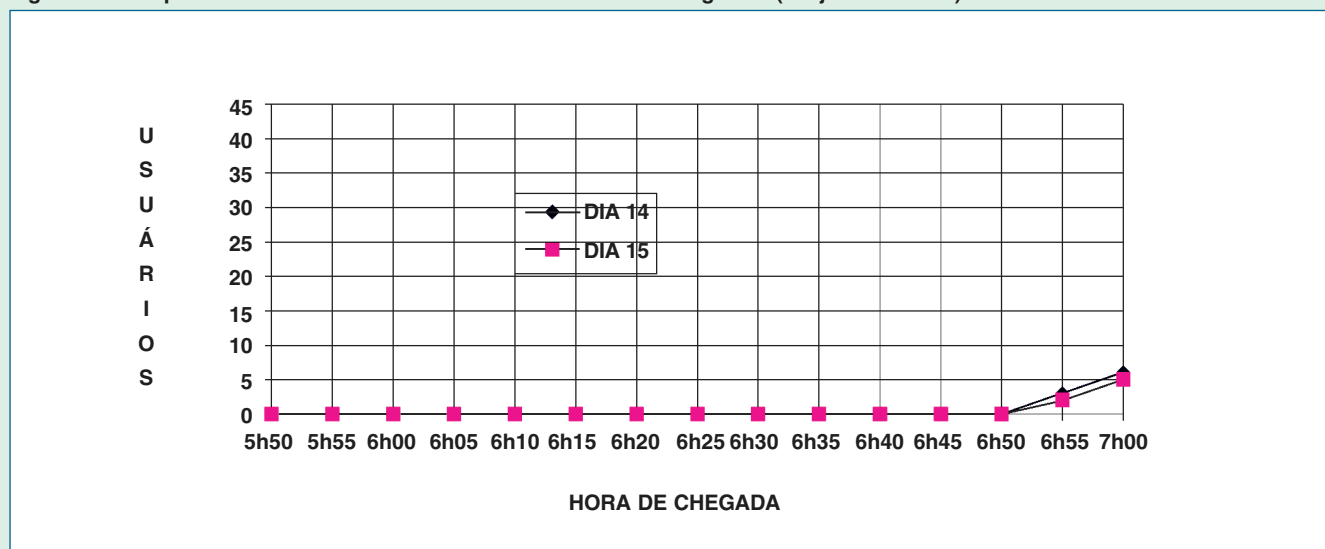
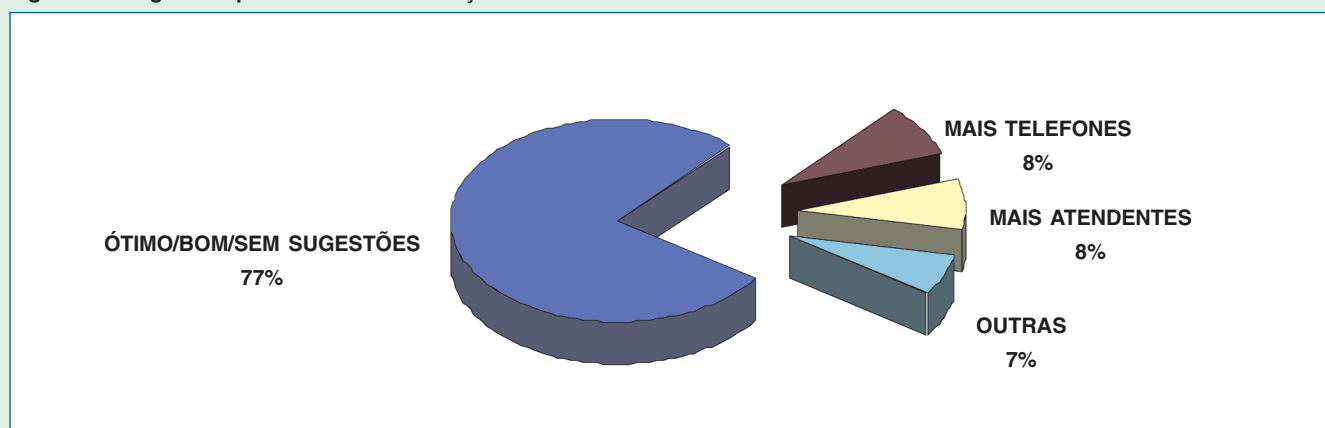


Figura 11 - Sugestões para melhorar a marcação de consultas



O elevado percentual de aprovação constatado permite inferir que os usuários adquiriram um nível de consciência sobre a qualidade do processo de agendamento. Dessa forma, passaram a dispor de motivos suficientes para reagir contra qualquer mudança que não seja para melhorar a situação atual, atendendo, assim, ao requisito fundamental para que essa mudança, realizada em um órgão público, se consolide e sobreviva ao *turnover*.

