

REVISTA DOM ACADÊMICO

PRODUÇÃO DE ALUNOS E PROFESSORES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
DAS ESCOLAS DE DIREITO, GESTÃO E SAÚDE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDOMBOSCO

Acadêmico

Bruno Oechsler / RA: 1914287

Gilber Marques Torma / RA: 1914647

Luciano Coelho / RA: 1919058

Priscila Fernandes Demétrio / RA: 1918227

Artigo

PROBLEMAS QUE GERAM DEMORA NO
ATENDIMENTO AO USUÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Curso

CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM PROCESSOS
GERENCIAIS

Porto Alegre | 2021

VERIFICAÇÃO DE ALTERAÇÕES DA FUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES APÓS TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA.

Bruno Oechsler / RA: 1914287

Gilber Marques Torma / RA: 1914647

Luciano Coelho / RA: 1919058

Priscila Fernandes Demétrio / RA: 1918227

Graduandos do Curso Superior de Tecnologia em Processos Gerenciais do Centro Universitário UniDomBosco. E-mail: tormagilber@gmail.com

Ciro Francisco Burgos Fernandez

Economista pela FAE- Faculdade Católica de Administração e Economia, Especialista em Prospecção e Gestão de Novos negócios pela PUC/PR- Pontifícia Universidade Católica do Paraná e em Gestão do Conhecimento na Educação Superior pela Faculdade Dom Bosco e Mestre em Educação pela PUC/PR- Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Coordenador do curso de Ciências Econômicas EaD e Professor dos cursos presenciais e a distância da Escola de Negócios do Centro Universitário UniDomBosco. Orientador deste artigo.

Resumo: O presente artigo teve como objetivo levantar os principais motivos geradores da demora no atendimento ao usuário da saúde pública no Brasil e demonstrar as possíveis soluções estratégicas para a diminuição do problema e melhora da performance do SUS para todos. Durante as pesquisas verificou-se que dentre os diversos problemas do Sistema de Saúde do ponto de vista dos usuários, o elevado tempo de espera para atendimento é o maior motivo de insatisfação dos desses, confirmando a relevância do tema. Utilizou-se como métodos de pesquisa a revisão bibliográfica, artigos científicos, publicações de entidades de classe e sites confiáveis. A pesquisa mostra que a implantação de Métodos de Gestão de Processos e Sistemas de informação podem otimizar a gestão e a integração das diferentes esferas de governo, bem como uso dos conteúdos de Cultura e Sociedade na compreensão das necessidades específicas de cada região podem contribuir para as propostas de solução.

Palavras chave: Saúde Pública, atendimento, atraso, atenção básica.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo identificar e analisar os problemas que desencadeiam a demora no atendimento dos pacientes que buscam auxílio nos serviços de saúde pública e gratuita no Brasil, qual o nível de satisfação desses usuários e possíveis soluções para o enfrentamento e melhora do problema apresentado.

O tema Saúde Pública no Brasil é motivo de diversas e seguidas discussões, reclamações e controvérsias por todos os setores da sociedade brasileira. A falta de um desempenho adequado na saúde pelas diversas esferas de governo acarretam em descontentamento e quadros de longas filas de espera para atendimento.

A saúde pública no Brasil no atual formato, ou seja de forma universal a todos os brasileiros, foi estabelecida na promulgação da Constituição Brasileira em 1988, sendo que a regulamentação do SUS (Sistema Único de Saúde) só em 1990, através da lei n 8.080 de 19 de setembro de do mesmo ano. Dentre as diretrizes que serviram para norteamento dos objetivos de ampliação e crescimento da saúde estavam: Descentralização; Municipalização, Financiamento dos serviços; Participação Social; Universalidade; Equidade e Integralidade. A criação e regulamentação do SUS foram o marco mais significativo de toda a história da Saúde Pública no Brasil.

A partir da problemática em questão, pretendeu-se utilizar uma bibliografia que abordasse os temas de políticas públicas e gestão em saúde no Brasil, considerando as dificuldades e dilemas enfrentados na promoção e manutenção do sistema de saúde do país na tentativa de executar as diretrizes acima descritas, a fim de ofertar um serviço que atenda as reais necessidades dos usuários do sistema.

