

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

REGULAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS AO
AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ribeirão Preto
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

**REGULAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS AO
AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de concentração: Ginecologia e
Obstetrícia, opção - Biologia da Reprodução.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

**Ribeirão Preto
2010**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Dallora, Maria Eulália Lessa do Valle.

Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário / Maria Eulália Lessa do Valle Dallora ; orientador Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá - Ribeirão Preto, 2010.

89 f.: il., 30cm.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

1. Gestão em saúde.
2. Sistema Único de Saúde.
3. Acesso aos serviços de saúde.
4. Administração de serviços de saúde.
5. Sistemas de saúde.

Nome: DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle

Título: Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital
universitário

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, junto ao Departamento de Ginecologia
e Obstetrícia, para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Este trabalho recebeu auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, conforme processo **Projeto FAPESP Processo nº 05/58649-6***

À Bia e à Júlia

Sempre presentes.

Presentes todos os dias.

Presentes de Deus para mim.

Ao Neto e ao Caetano

Meus amores.

Minha vida.

Aos Meus Pais

***Aos Pacientes,
usuários do Sistema Único de Saúde***

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, meu respeito e minha admiração ao líder, professor, pesquisador e médico. Meu agradecimento ao mestre pela orientação, ensinamentos e incentivo. Meu carinho ao amigo, que sempre me encoraja a seguir em frente pela vida.

Ao Carlos Eduardo Menezes de Rezende pelo trabalho que juntos fizemos no projeto FAPESP e muitos outros que fizemos no HC;

À Elizabeth de Faria pela grandiosa participação, juntamente com o Carlos, na construção da Inteligência do software e coordenação da equipe de médicos para coleta dos dados;

Ao Wilson Góes e equipe do Centro de Informações e Análises pela importante participação neste projeto;

À Ana Laus pela colaboração nas discussões e desenvolvimento do projeto FAPESP;

Aos docentes e colaboradores do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e colegas da pós-graduação pela acolhida e pelo apoio. Agradecimento especial à Suelen;

Ao Prof. José Sebastião dos Santos e Profa. Aldaísa Cassanho Forster pelas sugestões no exame de qualificação;

Ao Prof. Milton Roberto Laprega, pela confiança e incentivo;

À Aline, secretária da Assessoria Técnica, que nos deixou. Fica a grata e saudosa lembrança;

À equipe da Assessoria Técnica pelos ensinamentos do dia a dia. De alguma forma, todos contribuíram no desenvolvimento deste trabalho;

Aos amigos do HC pela oportunidade de participarmos juntos desta grande escola que é o Hospital;

À Teresa, Rosângela, Deocélia e Marlene pelas revisões e, principalmente, pela paciência;

À Dirce e à Sônia, minhas amigas e companheiras em todos os momentos.

DEVO MUITO A VOCÊS.

ENSINAMENTO

(Adélia Prado)

Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.

Não é.

A coisa mais fina do mundo é o sentimento.

Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,
ela falou comigo:

"Coitado, até essa hora no serviço pesado".

Arrumou pão e café, deixou tacho no fogo com água
quente.

Não me falou em amor.

Essa palavra de luxo.

RESUMO

DALLORA, M.E.L.V. “Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário”. 2010. 89 f. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

A inserção dos hospitais na rede de atenção é fator preponderante na organização do SUS. A ordenação do fluxo de pacientes entre os hospitais e serviços de saúde, com a estruturação de uma rede regionalizada de atenção é um desafio a ser vencido. Foi esta a proposição do HCFMRP-USP quando, em 2000, descentralizou o agendamento das consultas eletivas para os novos pacientes e organizou Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, junto aos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de sua área de abrangência. **Objetivo:** Avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação na organização do fluxo de pacientes e na efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de serviços regional. **Metodologia:** Para avaliar os resultados na organização do fluxo de pacientes verificou-se o grau de aproveitamento da agenda de consultas oferecida pelo HCFMRP-USP aos DRSs. Foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo, com dados secundários no período 2000 a 2005. Para avaliar a efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária foi analisada a coerência entre a complexidade dos casos encaminhados e a missão do Hospital. Foi realizada uma investigação do tipo transversal, em dois momentos, 2000 e 2005, com amostragem dos atendimentos de novas consultas agendadas via Centrais de Regulação. **Resultados:** Nenhum DRSs aproveitou a totalidade das vagas disponibilizadas. A taxa geral de agendamento foi 66,2%; a taxa de absenteísmo dos novos pacientes, 22,4%. A taxa de aproveitamento global foi 37,9%, representando que das 309.573 vagas disponibilizadas, apenas 117.328 pacientes foram absorvidos para seguimento no Hospital. A baixa complexidade representa parcela importante dos casos, 41,5% em 2000 e 39,3% em 2005; a coerência dos encaminhamentos com os protocolos de acesso foi 74,0% em 2000 e 75,5% em 2005; não foram absorvidos para seguimento 31,3% dos pacientes agendados via Centrais de Regulação. **CONCLUSÕES:** A implantação das Centrais de Agendamento de Consultas

Eletivas, como aperfeiçoamento do sistema regional de saúde, foi parcialmente atingida, tendo elas se tornado mero instrumento administrativo de agendamento de consultas. A proposta implementada em 2000 teve o mérito de provocar a discussão entre os gestores, Hospital e a responsabilização dos municípios e regionais de saúde com o encaminhamento dos pacientes para o nível terciário do sistema de saúde. Foi também uma ação importante na humanização dos serviços de saúde visto que a partir de então, os novos pacientes agendados contam com a certeza da realização da consulta. A implantação de um sistema com esta abrangência, envolvendo municípios, DRSs e o Hospital, mesmo fundamentado em questões lógicas de eficiência, demanda tempo. Mesmo com alguns avanços, ainda temos muitos desafios e um longo caminho a trilhar objetivando concretizar uma rede de serviços que propicie assistência integral, acesso universal com equidade e qualidade. O planejamento contínuo e integrado entre gestores e prestadores, em especial hospitais de ensino, é caminho certo nesta direção. Planejamento este que deve ser dinâmico, identificando e corrigindo os problemas de cada momento e estimulando os avanços contínuos de forma a melhorar a saúde e a qualidade de vida de todos.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Administração de serviços de saúde. Sistemas de saúde.

SUMMARY

DALLORA, M. E.L.V. “**Regulation of the access of SUS users to the outpatient clinic of a university hospital**”. 2010. 89 f. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The insertion of hospitals in the health care network is a factor of preponderant importance in the organization of SUS. The regulation of patient flow between hospitals and health services with the structuring of a regionalized care network is a challenge to be overcome. This was the proposal of HCFMRP-USP when, in 2000, it decentralized the scheduling of elective visits for new patients and organized Centers of Regulation of Elective Visits with the Regional Health Departments (DRS) of its area of coverage. **Objective:** To assess the impact of the implantation of Centers of regulation on the organization of patient flow and the effective designation of HCFMRP-USP as a tertiary unit in the regional service network. **Methodology:** The degree of observance of the scheduled visits offered by HCFMRP-USP to the DRSs was determined in order to evaluate the results regarding the organization of patient flow. A descriptive quantitative study was conducted using secondary data during the period from 2000 to 2005. In order to assess the effective designation of HCFMRP-USP as a tertiary unit, the coherence between the complexity of the referred cases and the mission of the Hospital was analyzed. A cross-sectional investigation was conducted at two different times, 2000 and 2005, by sampling the new visits scheduled via the Centers of Regulation and held at the Hospital. **Results:** None of the DRSs took advantage of the total number of openings made available. The general scheduling rate was 66.2% and the rate of absenteeism of new patients was 22.4%. The overall rate of utilization was 37.9%, showing that of the 309,573 visits made available, only 117,328 were absorbed for follow-up at the Hospital. Cases of low complexity represented an important portion of cases, 41.5% in 2000 and 39.3% in 2005; the coherence between referrals and access protocols was 74.0% in 2000 and 75.5% in 2005; 31.3% of the patients with visits scheduled via the Centers of Regulation were not absorbed. **CONCLUSIONS:** The implantation of Centers for the Scheduling of Elective Visits as an improvement of the regional health system was

reached only in part, with these centers simply becoming a mere administrative instrument for the scheduling of visits. The merit of the proposal implemented in 2000 was to provoke a discussion between managers and the Hospital and to assign to the municipalities and the regional health centers the responsibility for the referral of patients to the tertiary level of the health system. It was also an important action regarding the humanization of the health services because, since that time, the visits of the new patients scheduled are guaranteed. The implantation of a system with this coverage, involving municipalities, DRSs and the hospital, although based on logical questions of efficiency, requires time. Even after some advances, we still have a long way to go in order to construct a network of assistance that will provide integral care and universal access to health services with equity and quality. A continued and integrated planning involving managers and personnel, especially at teaching hospitals, is the path in the right direction. This planning should be dynamic, with constant identification and correction of problems and with the stimulation of continuous advances in order to improve the health and quality of life of the users.

Key-words: Health management. Unified Health System. Access to health services. Administration of health services. Health systems.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HE	Hospital de ensino
HU	Hospital Universitário
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
SIPAC	Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição percentual das vagas de consultas para novos pacientes no HCFMRP-USP, por DRS	36
Tabela 2 -	Estimativa do tamanho da amostra nos anos de 2000 e 2005, por ambulatório especializado no HCFMR-USP	44
Tabela 3 -	Vagas de consultas para novos pacientes disponibilizadas pelo HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.....	47
Tabela 4	Taxa de Agendamento (%) nas vagas de consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, por DRS, anos 2000 a 2005.....	48
Tabela 5 -	Taxa de faltas (%) dos novos pacientes às consultas no HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.....	50
Tabela 6 -	Taxa de Adequação da Referência (%) ao HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005	52
Tabela 7 -	Taxa de Aproveitamento Global (%) das vagas de consultas para novos pacientes disponibilizadas pelo HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.....	55
Tabela 8 -	Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e complexidade do caso	59
Tabela 9 -	Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e a pertinência do encaminhamento com o protocolo	63
Tabela 10 -	Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelo DRS, por ano e se o paciente foi selecionado para seguimento no ambiente hospitalar	65
Tabela 11 -	Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelo DRS, por ano, complexidade do caso e especialidade	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	20
2.1 A Regulação no Sistema de Saúde.....	21
2.2 Rede regionalizada de serviços de atenção à saúde	23
3 ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS E A IMPORTÂNCIA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO	28
3.1 O caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.....	33
4 OBJETIVOS	39
5 METODOLOGIA	40
5.1 Avaliação do impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP- USP	40
5.2 Avaliação do impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de serviços regional.....	42
5.2.1 Plano Amostral.....	43
5.2.2 Coleta de Dados	44
5.3 Procedimentos Éticos.....	46
5.4 Análise dos Dados	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
6.1 Grau de aproveitamento da agenda de consultas oferecida pelo HCFMRP-USP aos DRSs, no período 2000 a 2005.....	47
6.2 Complexidade dos casos, adequação aos protocolos de encaminhamento e absorção dos casos atendidos para seguimento no ambiente hospitalar	57
6.2.1 Avaliação do grau de complexidade dos casos encaminhados	59
6.2.2 Adequação dos casos encaminhados aos protocolos de aceitação	63
6.2.3 Pacientes absorvidos pelo HCFMRP-USP.....	64
6.2.4 Avaliação do grau de complexidade dos casos encaminhados por especialidade	66
6.2.4.1 Avaliação dos resultados pelos responsáveis dos serviços ambulatoriais especializados	68

7 CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	85
APENDICE A	85
APENDICE B	88
ANEXO	89

1 INTRODUÇÃO

A inserção dos hospitais na rede de atenção é fator preponderante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e na efetivação dos princípios constitucionais de acesso universal e igualitário às ações e serviços e da integralidade da atenção à saúde.

