

Experiência:

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

Centro Técnico Aeroespacial
Ministério da Aeronáutica

Responsável: Dulce Selma Bacheschi de C. Mori
Chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

Endereço: H 19 B - 102
CTA
S. José dos Campos-SP
CEP 12.228-500

E-mail: rymori@netvale.com.br

Telefone: (012) 340-3508

Relato da situação anterior à introdução da inovação

Marcação de consultas médicas e filas sempre estiveram intimamente ligadas. Esta visão permitiu que as filas formadas na porta dos hospitais fossem tratadas como um fenômeno físico e decorrente do desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

Esta abordagem das filas, como um ser ontológico, é um paradigma que induziu ao uso de técnicas e conceitos das ciências exatas, aplicáveis a outros tipos de filas, às filas dos hospitais. Os estudos concentraram-se em desenvolver formas de regular o fluxo, administrar o tempo que os clientes estão propensos a esperar¹ etc.

Sempre assumindo, como pressuposto inquestionável, sua inevitabilidade frente à relação oferta/demanda.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Centro Técnico Aeroespacial (CTA), uma organização do Ministério da Aeronáutica, ao reorientar sua gestão para os usuários desenvolveu uma sistemática que resultou na extinção das filas para marcar consultas médicas, sem que a relação oferta/demanda fosse alterada.

Como se chegou a esse patamar de excelência, a importância da fundamentação teórica e a aplicação de conceitos a casos reais e concretos, é o que veremos a seguir.

FILAS: UM PROBLEMA DE QUEM?

Os SAME, 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.

Por reunirem todas as informações sobre os pacientes atendidos na organização, os SAME dos hospitais têm múltiplas funções, dentre as quais destaca-se a oferta de consultas médicas e a marcação delas. Assim sendo, embora a essencialidade do atendimento médico esteja na relação médicopaciente, a relação usuário-instituição se dá nos SAME, pois o contato com um serviço médico institucional é, em princípio, para marcar uma consulta.

Ao ter que entrar em uma fila para realizar esse contato, o usuário enxerga nelas um

¹ A estratégia de implantação e os conceitos da qualidade foram os recomendados por ARROYO, J. R. Simões em *Qualidade Total: um método para escolha as estratégias de implantação*, dissertação de mestrado, IMEC-UNICAMP, 1995.

problema cuja solução compete à instituição para a qual ele contribui. No seu entender, não são alocados os recursos suficientes para atendê-lo adequadamente.

Para as instituições, a fila é um problema de demanda que, por preceder o seu contato com os usuários, está fora de sua esfera de competência, em que pese providências paliativas, chegando-se até a incluir, como item de qualidade do serviço prestado, 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 atendimento médico, há fila.

A solução parece não ser de responsabilidade de ninguém.

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. Ela também é nociva 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.

De todas as funções que receberam abordagem inovadora no processo de mudança do foco da gestão do SAME, a sistemática da oferta de consultas foi a que causou maior impacto na satisfação dos usuários e reflexos positivos na produtividade do ambulatório.

Fundamentada teoricamente nos princípios da Qualidade 1, essa mudança envolveu uma população de 22.600 usuários e 30 profissionais da área de saúde (médicos, psicólogos e fisioterapeutas).

Um dos lados, finalmente, assumiu o problema das filas.

EVOLUÇÃO DO PROCESSO DE AGENDAMENTO DE CONSULTAS

Filas em hospitais são um problema antigo. Na tentativa de eliminá-lo, algumas práticas adotadas tornaram-se clássicas. A mais conhecida delas é a chamada Marcação Antecipada. Seu funcionamento é simples: quando a agenda do dia está totalmente preenchida, abre-se uma agenda para o dia seguinte e marcar-se a consulta. Quando esta agenda também for completada, abre-se uma outra agenda para daqui a dois dias e assim por diante.

O objetivo da Marcação Antecipada é fazer com que o usuário não perca a ida ao hospital para marcar uma consulta. Indo ao hospital ou telefonando, no caso das clínicas particulares, o usuário sempre tem condições de marcar uma consulta.