Apurou-se no decorrer da procura que as filas de espera são o maior motivo de insatisfação dos usuários do SUS, segundo pesquisa de 2018, feita pelo Conselho Nacional de Medicina e pelo Datafolha. Nesse levantamento 30% dos participantes da pesquisa esperam por um atendimento num tempo superior a mais de 12 meses, o que acaba acarretando em maiores problemas para saúde dos pacientes.

Tomou-se como referência os de 5 pontos que o Jornal Nexo elencou como motivos que contribuem como geradores do tempo excessivo na espera por atendimento do usuários do sistema de saúde para nossa pesquisa.

O primeiro ponto apresentado foi o absentéismo (não comparecimento a consultas do paciente); o segundo ponto foi a ocorrência de encaminhamentos desnecessários ou evitáveis; em terceiro a necessidade de coordenação de agendas; o quarto ponto se refere a escassez de recursos humanos e o último fala na necessi-

dade dos procedimentos de regulação.

Acredita-se que a Atenção Básica é a primeira porta de acesso aos usuários e nela devem ser concentrados esforços que propiciarão resultados na diminuição de tempo excessivo de espera e na avaliação satisfação dos pacientes, conforme mostra nossa Fundamentação Teórica, mas entende-se que com o uso dos conhecimento das disciplinas de Mapeamento e Gestão, Sistema de Informações Gerenciais e Cultura e sociedade podem nortear as respostas para as soluções viáveis para a questão da pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Saúde é uma das principais preocupações do brasileiro e o problema da demora no atendimento o fator de maior insatisfação dos seus usuários, necessitando de soluções importantes para a melhoria dessa avaliação pelos seus usuários.

2.1 Fatores Relativos à Gestão e Processos:

Saúde na Cidade (2021, p. 16),

Na maior parte dos municípios brasileiros, a atenção primária à saúde é pouco resolutiva. Se nas últimas décadas avançamos em termos de cobertura (64% em 2016), a resolutividade da atenção básica continua sendo um desafio para a maioria dos municípios brasileiros. Nas regiões Norte e Nordeste, por exemplo, cerca de 40% das internações são de condições sensíveis à atenção básica. Essa falta de resolutividade causa problemas para o sistema e para a saúde da população, como maior agudização dos quadros de doenças crônicas e sobrecarga dos níveis de média e alta complexidade, tornando o sistema mais caro e menos eficiente.

“SUS é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto, faz parte do esforço da O sociedade por qualidade da vida.” (JACOBO, 2002, p. 292).

Conforme Gomide Et al. (2018, p. 393),

O não atendimento da demanda espontânea constitui outro fator que exemplifica a insatisfação dos usuários com a APS. Ademais, os usuários entrevistados pontuaram que perderam os dias em que “abriu-se a agenda” da unidade para marcação de consultas, difi-

cultando mais ainda a garantia do atendimento médico.

Conass Debate (2016, p. 58)

O modelo da gestão da oferta não tem ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias e leva a uma espiral de crescimento da oferta porque desconsidera a mudança do modelo de atenção à saúde e a importância dos mecanismos de racionalização da demanda. Isso leva à ineficiência do sistema de atenção à saúde.

Conforme Rocha Editor, (2015, p. 3),

especialistas defendem ampliação e mais resolutividade da atenção básica, maior e melhor cobertura nas especialidades e na oferta de procedimentos e exames complementares, organização das redes de atenção às urgências e emergências, aumento dos investimentos públicos nas unidades públicas.

Conforme Sasaki e Ribeiro (2013, p. 158),

Quanto às ações de promoção realizadas pelas equipes, os sujeitos acreditam realizar tais ações e citam grupos, visitas domiciliares e consultas médicas e de enfermagem como principais atividades promotoras de saúde. A educação em saúde é destacada como principal estratégia, a partir de palestras educativas e orientações dadas em consultas e visitas.