A importância dos hospitais é ressaltada tanto pelo tipo dos serviços ofertados, por concentrarem os saberes e as tecnologias mais especializadas, quanto pelo volume de atividades desenvolvidas, além do valor considerável de recursos financeiros envolvidos. Particularmente, os hospitais universitários (HU) ocupam posição de destaque neste cenário, por responderem por um número expressivo de internações e a quase totalidade dos procedimentos de alta complexidade do país. Entretanto, a efetiva inserção dos HUs no SUS é um grande desafio para seus administradores e tem se constituído numa tarefa árdua conciliar os interesses do SUS, representada pelas necessidades da população por atenção hospitalar, muitas vezes, de alta densidade tecnológica, e os interesses da Universidade para o ensino e pesquisa.

Ao mesmo tempo, o SUS, após mais de vinte anos de sua implantação, com reconhecidos avanços para a população, ainda enfrenta muitos desafios. O fortalecimento de sua gestão é um deles e neste aspecto, a descentralização, a regionalização e a regulação são enfatizadas, como estratégia para a conformação de redes de atenção à saúde. O hospital, como parte importante do sistema, tem que integrar com os demais componentes da rede e a ordenação do fluxo de pacientes entre eles é ainda uma etapa a ser consolidada.

Toda essa problemática é vivenciada pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), cuja presença na região nordeste do estado de São Paulo, sempre constituiu, desde sua fundação, em uma referência médica hospitalar para a população.

Organizar o fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP, com a estruturação de uma rede regional hierarquizada de atenção à saúde é um passo importante para a efetivação do SUS na região de Ribeirão Preto.

Foi esta a proposição do HC quando, em 2000, descentralizou o agendamento das consultas eletivas para os novos pacientes e inovou ao organizar Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, junto aos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de sua área de abrangência.

Assim sendo, torna-se de fundamental importância a avaliação do impacto da implantação destas Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP e na sua efetivação como instância terciária na rede de saúde regional.

Os resultados e discussões desta avaliação poderão servir como subsídios para ajustes e aprimoramento das Centrais de Regulação implantadas, assim como servir de modelo para melhorar a integração entre os gestores regionais e municipais de saúde e os HUs, em diferentes regiões do país, contribuindo dessa forma, para a consolidação do SUS.

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Reza a Constituição Federal Brasileira de 1988 que a saúde é direito de cidadania e dever do Estado. Este direito deve ser assegurado mediante a execução de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e de outros agravos e fundamenta-se nos princípios de integralidade da atenção, universalidade do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da assistência, que devem ser distribuídos de forma igualitária, sem preconceitos ou privilégios. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

As instruções normativas, com vistas a atender as bases da Constituição Federal estão contidas na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080/1990, que institui e regulamenta o Sistema Único de Saúde, posteriormente complementada pela Lei nº 8142/1990. As Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), voltaram-se, cada uma a seu momento, às orientações para operacionalidade e organização das ações e serviços de saúde, como forma de efetivar o SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Após 20 anos de sua instituição, muitos foram os avanços, porém ainda persistem muitos desafios para o SUS. Na perspectiva de superar as dificuldades, os gestores assumiram o compromisso público do Pacto pela Saúde, que foi oficializado pela publicação da Portaria nº 399 / GM de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto pela Saúde 2006 apresenta diretrizes operacionais expressas em seus três componentes: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida representa o compromisso entre os gestores para atender prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS reforça o SUS como política de Estado, como sistema público universal e a saúde como direito de cidadania.

O Pacto pela Gestão busca o fortalecimento de uma gestão compartilhada e solidária e reconhece a necessidade de avançar na

regionalização e na descentralização, a partir de uma unidade de princípios e do respeito às diferenças loco-regionais. Dentre suas diretrizes, enfatiza a regulação e a regionalização, com a conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde, entendendo que, ao estimular os gestores a introduzir ou ampliar estas atividades, a gestão do sistema de saúde será fortalecida (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007a).

2.1 A Regulação no Sistema de Saúde

O conceito de regulação está relacionado à teoria econômica e associa a necessidade de regulação com a existência de falhas do mercado, que afetam sua eficiência e conseqüentemente, o bem estar da sociedade. O setor saúde se diferencia dos demais setores da economia e tanto a oferta quanto a demanda têm comportamentos singulares, marcados por uma série de imperfeições. Em especial, podemos citar, do lado da demanda, a imprevisibilidade, irregularidade e a dificuldade de escolhas racionais, por parte do cidadão, quando acometido por uma doença ou agravo. A indução da oferta, por parte dos profissionais e serviços, confere também imperfeições ou falhas ao setor saúde (ARROW, 1963).

A regulação no setor saúde tem como objetivo geral regular, ordenar e orientar a assistência e como princípio fundamental, fortalecer a capacidade do poder público de gestão do sistema e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas da população (BRASIL, 2000).

Estas questões, dentre outras, enfatizam a regulação como uma macro função do Estado para a gestão em saúde, no sentido de garantir o acesso aos serviços, de acordo com as necessidades da população, com eficiência e equidade (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, regulação é entendida como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação dos serviços de saúde (VIANA; SILVA; ELIAS, 2006).

No entanto, o conceito de regulação em saúde é amplo, não se restringindo apenas às correções das imperfeições da oferta e demanda.

Segundo Santos e Mehhy (2006, p.28), é “entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução”. A regulação pode se dar de várias formas: definição do arcabouço legal, regulação da competitividade, definição de parâmetros de qualidade, avaliação, controle, auditoria e pode ser exercida por meio de incentivos financeiros ou, até mesmo, sanções legais.

A regulação sempre foi destacada como função pública, sendo mencionada no arcabouço legal do SUS, tanto na Constituição, quanto em Normas Operacionais que, de forma incremental, apresentaram diretrizes para a operacionalização do sistema de saúde. O artigo 197 da Constituição Federal estabelece que sendo as ações e serviços de saúde de relevância pública, o poder público deve dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

A regulação como um dos pilares da gestão, deve fazer cumprir as políticas de saúde e tem múltiplas frentes, sem uma divisão rígida entre elas. Podemos esquematizar a regulação sobre os sistemas de saúde, que engloba ações de regulação da atenção à saúde que, por sua vez, abrange a regulação do acesso dos usuários à assistência (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006; BRASIL, 2008).

A regulação sobre os sistemas de saúde constitui ação governamental de monitoramento, avaliação e controle das ações e recursos financeiros aplicados no âmbito do SUS. Busca ordenar seu funcionamento com vistas a garantir acesso equitativo a uma atenção sanitária de qualidade, assegurando a eficiência econômica do sistema e assim, evitar desperdícios de recursos. Prevê ações de vigilância em saúde, regulação da saúde suplementar, controle dos sistemas de saúde, avaliação e incorporação de tecnologias em saúde, dentre outras (OPAS, 2004, BRASIL, 2008a).

A regulação da atenção à saúde é direcionada à execução das ações diretas de atenção por parte dos prestadores e sobre o acesso dos usuários à assistência, nos diversos níveis de complexidade e prevê, também, ações de programação da atenção à saúde, credenciamento e contratação de serviços, elaboração da Programação Pactuada Integrada e avaliação de serviços de saúde. É exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela

Saúde e tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006; BRASIL, 2008a).

A regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial é definida no Pacto pela Saúde 2006 como sendo o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e acesso a estes” (BRASIL, 2006a p.47). Tem como objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É exercida pelos respectivos gestores públicos e contempla ações de regulação médica para a garantia do acesso, baseadas em protocolos, classificação de risco e outros critérios de priorização. Prevê o estabelecimento de referências entre serviços de diferentes níveis de complexidade segundo fluxos e protocolos pactuados, sendo que a regulação de referências intermunicipais é de responsabilidade do gestor estadual. Uma das estratégias de regulação assistencial é a constituição de complexos reguladores que contemplam e integram centrais de atenção pré-hospitalares e urgências, centrais de internação, de consultas e exames (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2008a).

A operação dessas centrais de regulação exige profissionais capacitados para avaliação técnica de relatórios médicos, com vistas ao ordenamento do fluxo, agendamento das consultas e ao processo de internação dos pacientes, baseado em critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação (BRASIL, 2006b).

A regulação do acesso ou assistencial é instrumento para o alcance das diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção. Busca viabilizar o acesso do usuário à assistência médica mais adequada à complexidade de seu problema de saúde.

2.2 Rede regionalizada de serviços de atenção à saúde

A descentralização da gestão do sistema de saúde ainda enfrenta o desafio de superar a fragmentação das estruturas municipais que confere iniquidades na qualidade e oferta de serviços e compromete a legitimidade do

sistema. Para avançar na descentralização, sem perder de vista a integração nacional, deve-se investir em estratégias de coordenação e cooperação solidárias. A regionalização é estratégia eficaz na formação de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas, potencializando o processo de pactuação e negociação entre gestores. Seu avanço depende, portanto, da conformação de redes solidárias por meio de arranjos político-institucionais, relações contratuais sólidas, que viabilizem planos integrados e gestão compartilhada de serviços de abrangência regional (BRASIL, 2006c).

Assim como a regulação, a regionalização é uma diretriz organizativa para o SUS. A Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS 01/2001 (NOAS SUS 01,/2001) a considera como estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde e para a busca de maior equidade. O reconhecimento, por parte dos gestores das três esferas do sistema, da necessidade de qualificar e fortalecer a descentralização do sistema de saúde, contribuiu para que a regionalização fosse considerada um eixo estruturante do Pacto de Gestão (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006a).

Tem como objetivos: garantir o acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade da atenção propiciando o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; racionalizar gastos e otimizar a aplicação de recursos; potencializar a descentralização do sistema de modo que as demandas e interesses locais regionais se expressem cada vez mais nas regiões. Objetiva, portanto, garantir o direito da população à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais e promovendo a equidade (BRASIL, 2006a; SOUZA; COSTA, 2008).

Um dos instrumentos do processo de regionalização é o Plano Diretor da Regionalização (PDR) que deve identificar as regiões de saúde em cada estado e no Distrito Federal. O PDR, por sua vez, deve estabelecer os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo esta, uma das responsabilidades compartilhada pelas três esferas de Estado (BRASIL, 2008b).

Para Santos e Andrade (2008, p.8),

Rede de serviço, ou de atenção à saúde é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços de saúde, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais que permitam sua gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana.

Considerando os fundamentos de organização da política de saúde e as diretrizes normativas do SUS de descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, a rede de atenção deve integrar serviços de complexidade crescente: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e oferecem os cuidados básicos de prevenção, recuperação e promoção da saúde; as unidades de atenção secundária, tanto ambulatoriais ou hospitalares onde são prestados cuidados para afecções mais prevalentes nas várias especialidades; e as unidades de atenção terciária, geralmente hospitalares, onde são conferidos cuidados de maior complexidade (SANTOS et al, 2003).

Entretanto, nem todos os municípios necessitam dispor, em seu território, de um sistema completo, ou seja, de uma rede de serviços que contemple todos os níveis de complexidade. Assim, a ênfase na regionalização para organização de sistemas de saúde e o pacto entre os gestores municipais e regionais de saúde para garantir o acesso aos serviços em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2001).

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em publicação acerca dos avanços e desafios do SUS discutiu a crise do modelo de atenção à saúde implantado, decorrente de uma incoerência entre uma situação epidemiológica, cuja carga de doenças é composta em cerca de 75% por condições crônicas, enquanto que o modelo de atenção à saúde instituído está voltado para atenção às condições agudas (BRASIL, 2006d).