Ocorre que, passado algum tempo, só é possível agendar uma consulta para 15, 30, 60 dias, da data da solicitação. A consulta passa, assim, a ser uma possibilidade do hospital, não existindo espaço para a premência de cada usuário que, então, sente-se ludibriado ao ter de esperar tanto tempo. A Marcação Antecipada elimina apenas o problema da visibilidade das filas.

Um aperfeiçoamento da Marcação Antecipada é a Marcação Antecipada com Reserva de Vagas para o Dia. Nessa prática, as consultas são disponibilizadas com antecedência e, alguns horários da agenda são reservados para serem ofertados no dia do atendimento. Esta prática também não elimina o problema das filas, pois elas voltam a ocorrer para disputar esses poucos horários do dia.

A SISTEMÁTICA DESENVOLVIDA

Uma descoberta importante, ocorrida na fase inicial dos trabalhos, foi a de algo aparentemente óbvio: as filas são produto e iniciativa dos usuários. Constatado o óbvio, bastavam apenas duas providências:

- a - perguntar aos usuários o porquê de estar na fila; e
- b - desenvolver um processo de marcação que anulasse esses motivos.

Perguntar aos usuários foi relativamente simples. As respostas indicaram que as razões principais eram:

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

A combinação dessas duas razões levava o usuário a chegar na porta do hospital cada vez mais cedo (Figura 1). Por este motivo a fila, como fenômeno, só pode ser considerada até a hora de abertura do guichê, às 07:00 horas. Após, o problema fila passa a ser um assunto de domínio da Teoria das Filas.

A segunda providência, desenvolver um processo que anulasse os motivos apresentados pelos usuários, resultou na sistemática para o agendamento de consultas que, por não ter precedentes, é uma inovação.

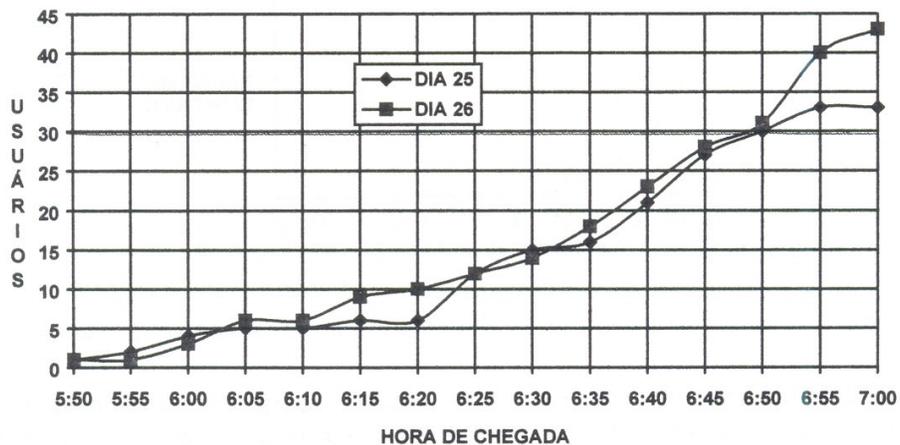


Figura 1: Formação da fila para marcar consultas em março de 1996.

Para se chegar a esta sistemática, foram realizados levantamentos estatísticos que indicaram a necessidade de uma postura totalmente nova frente à relação oferta/demanda de consultas.

O estudo mostrou que todas as técnicas existentes tinham, característica comum, a subordinação exclusiva da oferta à demanda. Em um cenário de recursos humanos e materiais inesgotáveis, isto seria o ideal. Infelizmente, a realidade dos órgãos públicos não é bem assim.

A oferta dimensionada sempre a *posteriori* do excesso constatado na demanda, levava a uma insuficiência crônica de oferta. A manifestação desta insuficiência crônica materializava-se nas filas.