Conforme Rebolho Et al. (2019, p. 1265),

Estudo transversal descritivo de 375.645 consultas e 34.776 encaminhamentos realizadas por 123 médicos da atenção primária no ano de 2016 relacionando o percentual de encaminhamentos com características dos médicos (sexo, idade, formação em MFC - Medicina de família e comunidade), dos pacientes (sexo e idade) e do serviço (população pelo IBGE e população ativa). Resultados: A formação em MFC por meio de residência médica apresentou uma significativa redução no percentual de encaminhamentos a partir da atenção primária (2,86%), IC:(1,55;4,17), $p < 0,0001$. Essa redução manteve-se na análise multivariada mesmo ajustando-se para todas as possíveis variáveis confundidoras. Não houve diferença na comparação do percentual de encaminhamentos entre médicos sem formação em MFC e médicos com titulação em MFC. Na análise das especialidades para as quais foram realizados os encaminhamentos, os médicos com residência em MFC encaminharam menos para ginecologia, psiquiatria e pediatria e mais para oftalmologia. Conclusão: O estudo mostrou que a formação em MFC por meio de residência médica acarretou significativa redução no percentual de encaminhamentos a partir da atenção primária.

Conforme Farias Et al. (2019, p. 193),

No período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, foram registrados os dados acerca do tempo de espera e das faltas dos usuários a consultas/exames especializados agendados. Para as consultas especializadas no ano de 2014, em um total de agendadas de 200.831, o absenteísmo foi de 74.126 (36,9%); em 2015, em um total de 225.818 agendamentos a consultas, 87.492 (38,7%) não compareceram; e em 2016, em um total de 239.533 consultas agendadas, registrou-se o absenteísmo de 95.407 (39,8%), sendo que nos três anos o absenteísmo registrado foi de 38,6% (257.025 consultas).

Conforme Beltrame Et al. (2019, p. 1019),

Durante o período estudado, foram contabilizados 666.182 procedimentos de consultas e 336.537 exames especializados, em um total de 1.002.719 procedimentos, o que corresponde a R\$ 18.566.462,03 de valores monetários desperdiçados atribuídos ao absenteísmo. Deve-se destacar que esses valores devem ser relativizados, visto que a pesquisa apresentou limitações devido às fragilidades do banco de dados gerado no SisReg-ES e à falta de análise econômica por local executante não oferecendo informações sobre o custo real do procedimento.

Conforme Farias Et al. (2019, p. 198),

As pesquisas em relação à associação entre tempo de espera e o absenteísmo do usuário na saúde ainda são escassas no Brasil. O presente estudo permitiu identificar que, no universo de dados analisados, em municípios de pequeno e grande porte, a taxa de absenteísmo aumenta ano a ano com diferença maior para as faltas em consultas em comparação aos exames, além de correlação positiva entre o tempo de espera, o absenteísmo e o porte municipal.

Conforme Gonçalves Et al. (2019, p. 449),

Dentre as estratégias ressaltou-se a realização de palestras sobre saúde bucal, educação permanente nas reuniões de equipe, capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, participação em grupos terapêuticos e parcerias entre Equipe de Saúde Bucal e equipamentos sociais da comunidade. A adoção de prontuário único foi a estratégia desafiadora encontrada pelos profissionais. Concluiu-se que as estratégias implementadas levaram à diminuição das faltas em 66,6% e o caráter motivador das oficinas possibilitou a reflexão

crítica para o redirecionamento da prática em saúde.

Saúde na Cidade (2021, p. 27),

Padronizar certos tipos de condutas clínicas baseadas na melhor evidência disponível não é apenas uma forma de garantir a oferta do melhor cuidado possível aos usuários da Atenção Básica, mas também um mecanismo de garantia de equidade. A AB deve contar com a implementação de protocolos para as condições comuns em seu escopo de atuação, em consonância com a sua carteira de serviços. É imprescindível garantir a implementação efetiva dos protocolos em todas as unidades, o que requer programas de treinamento específicos para essa finalidade.