Esta discussão é reforçada por Mendes (2008), que coloca que a situação atual do Brasil é de tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas com a saúde reprodutiva; prevalência das doenças crônicas e o forte crescimento da violência e das causas externas. Este desencontro da situação epidemiológica, fortemente dominada pelas doenças crônicas, com um sistema de saúde voltado para atender condições agudas reflete em crise no sistema de saúde. Sistemas de saúde voltados para condições agudas são sistemas fragmentados, compostos por um conjunto de pontos isolados, sem comunicação entre eles e incapazes de prestar atenção contínua à população.

Esta condição impõe ao SUS a necessidade de uma nova estruturação sob a forma de redes de atenção à saúde, com uma mudança radical do modelo

hierárquico piramidal, expresso por níveis de atenção, para um modelo poliárquico (BRASIL 2006d; MENDES, 2008).

Por outro lado, a literatura internacional vem reforçando a idéia de redes de atenção à saúde, tendo a atenção primária como eixo de orientação, baseados no policentrismo, na autonomia e cooperação entre as organizações como forma de melhorar a alocação de recursos, coordenação clínica, dentre outros, além de fazer face aos atuais desafios sócio econômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2009; MENDES, 2007).

Segundo Mendes (2008, p.6),

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.

Nesta concepção de rede fica ressaltado que os procedimentos da atenção básica à saúde ou atenção primária à saúde (APS), que atendem, cerca de 90% dos problemas de saúde, não constituem um conjunto de tecnologias de baixa complexidade, nem são menos complexos que os níveis de média e alta complexidade. Os procedimentos da atenção básica são menos densos tecnologicamente, porém não deixam de ser complexos, especialmente no que diz respeito à sua organização (BRASIL, 2006d).

Não se trata de valorizar mais um serviço de saúde e menos outro, mas sim de ter clareza da importância e funcionalidade para cada ponto do sistema que se propõe eqüitativo, universal e integral. Na perspectiva de redes poliárquicas, não há relação de subordinação e todos os serviços são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns (ROVERE, 1999; MENDES, 2008).

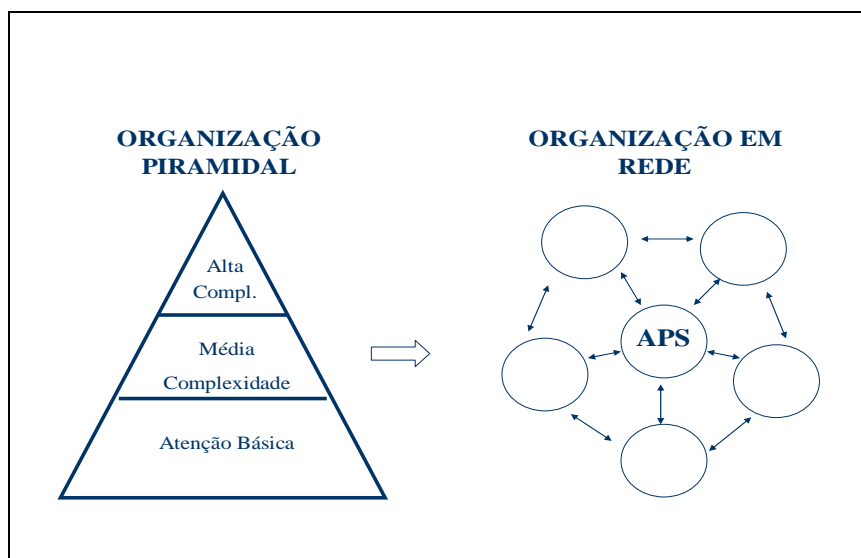


Fig.1 - O Sistema Piramidal Hierárquico para a Rede de Atenção à Saúde Poliárquica
Fonte: Minas Gerais, 2009

Os aspectos acima são inovadores em relação ao arcabouço legal do SUS, que prevê a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde como forma de atingir os princípios constitucionais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL 2001; BRASIL 2002).

Já o Pacto pela Saúde, que apresenta a regionalização como eixo estruturante para a gestão do SUS, dispõe que o PDR deve conter desenhos de redes regionalizadas de atenção à saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Ainda, a organização das redes regionalizadas de serviços e ações de saúde deve favorecer ação cooperativa e solidária entre os gestores (BRASIL, 2006a). Ressaltamos, neste aspecto, que a hierarquização da rede de serviços de saúde não é mencionada nas diretrizes apontadas para a Gestão do SUS, o que traz o caráter inovador do Pacto em relação às Normas anteriores.

A gestão regional no Estado de São Paulo se organiza em 5 macrorregiões e 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Na macrorregião nordeste, a presença do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) é marcante, por ser nesta macrorregião, o maior hospital de ensino público de referência terciária.

3 ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS E A IMPORTÂNCIA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO

Os hospitais ocupam papel relevante na prestação de cuidados à saúde, seja por concentrarem conhecimentos especializados, seja do ponto de vista financeiro, já que os gastos hospitalares representam, cerca de, 70% dos gastos públicos com saúde. Os hospitais, em geral, são centros de treinamento e principal ambiente de desenvolvimento e adoção de tecnologias. Neles está empregada a maioria dos profissionais da área da saúde. Respondem pela maioria dos atendimentos: 70% dos casos de emergência e 27% do atendimento ambulatorial. Representam, portanto, um grande valor simbólico para a população que os enxerga com admiração e os considera como primeira opção na busca de atendimento médico. Além desses aspectos, a constituição histórica de um modelo hospitalocêntrico, com ênfase no atendimento de casos agudos, reforça a supervalorização da unidade hospitalar que acaba representando a verdadeira expressão do sistema de saúde (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009; BRAGA NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008; MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

A posição dos hospitais nos sistemas de saúde da América Latina é marcada pela cultura de auto-suficiência, por ser, junto com o médico, a instituição com mais poder hegemônico no sistema sanitário. A necessidade de proporcionar melhores serviços de atenção em resposta às necessidades de saúde da população e de racionalizar os custos traz a tona o debate da função do hospital no contexto do sistema de saúde e já não é mais possível concebê-lo senão como integrante de uma rede de serviços. Assim, como integrante de uma rede, o hospital amplia seu horizonte de atuação, enfrenta relações mais diversas e persegue um objetivo precioso que é a efetividade social, ao mesmo tempo em que dispersam-se seus contornos definidos (OPAS, 2004).

Embora os hospitais sejam componentes predominantes e de importância reconhecida no sistema de saúde, até recentemente vinham recebendo pouco destaque tanto por parte dos formuladores de políticas, quanto por parte dos pesquisadores (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009).

Em uma das primeiras publicações sobre o setor hospitalar no SUS, o Ministério da Saúde (MS) manifesta a necessidade de mudanças e aponta diretrizes para a reforma da atenção hospitalar enfatizando a garantia de financiamento, profissionalização da gestão, adequação do perfil assistencial em função das necessidades epidemiológicas, demográficas, das características regionais, sua devida inserção nas redes assistenciais e o estabelecimento de sistema de referência e contra referência (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

Para Campos e Amaral (2007), o Brasil tem apresentado ações isoladas ao invés de uma reforma sistêmica do sistema hospitalar, o que faz com que os efeitos não sejam de grandes proporções já que programas isolados são insuficientes para demonstrar um novo rumo. À exceção da reforma do modelo de atenção ocorrido na Saúde Mental, o sistema de saúde não apresentou propostas integradas com vistas à redefinição do papel dos hospitais na rede de serviços, considerando as novas modalidades assistenciais e os avanços tecnológicos, principalmente, as tecnologias menos invasivas e de alta resolutividade.

Por outro lado, maior autonomia e integração dos hospitais ao sistema de saúde mediante a celebração de contratos de gestão, com financiamento misto, sendo uma parte fixa e outra variável, dependente do cumprimento de metas previamente pactuadas com os gestores são algumas das questões importantes na reforma hospitalar e para o desenvolvimento do SUS. Este contrato de gestão deve, necessariamente, conter cláusulas relacionadas à ampliação do acesso e à qualificação da atenção, além da valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa, etc. (CAMPOS, 2007).

Recente publicação acerca do desempenho hospitalar no Brasil aponta que os resultados do setor deixam a desejar e enfatiza o domínio das unidades de saúde independentes, voltadas para o tratamento de casos agudos. Organização de redes de atenção entre níveis diferentes do sistema são raros, mesmo entre prestadores públicos, o que se constitui um paradoxo à realidade do país, em que a carga de doenças é constituída, em sua maioria, por casos crônicos cujo tratamento é mais adequado por meio de redes organizadas de atenção à saúde. Das principais questões a serem enfrentadas estão o papel dos hospitais no sistema de saúde e a complexidade dos tratamentos por eles oferecida (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009).

O novo papel dos hospitais, inseridos na rede de serviços de saúde, deverá ser adequado às suas estruturas e aos custos operacionais compatíveis. A diminuição dos custos hospitalares deve ser vista pelo prisma de uma melhor utilização dos seus recursos disponíveis. Assim, ao mesmo tempo em que devem ser introduzidos conceitos e técnicas organizacionais e de gestão, a redefinição do papel dos hospitais na assistência à saúde pode oferecer elevação significativa da racionalidade dos investimentos na área da saúde (GRABOIS, SANDOVAL, 1995).

Hospitais são unidades complexas do ponto de vista gerencial e das organizações mais difíceis de serem administradas. (OPAS, 2004; VECINA NETO, MALIK, 2007). Complexidade adicional apresentam os hospitais universitários e de ensino pois, além da prestação da assistência médica, agregam atividades de ensino e de pesquisa e, ainda, devem ser um referencial em tecnologia de ponta.

Esses hospitais possuem características que elevam seus custos em relação aos não universitários, tais como: atividades docente-assistenciais, albergando, simultaneamente, serviços básicos e secundários de saúde, quando sua estrutura é constituída para oferecer atividades de alta tecnologia. Os hospitais universitários estão pouco integrados aos demais níveis de atenção e têm, em geral, total autonomia gerencial em relação aos sistemas de saúde e acabam atendendo a todos os níveis de atenção. Na verdade, são mais caros também por isto e não somente por incorporarem atividades docente-assistenciais (MEDICI, 2001).

No Brasil, os hospitais de ensino (HE) foram assim denominados pela Portaria SNES/MS nº 15, de 8 de janeiro de 1991, que estabeleceu para estas instituições o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS). Hospitais de ensino eram aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC), funcionando regularmente há mais de 5 anos e pertencendo ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC), do Ministério da Saúde, como centro de referência nacional (Ministério da Saúde, 2004).

Em 2004, o FIDEPS foi extinto e instituído um novo processo de certificação para os hospitais de ensino, que passaram a fazer jus a uma nova

modalidade de contratação com o SUS. A Portaria Interministerial MEC-MS nº1000 de 15 de abril de 2004 definiu os requisitos para a certificação e estabeleceu como hospital de ensino as instituições hospitalares que são campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais ou especializados. Estas instituições devem contemplar, em suas diretrizes curriculares, o sistema de saúde vigente no País (BRASIL, 2004a). A Portaria 1702 de 17 de agosto de 2004 criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS e definiu uma nova modalidade de contratualização com o estabelecimento de metas pactuadas com os gestores locais do SUS e uma nova regra de remuneração, sendo que uma parte dos recursos seriam transferidos com base no cumprimento das metas estabelecidas (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº1000 foi posteriormente revogada pela Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, que redefiniu os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino (BRASIL, 2007b).