A essência do problema era, portanto, encontrar uma forma de regular a oferta (limitada pelos recursos disponíveis) e a demanda, de maneira que esta última não saturasse a primeira. Para tanto, foram admitidos como premissas os seguintes conceitos:

- consulta ambulatorial não é um atendimento de urgência; e
- embora não seja uma urgência, há premência no atendimento.

Com esta fundamentação teórica e a análise dos dados estatísticos, foi deduzida uma fórmula matemática que regula a oferta de consultas, considerando as seguintes variáveis:

- data em que o usuário está solicitando a consulta;
- clínica pretendida;
- data da agenda do médico;
- idade do usuário; e
- número de atendimentos previstos na agenda do médico.

Em termos gerais, a oferta dos horários de uma agenda, para uma determinada data, obedece a uma função exponencial cujo ponto de inflexão situase dois dias antes da data desta

agenda.



Figura 2: Curva da Premência. Mais distante o dia do atendimento, menor a oferta.

A esta curva foi dado o nome de "*Curva da Premência*" (Figura 2), pois pressupõe que, se alguém está necessitando de uma consulta médica sua expectativa é de que seja atendido hoje, amanhã ou, no máximo, depois de amanhã.

Para exemplificar, vamos supor que um médico tenha 3 agendas futuras e que todas estão totalmente vagas: uma para quarta-feira, uma para quinta-feira e outra para sexta-feira. Digamos que o usuário deseja marcar uma consulta com esse médico e hoje é segunda-feira.

O computador informará que existem 3 horários para a quarta-feira, 2 horários para a quinta-feira e apenas 1 para a sexta-feira, totalizando 6 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 (Figura 3).

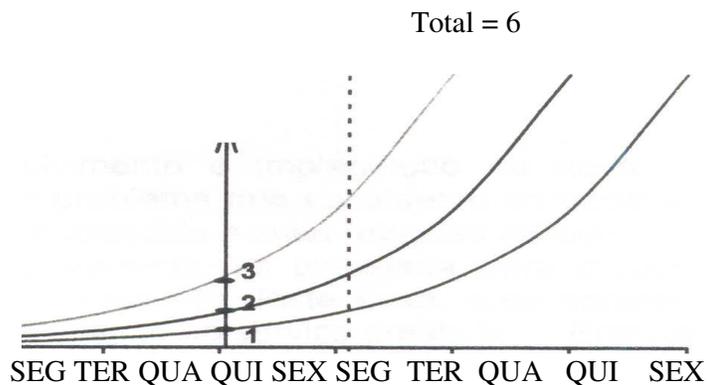


Figura 3: Liberação progressiva de horários

Desta forma, atende a necessidade dos que precisam de uma consulta médica o mais breve possível e, também, dos que podem esperar um pouco mais. Os casos de urgência médica são encaminhados, sem qualquer tipo de condicionante, ao setor competente, isto é, ao Pronto Socorro.

QUALIDADE

Com o advento da Qualidade, a competitividade transcendeu o campo da eficiência e da eficácia. É preciso mais: os serviços devem ser efetivos. Esta efetividade se mede pelo grau de satisfação do usuário.

Em pesquisa realizada com 12% dos usuários, atendidos nos dias 18, 19 e 20 de agosto de 1997, existia a opção *Sugestões para melhorar a Marcação de Consultas*. As respostas, não estimuladas, podem ser observadas no gráfico da Figura 4.

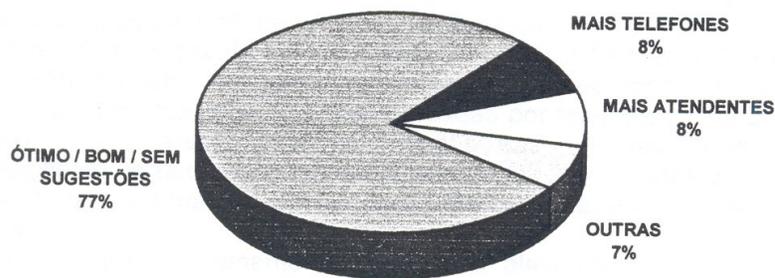


Figura 4: O que poderia ser feito para melhorar a marcação?