Conforme Matos e Pires (2006, p. 513),

Evidencia-se o crescimento, nos últimos anos, do debate acerca das mudanças necessárias na gestão e organização do trabalho em saúde. A discussão ganha espaço no bojo das transformações que afetam o mundo do trabalho, as organizações em geral e as organizações de saúde. No Brasil merecem destaque às mudanças que vem ocorrendo a partir da Reforma Sanitária, estimulando intensamente este debate.

Conforme Lorenzetti Et al. (2014, p. 422),

Há um consenso entre os gestores participantes da pesquisa de que a gestão na saúde está entre os seus principais problemas, e sua transformação um desafio prioritário. Destacaram como principais fragilidades: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores. Esta pesquisa foi circunscrita à instância superior de hospitais e do executivo, sem incluir os espaços de gestão dos cuidados, verificando-se que 80% dos gestores entrevistados eram médicos e um administrador (20%). Este achado corresponde ao encontrado ao registrado na literatura, na qual os médicos ocupam mais os cargos de direção e gerência de maior abrangência e poder, e as/os enfermeiras/os as funções de gerenciamento na área operacional, nos espaços dos cuidados diretos e nas portas de acesso.

2.2 Fatores Culturais e Econômicos:

Conforme Assis e de Jesus (2012, p. 2866),

Os limites associados, principalmente, a fatores socioeconômicos ou pelas barreiras geográficas e os avanços relacionados a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde. Porquanto, ainda, persistem significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros.

Saúde na Cidade (2021, p. 44),

Com base em dados geográficos, sociais, ambientais e epidemiológicos, identificar os territórios habitados por grupos desfavorecidos, estabelecendo um ranking, do pior para o melhor, para nortear o planejamento das ações de necessidade de expansão da Atenção Básica. Indicadores sintéticos como Índice de Vulnerabilidade Social podem ser úteis para realizar o ordenamento das prioridades.

Conforme Ribeiro Et al. (2006, pag. 1011),

A utilização de serviços de saúde é resultante da oferta e das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários. Os dados da PNAD 2003 permitem analisar as diferenças regionais do perfil sociodemográfico dos usuários e não-usuários do SUS. As variáveis dependentes foram: atendimento em serviço de saúde (SUS ou sistema privado). Foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, cor da pele, anos de estudo, renda familiar e posse de plano de saúde, através de um modelo de regressão logística para avaliar a probabilidade de ser atendido pelo SUS. Nos usuários do SUS há predomínio de mulheres, crianças, pretos e pardos, baixa escolaridade e renda. Há associação entre estado de saúde regular/ruim e utilização dos serviços do SUS, entre o atendimento pelo SUS e usuários de baixa escolaridade e renda. O padrão de busca de serviços foi semelhante nos usuários e não usuários do SUS. Os resultados apontam para a contribuição do SUS na universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde. No entanto, os não atendidos (4%) são indivíduos adultos, pretos e pardos e de baixa escolaridade e renda.

Conforme Assis e de Jesus (2012, p. 2868),

Os fatores predisponentes são aqueles que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição

das pessoas para usar serviços de saúde como variáveis sociodemográficas (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros).

2.3 Fatores Relativos a Comunicação e Integração:

Conforme, Finkelma jacob (2002, p. 290),

a importância de aprimorar os mecanismos de comunicação, através da divulgação de exemplos e evidências das conquistas que demonstram que a política de promoção da saúde pode fazer a diferença para a saúde e a qualidade de vida.

Conass Debate (2016, p. 55),

Na concepção de redes de atenção à saúde, cabe à atenção primária à saúde a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das redes de atenção à saúde ou em gestão da saúde da população se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento próximo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

Conforme também Jorge Lorenzetti Et al (2014, p. 421),

Os gestores indicaram alguns aspectos da gestão em saúde que consideram inovadores, apesar da incipiência e dificuldade de difusão. Destacaram: a informatização de prontuários e das áreas de gestão administrativa e assistencial, assim como a expectativa com relação à implantação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) como embrião de um prontuário eletrônico único e nacional.