Hospitais de ensino são de grande importância para o sistema de saúde, tanto pela expressiva produção de serviços, quanto na discussão de políticas públicas de saúde, já que a organização da atenção por eles prestada interfere, de forma determinante, sobre os demais prestadores, vez que são unidades de referência para todo o sistema de saúde.

A inserção dos hospitais universitários e de ensino no Sistema Único de Saúde tem se constituído em um dos desafios dos gestores da saúde. O pouco entrosamento dos administradores destes hospitais com os gestores e, sobretudo, as precauções em manter a denominada 'autonomia universitária' tem criado embaraços para um melhor relacionamento entre as partes interessadas. Do ponto de vista assistencial, o papel dos HUs no SUS foi claramente definido pelo Conselho Nacional de Saúde, com o aval da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), cabendo-lhes a responsabilidade preponderante do atendimento em nível terciário (SILVA de SÁ, 2002).

Independentemente das estratégias de atenção à saúde adotadas, os HUs se transformaram em 'centros de referência' passando a receber demandas

espontâneas dos usuários que livremente se locomovem até os pólos regionais para procurar assistência de melhor qualidade e com maior grau de resolução.

Este aspecto também tem sido reforçado pelos próprios gestores que, à falta de alternativa ou por comodidade, optam, em sua maioria, pela criação de condições de locomoção de seus cidadãos até os municípios maiores, ao invés de direcionar sua política de saúde para a criação de unidades resolutivas no âmbito local.

O desequilíbrio entre a oferta e a demanda de serviços presente nos centros de maior porte, torna-se ainda mais claro e preocupante, quando se analisa a atenção às urgências e a demanda por consultas de especialidades. Este desequilíbrio decorre, em grande parte, da demanda espontânea de usuários, que são acolhidos sem terem passado por avaliação prévia de serviços locais de saúde, muitas vezes, aptos a resolver as urgências de menor complexidade, bem como a fornecer consultas de especialidades com resolução adequada à necessidade de determinado percentual de pacientes.

Este desequilíbrio vivenciado pelo sistema, por seus gestores e, particularmente, pela própria comunidade, culminou na edição de portarias ministeriais, que tinham como objetivo específico a difusão de conceitos e diretrizes. Entretanto, na área ambulatorial, a inexistência de portarias gerais que delineassem ações específicas tornou clara a necessidade dos gestores estaduais e municipais de encontrarem soluções para as dificuldades enfrentadas em cada município, procurando sanear os desequilíbrios locais ainda existentes.

Informações precisas acerca do perfil epidemiológico, entrosamento dos gestores municipais e coordenação clara e segura dos gestores regionais são condições necessárias para o ordenamento do fluxo de pacientes e organização dos serviços públicos de saúde.

Consequentemente, a ausência dessas ações, ou de grande parte delas, culminaram na sobrecarga destes centros de referência, fato este ainda observado e que não poderia deixar de ser diferente em Ribeirão Preto-SP, onde a sobrecarga do HCFMRP-USP é marcante.

3.1 O caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

A presença do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo na região nordeste do estado de São Paulo, sempre constituiu, desde sua fundação, em uma referência médica hospitalar para a população.

Até 1988, a clientela do HCFMRP-USP era composta por pacientes denominados indigentes, por não terem nenhum amparo previdenciário e dos denominados casos de interesse acadêmico, escolhidos pelo corpo clínico, composto, basicamente, por docentes da Faculdade de Medicina Ribeirão Preto USP (FMRP-USP).

O Hospital recebia, até esta data, demanda espontânea dos usuários, que livremente se locomoviam à procura de assistência de maior qualidade e resolutividade, independente da gravidade e da complexidade do caso.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, mudaram-se as regras de acesso. Os hospitais públicos, incluídos os universitários, passaram a fazer parte da rede pública de saúde e, portanto, parte de um sistema cujo funcionamento propõe ações regionalizadas e hierarquizadas.

Entretanto, sem uma organização coordenada entre os gestores municipais e o estadual (no caso, sua representação regional), os municípios continuaram a encaminhar pacientes para o HCFMRP-USP, indiscriminadamente, sem considerar critérios sanitários de hierarquização da complexidade do atendimento. Neste contexto, desdobramentos negativos sobre a gestão do Hospital, decorrentes da alta demanda de pacientes mostraram-se inevitáveis.

Por outro lado, enquanto o SUS, em suas diretrizes, reservou para os hospitais universitários a atenção de nível terciário, o corpo clínico do HCFMRP-USP, visando o ensino de graduação da medicina, nos seus aspectos básicos, resistiu em substituir a clientela, continuando a absorver casos de baixa complexidade, em detrimento de atendimentos mais complexos. Estabeleceu-se assim, um conflito entre o SUS e o HU, na organização do acesso e do atendimento médico.

As conseqüências do descompasso da integração do HCFMRP-USP no Sistema Único de Saúde foram:

- desorganização do fluxo de pacientes;
- formação de longas filas de espera na porta do HCFMRP-USP;
- pacientes sem referência;
- referências inadequadas;
- rede de atuação secundária com baixa resolutividade;
- pouca utilização da contra-referência;
- prejuízo na qualidade do atendimento;
- mau uso da infra-estrutura hospitalar, considerando o custo do hospital de ensino ser mais elevado e próprio para o atendimento de alta complexidade;
- falta de instrumentos de entrosamento entre os gestores do SUS e o HU dificultando a solução do problema e gerando desconfiança mútua;
- desconhecimento, por parte dos gestores, do perfil epidemiológico da sua região de abrangência, impossibilitando traçar políticas de saúde.

Levantamentos estatísticos mostraram que, em 1996, somente 30% dos pacientes de consultas eletivas eram referenciados (e de forma ainda precária), enquanto que os outros 70% vinham espontaneamente, trazidos por ônibus ou ambulâncias de cidades vizinhas. Pacientes com problemas de baixa complexidade, disputando vagas com pacientes de alta complexidade, contribuindo para a pleora dos serviços e piora na qualidade dos cuidados (SILVA de SÁ, 2002).

Este comportamento trouxe graves conseqüências para o atendimento dos pacientes, com o sistema de saúde regional desorganizado e com desdobramentos inevitáveis sobre a gestão financeira do HCFMRP-USP, decorrente da alta demanda de pacientes, sem qualquer hierarquização do encaminhamento.

Somada à problemática apresentada, destacava-se a falta de práticas humanizadas no atendimento, com pacientes em longas filas, muitas vezes madrugada afora, na tentativa de conseguir uma vaga no Hospital. Assim, tanto o HCFMRP-USP quanto o sistema regional de saúde arcavam com o ônus da desorganização do sistema.

Tornou-se premente promover a organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP racionalizando a relação entre a oferta e a demanda por estes serviços, no âmbito do atendimento ambulatorial especializado.

Para correção e ajustes desses desvios, houve a necessidade de um melhor entrosamento do HCFMRP-USP com a rede pública, demandando esforços administrativos no sentido de desencadear a verdadeira inserção do Hospital no SUS. Sendo o HCFMRP-USP o maior prestador público de serviços hospitalares da região, tornou-se fundamental a proposição de uma solução para equacionar os problemas apontados, visando ordenar o fluxo de usuários na rede de serviços, segundo as diretrizes da hierarquização dos serviços e da complexidade dos casos, otimizando os processos internos da Instituição. Fez-se necessário organizar uma rede de atenção à saúde com complexidade crescente e acesso ordenado, onde o HCFMRP-USP ocuparia o papel de componente de cuidados de alta complexidade, conforme estabelece o SUS.

Foi então proposto pelo HCFMRP-USP, em 2000, a implantação de uma Central de Regulação de Consultas Eletivas em cada regional de saúde de sua área de abrangência, visando ordenar o fluxo de usuários na rede de saúde segundo as diretrizes da hierarquização dos serviços e da complexidade dos casos, com vistas à verdadeira inserção do HCFMRP-USP no SUS, dando início a sua transformação em centro de atenção predominantemente terciário, resolutivo e adequado às necessidades da comunidade.

Em termos gerais, a proposta implementada em 2000 consistiu em delegar às então denominadas Direções Regionais de Saúde, atuais Departamentos Regionais de Saúde (DRSs), da área de abrangência do HCFMRP-USP (Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos, Franca, São João da Boa Vista) o agendamento dos novos pacientes para consultas de primeira vez, aos diversos serviços especializados, disponibilizados pelos seus ambulatórios, conforme descrito abaixo:

- o HC Campus como prestador de serviços de consultas eletivas transferiu para os DRSs a responsabilidade do agendamento das primeiras consultas, cabendo a eles priorizarem o encaminhamento dos casos que demandassem o atendimento terciário, mediante análise das Guias de Referência;

- cada Regional passou a ter a sua disposição um sistema informatizado *on-line* com o Setor de Agendamento do HCFMRP-USP. Este sistema informatizado foi desenvolvido pela equipe do Centro de Informações e Análise, da Assessoria Técnica do Hospital;
- estabeleceram-se cotas de consultas, por serviço especializado, para cada Regional de Saúde, proporcional à média histórica de utilização no período de 1995 a 1999, conforme demonstrado na Tabela 1;
- os médicos das Unidades Básicas de Saúde dos municípios, a partir da necessidade detectada de encaminhamento de pacientes para o HC, preenchem documento (em papel) denominado Guia de Referência;
- os DRSs, de posse das Guias de Referências, realizavam a devida triagem e de acordo com as cotas estabelecidas agendavam as consultas no HC, pelo sistema informatizado;
- elaborou-se um Manual de Agendamento de Consultas para os profissionais de saúde dos DRSs que, após treinamento e de posse dos protocolos de acesso, passaram a trabalhar no agendamento das diversas especialidades do Hospital, com horários e dias de atendimento, etc. ;
- os agendamentos de retornos não sofreram alterações e continuaram sob a responsabilidade do Setor de Agendamento do Hospital, obedecendo aos critérios da clínica de vínculo do paciente.

Tabela 1 - Distribuição percentual das vagas de consultas para novos pacientes no HCFMRP-USP, por DRS.

DRS	Município Pólo	Percentual de Vagas
III	Araraquara	5%
V	Barretos	3%
VIII	Franca	9%
XIII	Ribeirão Preto	75%
XIV	São João da Boa Vista	1%
Outros DRSs ou Estados		7%
Total		100%

Optou-se por trabalhar com a série histórica das consultas realizadas, considerando a especialidade e a regional de saúde, por ser esta a única informação disponível para a conformação inicial do sistema, na expectativa que, a partir de então, o próprio sistema e as experiências dele advindas propiciassem os ajustes necessários na distribuição das cotas.

Simultaneamente às medidas técnicas implementadas, o HC adotou ações junto às autoridades do Ministério Público, Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde da região comunicando que, a partir de janeiro de 2000, passaria a receber somente pacientes referenciados, com vistas a sua efetiva inserção, como referência terciária, no SUS regional.

A proposta apresentada pelo Hospital das Clínicas veio romper com a inércia de alguns anos marcada pela falta de diretriz no fluxo de pacientes ao HC. Assim, o programa implantado se sustentou no fato de que o Hospital é parte de um sistema público, regionalizado e hierarquizado e que deve funcionar em rede com os outros serviços, como forma de aumentar a acessibilidade, e a integralidade da assistência. Ainda, que a organização da rede de serviços regional e o ordenamento do fluxo de pacientes dependem de informações e portanto da constituição de banco de dados acerca da demanda da população e da oferta de serviços pelo HCFMRP-USP.

Para Bittar (2010) a regulação na saúde previne o absenteísmo nas consultas, a formação de filas e confere racionalização ao sistema. Sua implementação depende de informações e da informatização.