Em que pese o caráter inovador da fórmula de oferta de consultas, a melhoria da qualidade não se faz apenas com a adoção de técnicas. É necessário, principalmente, compreender os controles sociais, valores e crenças que dão sustentação ao estado de coisas que se deseja mudar. A complexidade do trabalho desenvolvido consistiu, principalmente, em compreender esses valores e ter a coragem, paciência e persistência necessárias para mudar essa cultura.

MUDANDO A CULTURA

Para a pesquisa, desenvolvimento e implantação da nova sistemática, adotou-se uma visão relativista do problema que considerou as peculiaridades do SAME, as características do público atendido e suas relações mútuas.

Toda a sistemática de agendamento foi planejada para proporcionar um fluxo regular da oferta e um monitoramento deste fluxo, tudo constatável pelos usuários de forma a desenvolver confiança no serviço prestado. Entretanto, um aperfeiçoamento administrativo não é suficiente para motivar, automaticamente, os usuários. A melhoria de desempenho do SAME não era garantia da utilização da nova sistemática.

Para estimular a confiança na nova sistemática, foi realizada uma ampla campanha de divulgação, centrada na opção de uso do telefone para marcar consultas, que assegurava igualdade de condições com aqueles que optassem por fazê-lo pessoalmente. Esta campanha foi acompanhada de uma responsividade total: o usuário tendo marcado sua consulta para uma determinada data e hora, nesta data e hora lá estaria o médico aguardando-o.

O agendamento de uma consulta deixou de ser um compromisso médicousuário 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 e estendia-se por aspectos administrativos institucionais, teve que ser mudada.

A participação do SAME no processo ficou limitada a registrar o compromisso instituição-usuário, e, através de controles estatísticos, gerar informações que permitem verificar o seu fiel cumprimento pelas partes envolvidas: médico e paciente.

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

Com dois meses de funcionamento, o número de marcações por telefone já atingia 50% do total e ficaram mais distribuídas ao longo de toda a manhã. Atualmente, 80% das consultas são marcadas 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 comparecerem para uma consulta, aproveitam para agendar a próxima.

O principal instrumento adotado para alavancar essa mudança foi o de *mostrar* ao

usuário a disponibilidade de agendas para uma determinada clínica (Fig. 5) e a situação da agenda do médico pretendido (Fig. 6), no momento em que ele solicitava a marcação da consulta.

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

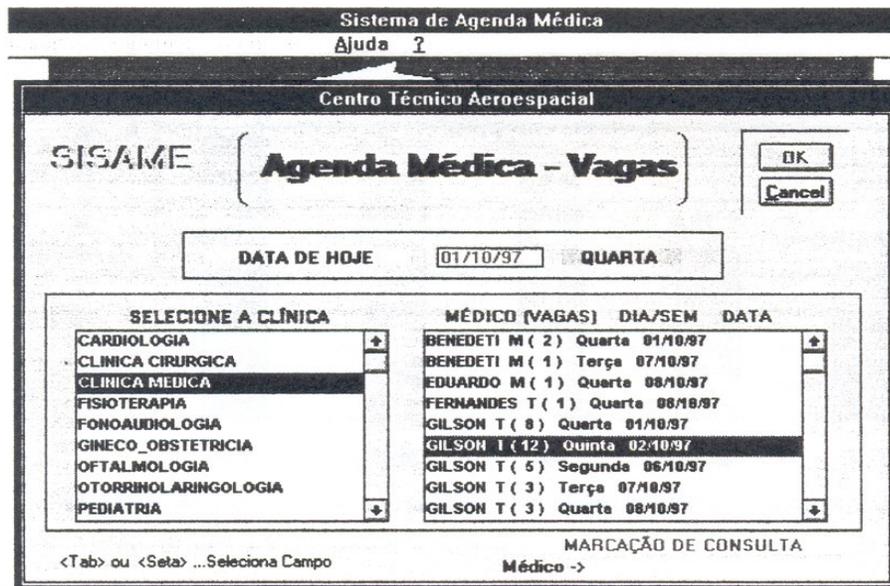


Figura 5: Mostrando ao usuário a disponibilidade da clínica.