PlanejaSUS (2009, p. 21),

Na condição de sistema, e consoante à diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de gestão, o PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as respectivas áreas de planejamento. Nesse sentido, a sua organização e operacionalização baseiam-se em processos que permitam o seu funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS. Para tanto, tais processos

deverão ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada um, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias. O desenvolvimento de papéis específicos visa, principalmente, potencializar e conferir celeridade e resolubilidade ao PlanejaSUS, tanto na sua implantação, quanto no seu funcionamento, monitoramento e avaliação contínuos.

Conforme, Finkelma Jacobo (2002, p. 290),

a importância de aprimorar os mecanismos de comunicação, através da divulgação de exemplos e evidências das conquistas que demonstram que a política de promoção da saúde pode fazer a diferença para a saúde e a qualidade de vida.

Conass Debate (2014, p. 24),

A quinta importante transição que está sendo vivenciada pelos sistemas de saúde dos países da América do Sul é a organizacional: não se trata apenas, agora, de administrar unidades de saúde, policlínicas ou hospitais, mas de organizar redes, instituições, de maneira integrada e articulada. Entretanto, essa formação em redes demanda não apenas saberes dos campos de planejamento, gestão, informação, mas também de tecnologias relacionais sofisticadas com metodologias definidas. Isso porque as redes são constituídas por pessoas que estabelecem vínculos entre si, gerando encontros de enorme valor, pois por eles transitam seus afetos e as oportunidades de expressão de confiabilidade para o cuidado.

Conass Debate (2014, p. 24),

Outra dimensão que precisa ser considerada corresponde a uma quarta transição, é a tecnológica. A incorporação tecnológica na medicina do futuro: biodrogas, robótica, nanodispositivos, vacinas terapêuticas, tratamentos mais individualizados.

3 METODOLOGIA

O presente estudo em questão, trata-se de uma pesquisa bibliográfica para abordar o tema que foi escolhido. Para realização da pesquisa requereu-se de estudos encontrados em livros físicos e digitais, sites especializados, artigos científicos e publicações de entidades de classes governamentais (todas oriundas de fontes confiáveis).

Elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 54).

Tendo como base os métodos acima citados elaborou-se esta pesquisa com a intuito de apresentarmos alguns dos principais causadores da tempo prolongado para o atendimento no sistema público de saúde. Para isso buscou-se análises de estudiosos sobre o assunto para a demonstração do tema abordado e para elencar soluções estratégicas frente as falhas existentes que resultem na diminuição do problema e alterem a percepção de insatisfação dos usuários do SUS.

4 ANÁLISES E DISCUSSÕES

Conforme pode-se verificar durante a pesquisa a Saúde Pública no Brasil a reforma instituída na Constituição do Brasil de 1988 é o marco mais importante da saúde pública brasileira e um ganho para a sua população. Mas traz consigo uma complexidade na forma como foi regulamentada pela lei n 8.080 de 1990, nela foram considerados os princípios de universalidade, equidade e integridade na assistência à saúde, não só no Brasil, bem como em outros países como modelos similares.

Desde então muitas entidades, especialistas, órgãos e organizações vem buscando soluções políticas, econômicas, tecnológicas e sociais para o atendimentos desses princípios, de forma a garantir o acesso a todos brasileiros ao serviço de saúde pública e evitar que em função dessas deficiências o acesso mantenha-se de forma seletiva.

Após várias pesquisas em bibliografia, e sites especializados e artigos, foi possível encontrar alguns dos motivos principais que levam ao problema no

tempo de atendimento, conforme apresentado na nossa Introdução desse trabalho e relatado abaixo.

O Absenteísmo, quando o paciente falta a consulta, é uma das principais causas causadoras da demora no atendimento não só no Brasil e em outros países do mundo. O cancelamento de consultas e a falta de aviso do não comparecimentos acarreta enormes prejuízos para o sistema, são horas de profissionais desperdiçadas, estrutura ociosa, bem como impossibilita que se aloque outra pessoa para aquele horário.