A partir das considerações expostas até o momento, algumas questões emergiram e serviram de base para o desenvolvimento desta investigação, entre elas:

1. Os gestores, com o controle direto da agenda, encaminharam prioritariamente os casos de maior complexidade para o HCFMRP-USP?
2. Os casos encaminhados pelos gestores se enquadram nos protocolos de acesso estabelecidos pelas especialidades do HCFMRP-USP?
3. Qual o percentual de casos agendados pelas Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, que foram absorvidos para seguimento no HCFMRP-USP?

Assim sendo, torna-se de fundamental importância a avaliação do impacto da implantação dessas Centrais na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP e na efetivação da inserção do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de saúde regional. Os resultados e discussões destas questões poderão servir como balizamento para ajustes e aprimoramento das Centrais de Regulação implantadas, assim como servir de modelo para melhorar a integração entre os gestores e os HUs, em diferentes regiões do país.

4 OBJETIVOS

- Avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP e seus reflexos sobre o aproveitamento da agenda de consultas oferecidas, assim como, a coerência entre o grau de complexidade dos casos encaminhados e a posição do HC, como instância terciária no SUS. Os resultados deste estudo poderão servir de balizamento para atestar se a implementação destas Centrais teve reflexos na consolidação do Hospital como instância terciária na rede de saúde regional.

5 METODOLOGIA

O método adotado foi estudo de caso que é o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos, e no qual múltiplas fontes de evidências são adotadas (Yin, 2001; Gil, 2002).

Yin (2001) observa que o estudo de caso oferece expressivas oportunidades para a Administração, pois possibilita o estudo de inúmeros problemas de difícil abordagem por outros métodos pela dificuldade de isolá-los de seu contexto na vida real.

5.1 Avaliação do impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP

Para avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP, optou-se por verificar o grau de aproveitamento da agenda de consultas oferecida pelo HCFMRP-USP aos DRSs e a efetiva absorção dos pacientes encaminhados para seguimento no sistema hospitalar. Para tanto, foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo e com dados secundários. O estudo utilizou dados relativos ao período compreendido entre o ano 2000, ano de início das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, até 2005, como forma de verificar os resultados no decorrer dos 5 anos de implantação. Os dados foram obtidos junto ao Setor de Agendamento do HCFMRP-USP e no banco de dados da instituição que, no período de 2000 a 2005, era gerenciado pela Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo.

Foi feito levantamento estatístico, por DRS e por ano, do período de 2000 a 2005, das seguintes variáveis:

- Total de vagas disponibilizadas pelo HCFMRP-USP aos DRSs para consultas de novos pacientes;

- Total de consultas agendadas pelos DRSs;
- Total de pacientes faltosos;
- Total de consultas realizadas;
- Total de pacientes absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar (considerados os encaminhados adequados ao ambiente hospitalar, visto que após o atendimento inicial, foi considerado necessário o seguimento no HC).

A partir dessas informações foram criados os seguintes indicadores:

▪ **Taxa de Agendamento (TxA)**

Mede a eficiência dos DRSs no agendamento das consultas.

$$\text{TxA} = (\text{Total de pacientes agendados}) / (\text{Total de vagas disponibilizadas}) \times 100$$

▪ **Taxa de Faltas (TxF)**

Mede o percentual de pacientes faltosos em relação ao total de consultas agendadas.

$$\text{TxF} = (\text{Total de pacientes faltosos}) / (\text{Total de consultas agendadas}) \times 100$$

▪ **Taxa de Adequação da Referência (TxAR)**

Mede a adequação da referência, ou seja, se o caso agendado realmente demandava atenção no nível terciário do sistema de saúde e assim necessitava ser acompanhado pelo sistema hospitalar. Considerou-se o encaminhamento como adequado quando a sua complexidade exigiu o acompanhamento em nível hospitalar.

$$\text{TxAR} = (\text{Total de pacientes absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar}) / (\text{Total de consultas realizadas}) \times 100$$

▪ **Taxa de Aproveitamento Global (TxAG)**

Mede o aproveitamento global das vagas disponibilizadas, considerando as vagas disponibilizadas, os agendamentos, as faltas e os pacientes efetivamente absorvidos pelo sistema hospitalar.

$$\text{TxAG} = (\text{Total de pacientes absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar}) / (\text{Total de Vagas Disponibilizadas}) \times 100.$$

5.2 Avaliação do impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de serviços regional

Para avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de serviços regional foi analisada: a coerência entre a complexidade dos casos encaminhados e a missão do Hospital; a coerência dos casos encaminhados com os protocolos de acesso estabelecidos e o percentual de casos absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar.

Para tanto, foi realizada uma investigação do tipo transversal, realizado em dois momentos, 2000 e 2005, quando se analisou uma amostragem dos atendimentos de novas consultas, agendadas via centrais de regulação dos DRSs da região de abrangência do HCFMRP-USP. Foram considerados, a título de comparação, o ano de 2000, ano do início das centrais, e 2005 uma vez que, em decorrência do tempo de implantação, esperava-se que, o encaminhamento dos casos pela lógica de maior complexidade deveria ter aumentado, após um período de cinco anos.

Para definir o grau de complexidade dos problemas de saúde dos novos pacientes atendidos e os critérios de referência dos casos para agendamento no HCFMRP-USP, foram realizadas discussões conjuntas e entrevistas individuais, com o corpo clínico dos serviços ambulatoriais especializados selecionados, objetivando a definição de protocolos de acesso, com base na classificação de complexidade estabelecido pela NOAS 01/2002 e adaptados à realidade institucional e regional (BRASIL, 2001). Estes protocolos permitiram classificar os casos em alta, média ou baixa complexidade. O APENDICE A demonstra o protocolo de acesso estabelecido para o serviço de Gastrocirurgia, mediante avaliação dos critérios da NOAS 01/2002 e as discussões com o corpo clínico da área.

Foi realizada amostragem dos atendimentos dos novos pacientes, agendados via Centrais de Regulação, nos serviços especializados do HCFMRP-USP, nos anos 2000 e 2005. Adotou-se como critério avaliar os serviços de

ambulatórios especializados, contemplando pelo menos um por Departamento Clínico da FMRP-USP, de preferência os que apresentassem os maiores volumes de consultas de novos pacientes.

5.2.1 Plano Amostral

Para a definição do plano amostral utilizou-se a proposta dada por Thompson (1987) para estimar o tamanho da amostra, com nível de significância de 5%, baseado em uma distribuição multinomial, para cada serviço médico especializado (Tabela 2).

Para a seleção da amostra dos prontuários dos novos pacientes atendidos e que foram agendados via Centrais de Regulação de Consultas Eletivas das regionais de saúde da região de abrangência do Hospital, foi realizada uma amostragem sistemática.

Assim, para cada ambulatório especializado constante do estudo e para cada ano, 2000 e 2005, dividiu-se o total de consultas (N) realizadas no ano para novos pacientes, pelo tamanho amostral sugerido (n), quando então foi obtido um tamanho para a amplitude (A). Então, a partir da relação total de novos pacientes atendidos, ordenados por data de atendimento, selecionou-se, aleatoriamente, um prontuário de paciente entre os A primeiros. Os próximos prontuários foram selecionados a partir do primeiro, sempre com uma distância A entre eles.

Tabela 2 - Estimativa do tamanho da amostra nos anos de 2000 e 2005, por ambulatório especializado no HCFMRP-USP.

<i>Ambulatório Especializado</i>	2000		2005	
	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>N</i>	<i>n</i>
Gastroenterologia Cirúrgica	385	50	406	51
Mastologia	481	51	481	52
Cirurgia Cabeça e Pescoço	680	53	676	53
Uroginecologia e Cirurgia Ginecológica	742	52	980	55
Ortopedia	821	66	958	59
Pediatria	923	54	777	55
Cardiologia	1216	65	665	53
Neurologia Adulto	1919	56	884	54
Dermatologia	2050	56	2258	56
Otorrinolaringologia	2663	60	1422	55
Oftamologia Geral	5477	57	4893	57
<i>Total</i>	17357	620	14400	600

N: total de consultas realizadas para novos pacientes.

n: tamanho da amostra.

5.2.2 Coleta de Dados

Foi desenvolvido um software para coleta e armazenamento de dados dos prontuários dos pacientes selecionados no plano amostral, dos anos 2000 e 2005, com as seguintes características:

- hospedado em provedor central do Hospital, com acesso via microcomputadores disponibilizados na rede e adquiridos com recursos da pesquisa;
- desenvolvido em linguagem de programação Delphi 2006, utilizando como sistema gerenciador de banco de dados ORACLE 10g;

- análise de consistência para o preenchimento, ou seja, a garantia do preenchimento segundo os padrões estabelecidos pelo sistema;
- acesso restrito da equipe médica de coleta dos dados somente aos prontuários dos pacientes de seu serviço especializado;
- indicação do percentual de prontuários coletados, por especialidade, permitindo aos pesquisadores acompanhar e auditar o andamento do trabalho realizado;
- **Variáveis levantadas:** registro e nome do paciente, serviço especializado que atendeu o paciente, profissional responsável pelo preenchimento, data do atendimento, hipótese diagnóstica inicial e CID 10, se a hipótese diagnóstica inicial estava claramente identificada no prontuário, adequação ou não da suspeita inicial ao protocolo, existência prévia de exames subsidiários, descrição dos exames, necessidade de solicitação de novos exames complementares, paciente selecionado ou não para seguimento no HC, data do diagnóstico final, tipo do desfecho (contrarreferenciado, absorvido, abandono, alta, etc.), tipo do diagnóstico (definitivo ou provável), descrição e CID 10 do diagnóstico, motivo do paciente ser mantido no Hospital, complexidade do caso, outras informações (texto livre), justificativa ou não do encaminhamento ao HCFMRP-USP, concordância do diagnóstico final com o inicial.

O fluxograma do software de coleta de dados encontra-se demonstrado no APÊNDICE B.

A coleta de dados foi realizada por médicos atuantes no pronto atendimento dos ambulatórios especializados incluídos neste estudo, que receberam o devido treinamento do software, bem como colaboraram com inúmeras sugestões na formatação de seu conteúdo. Para a discussão da formatação do software de coleta de dados, foram realizadas reuniões globais com a equipe de médicos, além de várias entrevistas individuais. Para as reuniões globais, os docentes da FMRP-USP responsáveis pelos serviços especializados analisados também foram convidados a participar. Estas reuniões foram coordenadas por esta pesquisadora e pelo pesquisador responsável do projeto junto à FAPESP, com o apoio de demais profissionais envolvidos no projeto (processo FAPESP nº 05/58649-6).

A partir dos dados coletados foi solicitado aos docentes da FMRP-USP, responsáveis pelos ambulatórios especializados, que fizessem uma avaliação crítica sobre a (in)coerência dos resultados e a vivência da clínica no seu dia a dia.

5.3 Procedimentos Éticos

O trabalho foi desenvolvido segundo os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, conforme processo HCRP nº 11465/2006. (ANEXO A).

5.4 Análise dos Dados

Foi utilizado o teste exato de Fisher para comparar se houve diferença entre os anos 2000 e 2005, no perfil de distribuição dos casos segundo a sua complexidade, adequação ao protocolo e na absorção dos casos para seguimento pelo sistema hospitalar.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Grau de aproveitamento da agenda de consultas oferecida pelo HCFMRP-USP aos DRSs, no período 2000 a 2005

No período em estudo, o HCFMRP-USP disponibilizou aos DRSs 309.573 vagas de consultas para novos pacientes (Tabela 3).

TABELA 3 - Vagas de consultas para novos pacientes disponibilizadas pelo HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.