CONCLUSÃO

O rápido desenvolvimento da tecnologia médica e a acentuada diversificação das especialidades tornaram o hospital uma instituição de administração bastante complexa (Machline, 1983).

Os processos desencadeados após o primeiro contato do usuário com um hospital são diversificados e, caso não sistematizados, levam seguramente à perda de controle. Ocorre que os sistemas desenvolvidos para atender a essa necessidade consideram como *input* a pessoa já na situação de paciente, um insumo que processam, normalmente, com bastante eficiência.

Não havia uma preocupação pelo modo como o cidadão acessou esse sistema, pois, ao contrário de outros setores prestadores de serviço, o setor de atendimento à saúde não é voltado para o consumidor em potencial, isto é, a procura pela recuperação da saúde não necessita de incentivos.

A mudança administrativa operada no SAME-CTA, ao reorientar sua gestão para os usuários, incluiu os problemas de acesso ao sistema como sendo do próprio sistema. Com isso, o *input* do sistema passou a ser o cidadão como usuário, e não mais o cidadão diretamente como paciente.

O uso da nova sistemática de marcação de consultas induziu o usuário, pelo compromisso formal da ins-

tituição com ele e por sua transparência de critérios, a uma mudança comportamental na motivação de procurar pelo atendimento.

Os usuários perceberam que não era mais necessário entrar em um estágio crítico para “enfrentar” a

O aspecto cultural e o descontrole da oferta são mais determinantes na formação das filas para marcar consultas médicas do que a insuficiência da oferta.

busca por auxílio médico. Os benefícios decorrentes de diagnósticos emitidos com maior antecedência, em razão de a procura pelo atendimento não acontecer em um estágio avançado da doença, ainda não podem ser quantificados, mas, com certeza, já existem.

O sucesso na extinção das filas, sem aumento dos recursos humanos e sem provocar sobrecarga de trabalho nos médicos, demonstrou que o aspecto cultural e o descontrole da oferta são mais determinantes na formação das filas para marcar consultas médicas do que, como se acreditava, a insuficiência da oferta.

As características da população atendida que serviram de base para o desenvolvimento da sistemática – premência de uma consulta e dificuldade de acesso à marcação – são inerentes a quaisquer outros grupos de usuários. Isso faz dessa sistemática um conjunto organizado de conhecimentos aplicáveis, de forma geral, a qualquer sistema de saúde. ○

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARROYO, J. R. Simões. *Qualidade Total*: proposta de um método para escolha da estratégia de implantação. Campinas, 1995. Dissertação (Mestrado) - Imecc/Unicamp.
- BROSON, Richard. *Pesquisa operacional*. São Paulo: McGraw-Hill, 1985.
- DENTON, D. Keith. *Qualidade em serviços*. São Paulo: McGraw-Hill, 1990.
- JURAN, Joseph M. *Controle de qualidade*: componentes básicos da função qualidade. São Paulo: McGraw-Hill/Makron, 1991.
- MACHLINE, Claude et al. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira, 1983.
- MATTOS, Ruy de Alencar. *Desenvolvimento de Recursos Humanos e mudança organizacional*. Rio de Janeiro: LTC, 1985.
- PROAHSA. *Manual de procedimentos hospitalares*. São Paulo: FGV/EAESP/HC/FMUSP, 1987.
- RODRIGUES, Roberto Jaime et al. *Informática e o administrador de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1987.

NOTAS

1. Essas funções do SAME-CTA não incluem todas as atribuições previstas para um SAME. Para uma descrição completa, ver o texto de SABBATINI, Renato M. In: RODRIGUES, Roberto Jaime et al. *Informática e o administrador de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1987.
2. Trata-se de uma prática usual na aviação civil e consiste na reserva de assentos em número superior à capacidade do avião.