O ponto seguinte foi a ocorrência de encaminhamentos desnecessários ou evitáveis. Tem se verificado uma falta de preparo e organização na atenção básica que possui condições para resolver boa parte das demandas por parte dos usuários. Há falta de melhores definições do escopo acabam acarretando em encaminhamentos incorretos e desnecessários a atenção especializada, contribuindo para a baixa resolutividade da atenção básica.

O terceiro ponto que trata-se da coordenação de agendas. Há o problema das consultas de retorno de pacientes que poderiam ser atendidos na maioria dos casos pelas equipes de atenção básica, evitando que ocupem vagas na agenda dos médicos especializados. Algumas vezes existem divergências nos sistemas utilizados para agendamento dos atendimentos demonstrando uma fragmentação de agendas permitindo que os próprios serviços ofertem diretamente ao público a maior parte das vagas de algumas especialidades, prejudicando a gestão eficiente e centralizada das filas de espera.

O quarto ponto se refere a escassez de recursos humanos. Principalmente nos municípios menores, poucos médicos especialistas atuam no nível secundário de atenção (serviços de maior complexidade, como hospitais e clínicas de especialidade), a maior parte deles está concentrada em hospitais (nível terciário), Outro fator são os cursos de Medicina concentrados nas grandes cidades.

O último ponto fala na necessidade dos procedimentos de regulação que são provenientes da falta de métodos e processos adequados aos atendimentos e da capacitação desses profissionais de acordo com o estabelecido.

Nas análises feitas durante a pesquisa para possíveis soluções concluiu-se que a melhora da Atenção Básica de Saúde, tida como principal porta de acesso ao serviço, terá impacto significativo nas filas. Para isso faz-se necessário aumentar a sua cobertura em todo o país, propiciando a todos os cidadãos acesso aos serviços em locais onde nem sempre estão disponíveis.

Esse incremento pode ser realizado com a disponibilização de mais equipes

de Saúde da Família (equipes multidisciplinar de atenção primária), bem como da complementação das equipes que hoje carecem de profissionais, de forma a adequar cada equipe a um montante de pacientes que suportam atender dentro das suas capacidades. Isso ajuda a responsabilizar conjuntamente cada equipe pelo atendimento e cuidados aos seus pacientes e evita que os mesmos usem de outros serviços de emergência desnecessariamente.

O planejamento buscará organizar a estrutura física adequada, o correto dimensionamento das equipes e quais são os serviços que serão prestados conforme características epidemiológica e socioeconômica da comunidade. A definição desse perfil permitirá elaboração de estratégias para melhor acolher as demandas, a correta oferta das consultas e procedimentos ou garantir o efetivo encaminhamento dos usuários a o outros serviços.

Elaborar estratégias que enfrente o absenteísmo, como a melhora da comunicação com a comunidade, informando o impacto da ausência, bem como de métodos que facilitem o cancelamento de forma prévia por parte do usuário, assim permitindo que se tenha tempo para convidar outros pacientes e as agendas sejam reorganizadas. Outro fator importante é buscar entender as dificuldades que levam os pacientes a realizarem o cancelamento das consultas e que atitudes podem ser tomadas para minimizar o problema.

Definir um regulamentos internos com as atribuições e funções de cada membro da equipe de acordo com sua categoria, elaborar um manual de procedimentos contendo processos de atendimento para os profissionais da saúde em atendimento geral ou tratamento de doenças de forma clara ajudará na efetividade das soluções.

A oferta de meios alternativos de acesso a Atenção Básica também pode contribuir para o problema da demora no atendimento. Agendamento de consultas forma remota (teleconsultas), não presencial e usando meios como telefone, vídeo, aplicativos, etc, podem contribuir como soluções. Outro item para contribuir para a resolutividade da Atenção Básica também será necessário disponibilizar equipamentos, tecnologias e a ampliação de apoio técnico de especialistas (presencial e remoto) adequados para o correto atendimento da população.