Ano	D R S						Geral
	Araraquara	Barretos	Franca	Ribeirão Preto	S. João da Boa Vista	Outros DRSs*	
2000	2.794	1.797	5.367	44.757	893	4.060	59.668
2001	2.531	1.620	4.861	40.869	813	3.677	54.371
2002	2.656	1.611	4.797	40.317	833	4.011	54.225
2003	2.430	1.551	4.699	39.617	773	3.513	52.583
2004	2.024	1.286	3.912	32.603	655	2.929	43.409
2005	2.115	1.356	4.056	33.996	678	3.116	45.317
Total	14.550	9.221	27.692	232.159	4.645	21.306	309.573

* Pacientes encaminhados por outros DRS fora da área de abrangência do HCFMRP-USP.

A Tabela 4 apresenta a taxa de agendamento (TxA) por DRS e por ano da consulta. A TxA geral foi de 66,2%. Do total de vagas disponibilizadas (309.573), os DRSs agendaram 204.937 pacientes, o que representa 104.636 vagas perdidas de consultas não agendadas para novos pacientes, no período do estudo. A maior TxA foi 87,1%, em 2000, para a categoria 'outras DRSs', não pertencentes à macro região de Ribeirão Preto. A menor TxA foi 21,9%, em 2000, do DRS de São João da Boa Vista.

TABELA 4 - Taxa de Agendamento (%) nas vagas de consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, por DRS, anos 2000 a 2005.

Ano	D R S						Geral
	Araraquara	Barretos	Franca	Ribeirão Preto	S. João da Boa Vista	Outros DRSs	
2000	27,6	43,1	48,8	71,3	21,9	87,1	66,7
2001	43,3	54,3	50,5	55,4	59,0	76,4	55,9
2002	49,4	57,4	41,6	65,5	55,8	46,4	60,8
2003	57,6	61,1	54,1	75,0	61,3	38,4	69,3
2004	58,5	73,6	49,9	85,7	58,5	75,5	79,8
2005	58,0	67,3	46,6	71,1	65,2	69,2	68,0
Total	48,0	58,4	48,6	70,1	52,5	65,3	66,2

Os resultados das taxas de agendamento encontrados após a instalação das Centrais de Regulação nos remetem a duas questões básicas.

Em primeiro lugar a baixa efetividade dos DRSs para o agendamento de consultas. Enquanto o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui um grande desafio para os usuários do SUS, sobraram vagas de consultas especializadas, no período estudado, por falta de agendamento.

Uma das causas que pode explicar os resultados das baixas taxas de agendamento, seria o despreparo das Regionais para lidar com esta nova sistemática. Para triagem dos casos há necessidade de equipe técnica preparada tanto para avaliação das guias de encaminhamento dos pacientes, quanto para operar o software de agendamento, obedecendo os prazos estabelecidos, sob pena de perder as vagas disponibilizadas. Entretanto, há de se ressaltar que, embora os resultados da TxA ainda sejam baixos em 2005, algumas regionais, como, por exemplo, Araraquara, Barretos e São João da Boa Vista, apresentaram evolução importante no período, o que pode ser fruto de experiência e adequação da equipe.

A implantação de um sistema com esta abrangência, envolvendo municípios, DRSs e o Hospital, mesmo que objetivando questões lógicas de eficiência, demanda tempo para adesão, entrosamento e assimilação de conhecimento para o funcionamento das novas regras e também para a estruturação tanto física quanto da equipe das áreas envolvidas.

Historicamente, nunca houve ação efetiva por parte dos gestores em triar devidamente os pacientes, antes de qualquer encaminhamento e de certa forma, não deixavam de ser cômoda para as Regionais a situação de permissividade do HCFMRP-USP, até o ano de 2000, perante a demanda espontânea dos pacientes.

A regulação do acesso é um instrumento para viabilizar um sistema de saúde equânime e integral com capacidade de resposta às necessidades da população. Para traçar as suas estratégias e consecução, é premente a necessidade de qualificar o papel dos gestores e respectivas equipes para as funções de formulação de políticas e planejamento/programação, coordenação e regulação intermunicipal, controle e avaliação sistêmicas (SOUZA, 2001).

Toda a iniciativa da criação das Centrais de Regulação foi capitaneada pelo próprio Hospital que, na sua posição de HE e de maior prestador de assistência à saúde da região, discutiu e coordenou juntos aos gestores municipais e regionais da área de abrangência a instituição dessas centrais.

Em segundo lugar, há também que se considerar uma provável inadequação entre oferta e demanda. É possível que, em algumas especialidades, o HCFMRP-USP tenha oferecido vagas em excesso, enquanto que em outras, a oferta estivesse aquém da demanda dos DRSs. Neste aspecto, cabe ressaltar o papel dos gestores das regionais de saúde, enquanto responsáveis pela regulação da oferta e da demanda. Regulação da demanda significa o encaminhamento dos munícipes aos serviços de saúde que respondam às suas necessidades de saúde. Regulação da oferta significa ajustes permanentes junto aos prestadores para que atendam ao perfil epidemiológico da população. Tais iniciativas foram muito tímidas no período do estudo e há que se considerar as dificuldades de adequações do próprio HCFMRP-USP, conforme veremos adiante.

A tabela 5 apresenta a taxa de faltas (TxF) dos novos pacientes às consultas agendadas pelos DRSs. No geral, dos 204.937 pacientes agendados, 22,4% faltaram às consultas, o que significou, para o período estudado, 45.906 consultas que, embora agendadas, não foram realizadas.

TABELA 5 - Taxa de faltas (%) dos novos pacientes às consultas no HCFMRP -USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.

Ano	D R S						Geral
	Araraquara	Barretos	Franca	Ribeirão Preto	S.João da Boa Vista	Outras DRSs	
2000	12,3	24,0	15,3	25,1	21,4	19,8	23,7
2001	11,7	20,7	11,6	26,0	15,8	19,4	23,4
2002	11,7	15,8	9,3	25,3	19,6	18,2	23,0
2003	10,2	13,0	11,6	23,3	20,9	18,4	21,5
2004	10,1	16,6	11,4	22,5	14,4	17,2	20,8
2005	10,2	14,2	11,3	24,0	16,3	15,7	21,7
Total	10,9	17,2	11,9	24,3	17,8	18,3	22,4

Observa-se que a maior regional, Ribeirão Preto, foi a que apresentou o maior percentual de faltas, 24,3%.

O absenteísmo dos pacientes no dia da consulta foi, cerca de, um paciente faltoso para cinco pacientes agendados. Alguns fatores dificultam o comparecimento do paciente. Dentre eles, o tempo excessivo entre a consulta na Unidade Básica e a data agendada para consulta no HCFMRP-USP. Neste ínterim, variáveis podem ter influenciado sua decisão de não comparecer, como seu estado de saúde ter se agravado e necessitou de atendimento em outra instituição em regime de urgência/emergência; seu estado de saúde se recuperou dispensando novo atendimento médico, ou o paciente, não tolerando o tempo de espera, procurou por atendimento em outra Unidade de Saúde.

Além desses fatores, outros de natureza socioeconômica, certamente contribuem com o absenteísmo. São comuns a falta de recursos para locomoção, dificuldades familiares como, não ter com quem deixar os filhos menores no dia da consulta e até mesmo problemas trabalhistas, entre outros.

Outra questão que deve ser considerada é a comunicação ao paciente da data da consulta. A experiência do Serviço Social do HCFMRP-USP mostra que uma queixa comum apresentada pelos pacientes faltosos é que não são avisados pelos DRSs, em tempo hábil, para comparecerem à consulta. Considerando que, no período estudado, as vagas ofertadas eram disponibilizadas no sistema informatizado para, no máximo, os próximos 15 dias,

este período pode ser exíguo para que pacientes e familiares, possam se organizar para comparecer na data prevista, já que a comunicação entre os Municípios e os DRSs não era informatizada, mas sim por guias de referências em papel, encaminhadas em malotes. Este prazo, também, pode ser exíguo para o próprio DRS comunicar o paciente da data agendada, já que a tramitação da guia de referência em papel entre o DRS e os municípios, demanda tempo, às vezes excessivo.

Com exceção da Regional de Ribeirão Preto, os demais DRSs apresentaram taxa média de faltas inferior a 20%, com tendência decrescente, no período do estudo. O DRS de Ribeirão Preto, contrariamente ao esperado, apresentou taxa de falta entre 22,5% e 26% e é constituído, pelas cidades geograficamente mais próximas do HCFMRP-USP e, portanto, com maior facilidade de locomoção frente aos demais.

O que se constata é que a sistemática informatizada oferecida pelo Hospital para agendamento de consultas, ainda apresentava uma dificuldade em relação à tramitação de papéis entre os DRSs e os municípios e vice versa. A logística de funcionamento tinha como ponto de partida os municípios que encaminhavam a ficha de referência aos DRSs que, de posse dessa ficha, realizava a triagem dos casos, agendava a consulta no HC pelo sistema eletrônico e comunicava os agendamentos, também em papel, aos municípios. Ainda, esta ficha de referência, com frequência, apresentava problemas de preenchimento tais como, dados incompletos, ilegíveis, chegando até casos de falta de hipótese diagnóstica. Para dirimir dúvidas relativas aos encaminhamentos, o processo era moroso, causando prejuízos aos pacientes.

Cientes dessa problemática e como resultado dessa pesquisa, o processo foi aprimorado, com o desenvolvimento de uma nova versão para o sistema informatizado, com novas funcionalidades, como o preenchimento e encaminhamento eletrônico, via Internet, das guias de referência, pelos municípios e a comunicação também eletrônica dos DRSs aos municípios, do agendamento da consulta do paciente, agilizando assim o processo, com informações legíveis, possibilitando a rastreabilidade, dentre outras. Este novo sistema foi implantado a partir de 2007 e será objeto de avaliação, após período consolidado de sua utilização e no ciclo de melhoria contínua, deverá ser

submetido a novos ajustes, para a efetivação da rede de serviços de saúde regional.

Organizar o sistema de saúde em uma rede de atenção significa dotá-la de elementos necessários para o seu funcionamento, como a interligação dos serviços mediante o necessário suporte tecnológico de informação. Organizar, de forma incremental, num ciclo permanente de melhoria. (SANTOS, ANDRADE, 2008).

TABELA 6 - Taxa de Adequação da Referência (%) ao HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.

Ano	D R S						
	Araraquara	Barretos	Franca	Ribeirão Preto	S João da Boa Vista	Outras DRSs	Geral
2000	73,1	73,9	72,2	66,3	72,1	67,0	67,1
2001	81,7	81,5	77,0	76,7	82,4	75,9	77,1
2002	82,0	79,9	81,0	77,3	78,6	79,4	78,0
2003	81,4	78,1	79,1	74,7	80,0	79,4	75,7
2004	75,9	70,7	76,7	70,6	75,9	76,4	71,6
2005	79,0	75,7	78,5	72,6	74,1	76,4	73,7
Total	79,3	76,7	77,3	72,7	77,9	74,6	73,6

A Tabela 6 apresenta a taxa de adequação da referência (TxAR) por DRS, nos anos de 2000 a 2005. Entende-se aqui por adequação da referência o encaminhamento de pacientes, de acordo com o grau de complexidade esperado para um Hospital Universitário, ou seja, problemas de saúde que exigem uma infra-estrutura hospitalar de alta densidade tecnológica. Dos 159.031 pacientes que compareceram às consultas, 117.047 (73,6%) foram absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar. Os demais 41.984 pacientes foram dispensados e/ou contra-referenciados para outros serviços da rede de saúde, por não adequação do grau de complexidade ao HCFMRP-USP, o que significa que, a regulação desses casos ao HC, pode ter sido indevida.