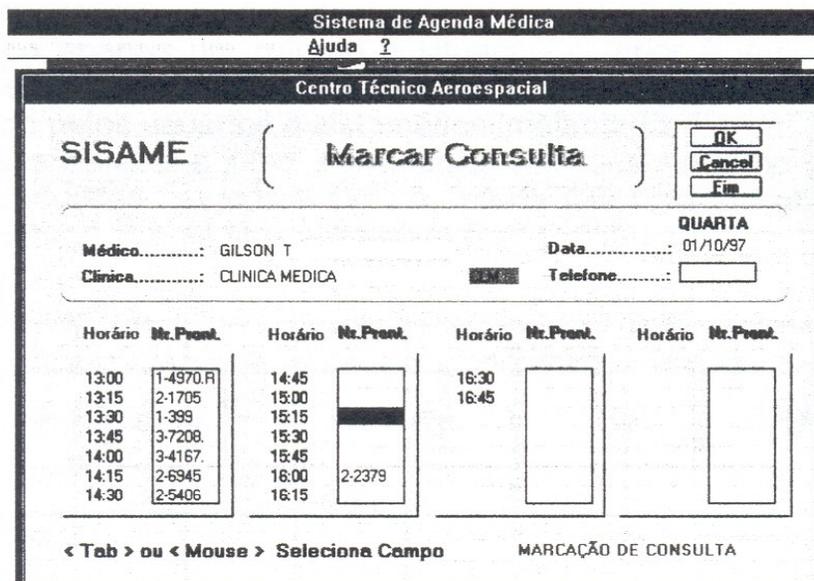


Figura 6: Mostrando ao usuário a agenda do médico.

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

Este 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), e nem realizado o cancelamento.

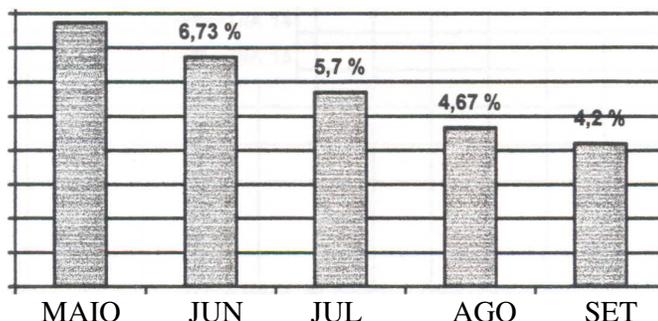


Figura 7: A redução do absenteísmo decorrente da campanha educacional

A restrição é mantida até que o usuário compareça ao SAME e seja orientado, num processo educacional, para sua responsabilidade perante a comunidade ao não usar uma consulta que foi reservada para ele e impedir o aproveitamento desta por outro usuário.

Considerando que o fato de comparecer pessoalmente para obter uma consulta significa apenas um retorno à situação anterior à implantação da nova sistemática, a redução no índice de absenteísmo (Fig. 7) é uma demonstração clara do valor atribuído pelos usuários à sistemática implantada.

Nos meses de abril e julho, como pode ser constatado no gráfico da Figura 8, ocorreram reduções expressivas da oferta (24,87% em abril e 19,21% em julho). Seria natural que as filas voltassem a se formar.