Conforme analisou-se para que as soluções acima possam ser implantadas faz-se preciso uma efetiva avaliação das condições socioeconômicas, culturais e geográficas de cada comunidade levantando dados como idade, raça, hábitos, gênero, renda familiar , quais serviços de saúde são ofertados para que com esses dados possa haver um dimensionamento adequado do tipo de serviço deve ser implementado, quantidade de equipes de atenção básica, quais orientações adequadas

para a comunidade, infraestrutura necessária.

Modernizar a gestão, realizar de maneira constante avaliações dos serviços e planejamentos, de acordo com o os levantamento citados no parágrafo acima. De posse desses dados será possível uma maior e melhor adequação e disponibilização dos recursos, elaboração e unificação de processos e treinamentos para todos os profissionais, diminuição da burocracia, avaliação sistemática da produtividade desses profissionais e dos prestadores de serviços contratados, unificar os processos e diminuir a burocracia.

Associado a questão acima urge a implantação de um sistema que unifique todos os atores do governo no serviços de saúde para funcionarem de maneira coordenada e alinhada. Esse procedimento implicara em maior controle das filas de consulta, internações, disponibilidade de leitos, equilibrar as agendas de acordo as disponibilidades de profissionais, controle de recursos, acompanhamento de metas e desempenho.

De acordo com os estudos realizados no decorrer da pesquisa foi possível levantar alguns motivos que impactam negativamente no tempo de atendimento e são responsáveis pela maior insatisfação do usuário do SUS. Além disso foi possível identificar as possíveis soluções para o problema tema, contribuindo para diminuição na demora de atendimento, melhora da performance do sistema e da avaliação pelos seus usuários.

5 CONCLUSÕES

Esta pesquisa mostra antes de tudo as suas dificuldades no sistema de saúde como um todo se encontra em crise pela impossibilidade de gerar recursos suficientes para dar conta dos custos crescentes dos serviços, levando em conta que as filas é consideradas o maior motivo de insatisfação dos usuários desse sistema, levando em consideração as dificuldades desse problema, acredita-se, não ser tão simples de resolver, pois leva tempo e estratégias.

Como agir na questão do não comparecimento a consultas dos pacientes, logo esse primeiro motivo citado ao nosso trabalho seria um dos principais causadores de filas; o segundo motivo como evitar encaminhamentos desnecessários ou evitáveis; seguindo o terceiro ponto discutido, como organizar as agendas, pois consultas de retorno de pacientes poderia ser atendida na maioria dos casos pelas equipes básicas, evitando assim à ocupação nas vagas a agenda dos médicos espe-

cializados; quarto ponto discutido é sobre a escassez de recursos humanos, esse problema ocorre principalmente em municípios menores, poucos médicos atuam no nível secundário e a maior parte em nível terciário, concentrando-se nas grandes cidades; último ponto destaca-se a necessidade dos procedimentos de regulação adequados aos atendimentos e a capacitação dos profissionais adequados.

Essa sobrecarga no atendimento de urgência e emergência acentua a visão negativa sobre o SUS e demonstra a total falta de gestão e regulação do sistema. É ali que, diariamente, pacientes e médicos e outros profissionais de saúde constatarem o abandono deste serviço público que, para muitos, é a única alternativa. Parcela significativa dessa percepção ruim decorre da ausência de medidas que assegurem o bom funcionamento dos serviços, o sistema de saúde pública vem definhando nos últimos anos tem colocado médicos pacientes em “sacrifício”. Escolhidas para auxílio para realização das metas de resoluções dos problemas mencionados.

Dado os problemas, pressupõe-se que a melhoria está ligada na gestão da saúde nos três níveis de governo Federal, Estadual e Municipal.

Os processos para o uso das ferramentas tecnológicas, permitindo maior controle da comunicação nos setores responsáveis pelo atendimento específicos, entende-se que assim se alcance os níveis mais adequados no tempo de atendimento da população que utiliza desse serviço de saúde, a utilização dos conhecimentos nas disciplinas de Mapeamento de gestão, Sistema de informações Gerenciais e Cultura e Sociedade, são opções.