Várias causas podem ter contribuído para esta possível regulação indevida, desde uma triagem sem o rigor necessário para a instância terciária do sistema, até a falta de informações na guia de referência, que permitissem visão

clara da complexidade do caso. Destacamos que a guia de referência, ainda em papel, cujas dificuldades decorrentes já foram comentadas, contribui para a deficiência das informações.

Entende-se aqui por regulação, a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário, expressa pela necessidade de saúde da população, e a prestação efetiva dos serviços de saúde pelos prestadores. A regulação representa a possibilidade de oferecer equidade no acesso e integralidade da assistência, permitindo ajustar a oferta disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna, racional e hierarquizada (BRASIL, 2002b; Santos, Merhy, 2006).

As Centrais de Regulação precisam de eficiência no agendamento de consultas e não podem ser encaradas como instâncias meramente burocráticas e sim, com capacidade técnica e papel fundamental na ordenação do fluxo e na política regional de acesso assistencial. Os gestores, prestadores e respectivas equipes de trabalho devem ter compreensão da importância da rede assistencial, bem como do processo e dos instrumentos de acesso ao hospital. Partimos do entendimento de que os gestores da saúde podem melhorar a resolutividade da rede de serviços assistenciais da região, desde que disponham de informações tempestivas e confiáveis da necessidade de saúde da população.

Para tal, a regulação exige profissionais capacitados para avaliação técnica de relatórios médicos, com vistas ao agendamento das consultas e ao processo de internação dos pacientes, baseado em critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação (BRASIL, 2006b). Estas questões são fundamentais para que as Centrais de Regulação atinjam seus propósitos, especialmente o de organizar e garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, de forma hierarquizada, por complexidade, visando otimizar a utilização dos recursos disponíveis (BRASIL, 2002b).

Os resultados da taxa de adequação da referência, que no geral foi de 73,6%, evidenciaram a necessidade de estruturação do sistema de referência regional da atenção hospitalar de média e alta complexidade e, conseqüentemente a elaboração e efetiva implantação de protocolos de regulação para o acesso aos diversos serviços do sistema.

Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um (BRASIL, 2006b). Neste aspecto, chama atenção que cerca de 20% a 30% das consultas realizadas, provavelmente, não demandavam recursos de assistência terciária. O encaminhamento inadequado constitui outra fonte que merece atenção na rede de serviços de saúde, por desperdiçar vagas de consultas, que são um recurso valioso frente às necessidades de saúde da população.

A discussão atual em torno de sistema poliárquico, e não hierárquico, de serviços de saúde reforça a necessidade de integração entre os pontos desse sistema e a garantia de continuidade da assistência à saúde ao usuário do SUS que deve ser encaminhado ao serviço pronto para atender suas necessidades e evitar assim uma peregrinação desnecessária dos pacientes. A complexidade do setor saúde perpassa por todos os pontos desse sistema, que devem trabalhar com informações para a eficácia da assistência e eficiência do sistema. A informatização é instrumento potente para esta integração.

Como forma de aprimorar o processo implantado em 2000, pelas considerações aqui expostas, propôs-se para a nova versão do sistema informatizado, a implantação da guia de referência eletrônica, com obrigatoriedade de preenchimento dos campos necessários à explicitação do problema do paciente, agilizando o processo entre DRSs, municípios e HC, com informações legíveis e permitindo a integração entre solicitante e demais instâncias, na troca de informações caso a caso, quando a complexidade do problema apresentado pelo paciente exigir.

TABELA 7 - Taxa de Aproveitamento Global (%) das vagas de consultas para novos pacientes disponibilizadas pelo HCFMRP-USP, por DRS, anos de 2000 a 2005.

Ano	D R S						Geral
	Araraquara	Barretos	Franca	Ribeirão Preto	S.João da Boa Vista	Outras DRSs	
2000	17,7	24,2	29,8	35,4	12,4	46,8	34,1
2001	31,2	35,1	34,4	31,4	41,0	46,7	33,0
2002	35,8	38,6	30,6	37,9	35,3	30,2	36,5
2003	42,1	41,5	37,8	43,0	38,8	24,9	41,2
2004	39,9	43,4	33,9	46,9	38,0	47,7	45,2
2005	41,2	43,7	32,5	39,3	40,4	44,5	39,3
Total	33,9	37,1	33,1	38,6	33,6	39,8	37,9

A Tabela 7 apresenta a taxa de aproveitamento global (TxAG) por DRS e por ano da consulta. Este indicador demonstra o percentual das vagas disponibilizadas pelo Hospital que foram efetivamente transformadas em casos acompanhados pelo HCFMRP-USP, por demandarem, na avaliação inicial do paciente, recursos de assistência terciária. O seu complemento (100% - TxAG) evidencia as vagas que se perderam, seja por falta de agendamento pelos DRSs, por falta do paciente à consulta ou por inadequação do agendamento. Assim, das 309.573 vagas ofertadas no período, cerca de, 192.245 (62,1%) não foram aproveitadas.

Nenhum dos DRSs apresentou taxa de aproveitamento global superior a 50%. Do total de vagas disponibilizadas, 60% a 70% não foram efetivamente utilizadas, seja por falta de agendamento pelos DRSs, por não comparecimento do paciente à consulta ou pelo fato do quadro clínico não demandar serviço especializado terciário no HCFMRP-USP.

Não obstante os dados apresentados, permanecem pressões dos gestores regionais para encaminhamento de mais pacientes, justificada pela demanda reprimida que, muitas vezes, era baseada na análise de uma situação pontual, o que reforça a idéia inicial de que para o bom funcionamento do SUS,

mais do que recursos financeiros são necessários aprimoramento e investimentos para a gestão do sistema e na formação de seus recursos humanos.

Conforme já mencionado, há de se considerar um possível desequilíbrio entre a oferta e demanda por vagas de consultas especializadas, questão esta que deve ser objeto de avaliação permanente dos gestores de saúde e do próprio Hospital. Este estudo aponta que, neste período, quando os gestores dispuseram de ferramentas que permitissem triar, hierarquizar e referenciar os pacientes, através das Centrais de Regulação, suas ações não foram suficientes para consolidar um sistema regional de saúde na lógica da integração sanitária.

Estruturar um sistema de saúde, que se propõe trabalhar em rede, nos impõe uma dupla leitura: como estrutura organizacional, com vistas à produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, buscando novas soluções para velhos problemas, num contexto de mudanças e compromissos mútuos. (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Com base nas Centrais de Regulação implantadas, seria possível aos municípios e aos DRSs, ao implementarem bancos de dados, traçarem diretrizes para políticas municipais e regionais de saúde. De posse dessas informações poderiam pactuar com os hospitais de referência, modificações qualitativa e/ou quantitativa nas ofertas de serviços.

Nesta linha de raciocínio, cabe salientar a despreocupação, até então, do próprio HCFMRP-USP, no sentido de ofertar as vagas em consonância com o perfil epidemiológico, por falta de dados estatísticos e conseqüente desconhecimento da demanda da região. Este descompasso foi representativo da dissociação observada no trabalho dos gestores e do prestador de serviços.

É evidente que a solução não é simples. Ofertar mais vagas ambulatoriais em especialidades cirúrgicas, por exemplo, implica aumentar o número de leitos para internações e ampliar a grade de horários cirúrgicos daquela especialidade, muitas vezes em detrimento de outras. Não é fácil fazer estas adaptações em um hospital geral universitário que tem necessidades e obrigações acadêmicas que abrangem, praticamente, todas as áreas ou especialidades médicas.

Atualmente, a pactuação de metas assistenciais entre os hospitais de ensino e o SUS, de certa forma, tem contribuído para minorar esta questão.

Especialmente no HCFMRP-USP, o plano de metas instituído a partir de 2006 contempla informações de acesso de novos pacientes e são acompanhados sistematicamente o percentual de novas vagas de consultas eletivas disponibilizadas pelo HC à rede e o percentual de utilização dessas vagas por parte dos DRSs. Assim, ao mesmo tempo em que se cobra do Hospital a abertura de novas vagas, cobra-se também dos DRSs a sua efetiva utilização, com o aproveitamento das vagas disponibilizadas, o que coloca em pauta o debate acerca do equilíbrio entre a oferta e a demanda.

6.2 Complexidade dos casos, adequação aos protocolos de encaminhamento e absorção dos casos atendidos para seguimento no ambiente hospitalar

As tabelas 8, 9 e 10 demonstram os resultados da amostragem das consultas de primeira vez, dos anos 2000 e 2005, cujos dados foram coletados dos prontuários dos pacientes pela equipe médica.

Durante o processo de levantamento dos prontuários dos pacientes selecionados pelo plano amostral foram observadas algumas dificuldades na coleta de dados. Como exemplo, citamos os casos de primeiras consultas não agendadas via regional de saúde, constituindo referência interna como auxílio ao tratamento realizado por outra especialidade dentro do próprio Hospital ou pacientes encaminhados por outras vias. Tais casos não foram considerados. Estes casos, somente detectados mediante a consulta ao prontuário, demandaram a sua substituição pelo de número imediatamente superior na relação dos casos atendidos, ordenados por data.

Os agendamentos por outras vias constituem casos de pacientes, por exemplo, que tiveram a entrada no Hospital por uma situação de urgência ou emergência, atendidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP e que posteriormente, foram encaminhados para seguimento no Ambulatório da Unidade Campus, sendo aí caracterizado como um paciente novo.

Outra situação relatada por funcionários do Setor de Agendamento do HC são os casos atendidos inicialmente por um médico do próprio corpo clínico do HC em outra unidade da rede regional de serviços do SUS ou em alguma unidade do complexo hospitalar, por exemplo o Centro de Saúde Escola. Estes pacientes, em sua maioria, comparecem ao HC, no próprio dia da consulta, com uma carta de encaminhamento assinada pelo médico. Os funcionários do Setor de Agendamento, de posse desta e na possibilidade de vagas não preenchidas pelos DRSs, contabilizam este caso e conseqüentemente, agendam nas vagas ociosas. Esta questão reforça uma discussão já apresentada por Juliani e Ciampone (1999) em que muitos dos encaminhamentos ao HU dependem dos relacionamentos interpessoais e da informalidade quando, muitas vezes, as vias formais não funcionam adequadamente.

De acordo com Cecílio (1997), o modelo do sistema de saúde hierarquizado, representado simbolicamente por uma pirâmide, é uma concepção técnica e racionalista do fluxo de pacientes da base para o topo e vice versa, realizado por mecanismos de referência e contra-referência. Entretanto, diante das dificuldades de acesso, as pessoas acabam entrando no sistema por onde é possível e a exigência da referência do encaminhamento pela rede básica, acaba sendo um dificultador na vida dos usuários e na prática, não tem funcionado adequadamente. O autor defende, como uma das alternativas, um sistema de saúde desenhado como um círculo, com múltiplas portas de entrada localizadas em vários pontos, que além de facilitar o acesso das pessoas, traria muitos outros ganhos para o sistema.

Da coleta de dados deste estudo emanaram inúmeras informações, mas cuja análise poderia tornar este trabalho extremamente complexo. Portanto, concentramos nossas análises em três pontos que consideramos fundamentais para atingir os objetivos propostos. Não obstante, é importante mencionar que o banco de dados estruturado a partir desta coleta permitirá trabalhos futuros. As análises foram focadas nos seguintes pontos:

- Se os gestores, com o controle direto da agenda, encaminharam prioritariamente, os casos de maior complexidade para o HCFMRP-USP, dando resolutividade aos casos de baixa complexidade na própria rede primária e secundária.