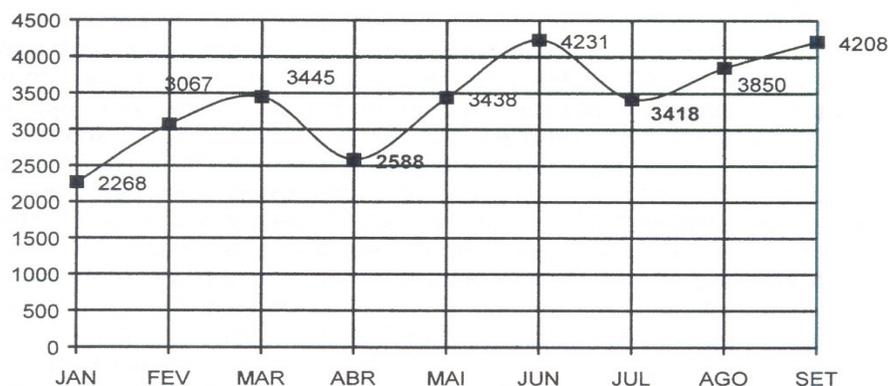


Figura 8: Oferta de consultas. Observar redução nos meses de abril e julho.

Não foi O que aconteceu, como pode ser observado no gráfico da Figura 9. Isto demonstra que o aspecto cultural é muito mais determinante na formação das filas para marcar consultas médicas do que, como se acreditava, a insuficiência da oferta.

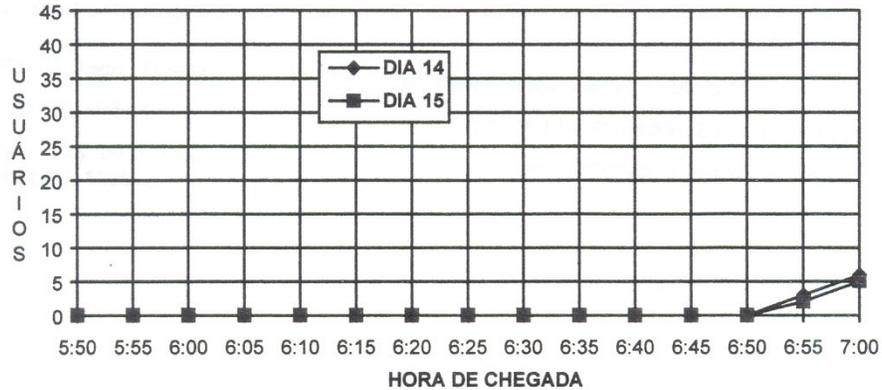


Fig. 9: Situação com a redução da oferta . Julho de 1997.

CONCLUSÃO

O rápido desenvolvimento da tecnologia médica e a acentuada diversificação das especialidades tornaram o hospital uma instituição bastante complexa de ser administrada. .

Os processos desencadeados após o primeiro contato do usuário com um hospital são diversificados e, caso não sistematizados, levam seguramente à perda de controle. A consequência do atendimento dessa necessidade de sistematizar foi que, o cidadão, após ter marcado uma consulta torna-se o paciente, um *insumo* que os sistemas hospitalares processam, normalmente, com bastante eficiência.

Não havia uma preocupação de *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*: a procura por recuperar a saúde não necessita de incentivos promocionais das instituições.

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*. Isto obrigou a adoção de uma nova técnica que integrasse o cidadão como usuário, não mais diretamente como paciente.

O uso da nova sistemática de marcação de consultas induziu, por sua transparência de critérios, democratização do acesso e compromisso formal, a uma mudança comportamental na motivação de procurar pelo atendimento médico. Os usuários perceberam que não era mais necessário entrar em estágio crítico para *enfrentar* a busca por auxílio médico. Os benefícios decorrentes de diagnósticos médicos emitidos com maior antecedência ainda não podem ser quantificados mas, com certeza, já existem.

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. Isto faz desta sistemática um conjunto organizado de conhecimentos aplicáveis de forma geral a qualquer serviço de saúde.

Referências Bibliográficas

- 1 DENTON, D. Keith, *Qualidade em Serviços*. São Paulo, MacGraw-Hill, 1990, p.121.
- 2 RODRIGUES, Roberto Jaime et al. *Informática e o Administrador de Saúde*. São Paulo, Pioneira, 1987, p. 71.
- 3 MATTOS, Ruy de Alencar. *Desenvolvimento de Recursos Humanos e Mudança Organizacional*. Rio de Janeiro, L TC, 1985. p.117.