Conforme Mapeamento e Gestão consistem esse método poder mostrar as etapas do processo, sendo assim, o gestor consegue identificar qualquer problema que possa surgir na rotina; Sistema de Informações modelo de processos responsáveis por coletar e transmitir dados que sejam úteis ao desenvolvimento, organização; Cultura e Sociedade, essa relação é de interdependência, é usada como um instrumento de identificação social representa um conjunto de símbolos, hábitos e costumes pertencentes a um determinado grupo social.

Durante as pesquisas houve dificuldades para encontrar-se bibliografia que trata especificamente do motivo tema da pesquisa e suas possíveis soluções para minimiza-los. Percebe-se que ainda se discute as dificuldades de SUS de maneira macro e através de correções que passam basicamente pelo aumento de financiamento. Mesmo com as dificuldades encontradas entende-se que foi possível elencar de maneira satisfatória tantos os motivos e suas soluções que nortearam a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100002>. Acesso em: 10 jul. 2021

BELTRAME, Sonia Maria; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; SANTOS NETO, Edson Theodoro. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 123, p. 1015-1030, out. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912303>. Acesso em: 19 jul. 2021

CONASS DEBATE: CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS%20Debate%20N2.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

CONASS DEBATE: GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada; GIOVANELLA, Ligia; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 190-204, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s516>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FERRAZ, Edmundo Machado. O caos no atendimento do sistema único de saúde. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, [S.L.], v. 35, n. 5, p. 280-281, out. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912008000500001>.

FINKELMAN, Jacobo. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Acesso em: 19 jun. 2021.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; BULGARELLI, Alexandre Fávero; SANTOS, Alba Lúcia Pinheiro dos; GALLARDO, Maria del Pilar Serrano. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [S.L.], v. 22, n. 65, p. 387-398, 21 set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>. Acesso em: 08 jul. 2021.

GONÇALVES, Claudia Ângela; VAZQUEZ, Fabiana de Lima; AMBROSANO, Glaucia Maria Bovi; MIALHE, Fábio Luiz; PEREIRA, Antonio Carlos; SARRACINI, Karin Luciana Migliato; GUERRA, Luciane Miranda; CORTELLAZZI, Karine Laura. Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo em consultas odontológicas nas Unidades de Saúde da Família de um município de grande porte: uma pesquisa-ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 449-460, fev. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.00702014>. Acesso em: 02 jul. 2021.

LORENZETTI, Jorge; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso; PIRES, Denise Elvira Pires de; RAMOS, Flávia Regina Souza. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>. Acesso em: 02 jul 2021.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 508-514, set. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000300017>. Acesso em: 02 jul 2021.

O que o caos da saúde pública no Brasil evidencia sobre a desigualdade? 2020. Disponível

em: <https://www.oxfam.org.br/blog/o-que-o-caos-da-saude-publica-no-brasil-evidencia-sobre-a-desigualdade/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

RADIS. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 159, 2015.

REBOLHO, Ricardo Collar; POLI NETO, Paulo; PEDEBÔS, Lucas Alexandre; GARCIA, Leandro Pereira; VIDOR, Ana Cristina. Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1265-1274, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021264.06672019>. Acesso em: 09 jul. 2021.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; BARATA, Rita Barradas; ALMEIDA, Márcia Furquim de; SILVA, Zilda Pereira da. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1011-1022, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000400022>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; LACERDA, Maria do Carmo Nunes de. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 52, n. 1, p. 43-53, mar. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71671999000100006>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SASAKI, Andreia Kaori; RIBEIRO, Mareassa Priscila Daga de Souza. *REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8, n. 28, 2013. Trimestral. Disponível em: www.rbmfcc.org.br. Acesso em: 20 jul. 2021.

SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS (PLANEJASUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

THAMI, Helyn; AGUILLAR, Arthur; LAGO, Miguel; MACHADO, Maria Leticia; KRAUSZ, Daniela; ALCOFORADO, Flavio; LORENA, Allan Gomes de; CAMPOS, Julia de; LOTTA, Gabriela; MASSUDA, Adriano. *Saúde na cidade: 10 propostas para melhorar a saúde do brasileiro*, 2021. Acesso em: 25 jun. 2021.