- Se os casos encaminhados pelos gestores se enquadravam nos protocolos estabelecidos pelas especialidades do HCFMRP-USP, tendo por base, os critérios estabelecidos pela NOAS 01/2002, discutidos e adequados à realidade regional pelos Departamentos Clínicos, responsáveis pelos serviços ambulatoriais especializados selecionados.
- Qual o percentual de casos absorvidos para seguimento no HCFMRP-USP, considerando que a absorção dos casos pode representar:
 - Casos de complexidade adequada a um hospital terciário;
 - Mesmo sendo de baixa complexidade foi absorvido por deficiência da rede em prestar assistência naquela especialidade;
 - Casos de interesse acadêmico para as atividades de ensino e/ou pesquisa.

6.2.1 Avaliação do grau de complexidade dos casos encaminhados

Pela Tabela 8 constata-se que o perfil da complexidade dos casos encaminhados ao Hospital não se alterou de forma significativa, de 2000 para 2005.

TABELA 8 - Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e complexidade do caso.

Complexidade do Caso	Ano Consulta		TOTAL
	2000	2005	
Baixa (%)	257 (41,5)	236 (39,3)	493 (40,4)
Media (%)	231 (37,3)	229 (38,2)	460 (37,7)
Alta (%)	132 (21,3)	135 (22,5)	267 (21,9)
TOTAL (%)	620 (100,0)	600 (100,0)	1220 (100,0)

A baixa complexidade continua representando parcela importante dos casos, 41,5% em 2000 e 39,3% em 2005. Embora não havendo na literatura parâmetros para comparação, entende-se que estes percentuais são elevados e

esperava-se que, após 5 anos de implantação das centrais de regulação de consultas, este índice tivesse se reduzido, ou seja, o agendamento descentralizado propiciou uma oportunidade para que os gestores pudessem ter conhecimento do perfil epidemiológico e do fluxo de pacientes encaminhados ao HCFMRP-USP. Desta forma, poderiam priorizar o fluxo de pacientes que demandassem atenção terciária. Consideramos cinco anos tempo razoável para melhoria no perfil dos pacientes encaminhados ao HCFMRP-USP. Por outro lado, deve-se ressaltar que o HCFMRP-USP, por ser hospital universitário é elo importante dessa rede e com atribuições, não somente, como prestador da assistência médica, mas também como local de treinamento e formação de profissionais de saúde e fórum especial para o estabelecimento e treinamento de protocolos de consenso para encaminhamento dos pacientes. Por isso e também, por ser o maior prestador no sistema de saúde regional, o seu comportamento tem reflexos, com grandes impactos sobre os demais prestadores. Se o hospital universitário se ocupa com o agendamento de casos de baixa complexidade, retira a oportunidade de pacientes que demandam atenção médica de maior densidade tecnológica. Assim, a rede não se organizou a partir da criação das centrais de regulação de consultas eletivas, com a priorização do encaminhamento de casos que realmente demandem assistência hospitalar. Esta é uma questão de responsabilidade de todos: gestores, prestadores das unidades primárias e secundárias nos municípios da área de abrangência e do próprio HCFMRP-USP que, embora tenha disponibilizado sua agenda para os gestores, não fez o acompanhamento com o rigor necessário para as correções dos desvios apontados nesse levantamento, em tempo hábil, pelo menos, no período deste estudo.

É notória a plethora do sistema público de saúde, em particular nos hospitais. Pela Tabela 8, verifica-se que os casos de média e alta complexidades disputam vagas com os de baixa complexidade e como consequência temos filas de espera de guias de referência nas regionais, demanda reprimida para internações e cirurgias, ou seja, o próprio desordenamento do fluxo de pacientes contribui para o excesso de demanda. Ainda, faz com que o Hospital direcione recursos a pacientes de nível menos complexo, que poderiam ser atendidos mais próximos do local de sua residência, e certamente, por um custo mais baixo. Toda

esta situação também gera um relacionamento pouco harmonioso entre os integrantes da rede de saúde, com cobranças mútuas entre as partes. Os municípios da região de abrangência continuam esperando mais e mais vagas no Hospital que, por sua vez, ressalta a insuficiência de recursos humanos, materiais, financeiros e até mesmo de estrutura física. Estas questões, por vezes, geram também argumentos contra o fluxo estabelecido, como se a proposta é que fosse o problema e não o fato de ela não ter sido devidamente implementada.

Também na Tabela 8, observa-se que, no total, cerca de 21,9% dos casos são de alta complexidade e 78,1% de baixa e média complexidades. Nesta distribuição, pode-se fazer um paralelo com a distribuição usualmente encontrada nas unidades extra-hospitalares onde, 85% são casos que poderiam ser resolvidos na atenção primária à saúde, fora de estrutura hospitalar e, os demais 15%, potencialmente, seriam encaminhados (MENDES, 2008). Assim, aparentemente a distribuição se assemelha a uma situação de demanda espontânea, o que sugere que o critério de complexidade para o encaminhamento pode não estar sendo considerado. É possível que alguns municípios pequenos não tenham infra-estrutura mínima ou recursos humanos necessários para o atendimento básico, o que faz com que seus gestores encaminhem os pacientes para centros maiores.

Embora havendo justificativas das partes, o fato é que os resultados aqui apresentados constatarem que o sistema de saúde regional não se aprimorou a partir da implantação das centrais de regulação de consultas eletivas nos DRSs, no que diz respeito à organização do fluxo de pacientes para o Hospital, quando deveriam ser priorizados os casos que demandassem assistência de maior densidade tecnológica, como a oferecida no nível hospitalar terciário. Do lado dos gestores, tem-se que os protocolos não foram devidamente divulgados e as equipes não foram efetivamente treinadas, além das dificuldades reais em se estruturar a equipe técnica para essa nova atividade, que se propõe organizar a rede de serviços regional. Além da resistência dos municípios, até então habituados no livre encaminhamento dos casos e também, não menos importante, as dificuldades de ordem técnica, econômica e até política que enfrentaram, na organização de seus serviços de atenção básica.

Organizar o sistema de saúde, estabelecendo como porta de entrada o atendimento básico, não é tarefa de fácil implementação no Brasil, seja pela crença generalizada nas especialidades médicas e nos exames diagnósticos de ponta, seja pela pouca valorização do clínico geral, por parte da população (ALMEIDA, 1999).

Do lado do Hospital, ressaltamos as dificuldades de rever a oferta de vagas de consultas para novos pacientes, em função da estrutura já instalada de recursos humanos, instalações físicas e tecnológicas.

As dificuldades aqui apontadas não se resolvem prontamente, principalmente se considerarmos as complexidades do setor saúde. Bittar (2010) coloca que produzir saúde é tarefa difícil e elenca dentre as causas a atenção básica negligenciada e a preferência dos pacientes pelos hospitais de ensino, certos da resolutividade dessas unidades. Reverter esta situação favorece a redução dos gastos para o sistema e a qualidade de saúde e de vida dos pacientes.

Embora os resultados não expressem melhorias, há de se ressaltar o mérito da proposta apresentada pelo Hospital de organização do fluxo de pacientes. A descentralização do agendamento das consultas para os novos pacientes, com a instalação de centrais de regulação de consultas eletivas nos DRSs de sua área de abrangência, provocou a responsabilização das partes, em especial dos gestores, com a organização do fluxo de pacientes em uma rede regionalizada de atenção à saúde. Há também de se ressaltar o aspecto humanitário da proposta, vez que os novos pacientes dirigem ao HC com certeza da realização da consulta.

A humanização deve nortear a política institucional, que deve utilizar de todos os recursos, tecnológicos e humanos para que a vinda do paciente ao hospital não caracterize um outro sofrimento, além daquele imposto por sua doença. Os sistemas de informação de apoio à saúde devem refletir esse cuidado ampliando o seu escopo de ferramenta operacional para ferramenta de auxílio ao paciente. Isso significa, no caso do sistema de agendamento, informar previamente o paciente sobre a data, hora e local da sua consulta.

Resultados de mudanças em grandes sistemas não são imediatos. A devida implantação de novos processos de trabalhos numa rede de serviços

regional envolve muitos atores. Um sistema sem barreiras de acesso entre os níveis de atenção, tem se mostrado de difícil realização (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

6.2.2 Adequação dos casos encaminhados aos protocolos de aceitação

A Tabela 9 demonstra que 74,0% e 75,5% dos casos encaminhados ao HC, nos anos 2000 e 2005 respectivamente, estavam de acordo com os protocolos estabelecidos. Estes resultados não apresentaram diferença significativa (Teste exato de Fisher). À primeira vista, pode-se entender que estes índices sejam razoáveis, mas o ideal seria de 100% dos casos encaminhados. Porém, sabemos que os protocolos não estão totalmente implantados, com a devida divulgação e treinamento dos profissionais do sistema regional de saúde.

TABELA 9 - Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e a pertinência do encaminhamento com o protocolo.

Suspeita inicial de acordo com Protocolo de Encaminhamento*	Ano Consulta		TOTAL
	2000	2005	
Não (%)	161 (26,0)	147 (24,5)	308 (25,2)
Sim (%)	459 (74,0)	453 (75,5)	912 (74,8)
TOTAL (%)	620 (100,0)	600 (100,0)	1220 (100,0)

*O caso encaminhado se enquadra nos protocolos da clínica receptora do paciente

O índice 74,8%, de acordo com o protocolo, encontrado na Tabela 9, contrapõe-se ao alto índice de baixa complexidade dos casos encaminhados, 40,4%, conforme Tabela 8, ou seja, os protocolos também contemplam parte dos casos de baixa complexidade. Estes dados sugerem que os protocolos foram muito abrangentes. Algumas questões precisam ser avaliadas:

1. Os protocolos são abrangentes para equacionar, no HU, problemas causados por deficiências da rede? Ou o interesse por casos de baixa complexidade para objetivos de ensino estão se sobrepondo à real demanda do SUS? Esta última questão é bastante complexa e nos últimos anos tem induzido a grandes modificações no modelo de ensino dos cursos da área da saúde. Há uma tendência das universidades descentralizarem o ensino, ocupando espaços na rede básica como local de atividade acadêmica.
2. É fato também que, no período do estudo, 2000 a 2005, as centrais de regulação não dispunham de médicos atuantes para avaliação dos casos, através da ficha de referência. Conforme já dito anteriormente, as centrais não se consolidaram como uma instância de gestão do sistema e sim, como meras centrais administrativas e burocráticas de agendamento de consultas. Portanto, os protocolos nesta instância, supõem-se, não foram utilizados como instrumento de regulação. No modelo vigente, no período do estudo, coube ao médico da unidade básica a hierarquização do caso e o seu enquadramento ou não aos protocolos vigentes, trabalho que deveria passar pelo crivo das centrais de regulação.
3. Essa questão reforça o comentado anteriormente de que a casuística do hospital vinha refletindo as características da rede básica em termos de distribuição de complexidades com cerca de 15% de alta e 85% de baixa e média complexidades, respectivamente. Assim, ao que parece, prevalecia a lógica (ilógica) de 'quem chega primeiro é agendado primeiro'.

6.2.3 Pacientes absorvidos pelo HCFMRP-USP

A Tabela 10 demonstra que, no geral, cerca de 31,3% dos pacientes agendados via Central de Regulação de Consultas Eletivas não foram absorvidos para seguimento.

Também, os resultados dos anos 2000 e 2005 não apresentaram diferença estatística (Teste exato de Fisher).

TABELA 10 - Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e se o paciente foi selecionado para seguimento no ambiente hospitalar.

Paciente selecionado para seguimento no HC	Ano Consulta		TOTAL
	2000	2005	
Não (%)	199 (32,1)	183 (30,5)	382 (31,3)
Sim (%)	421 (67,9)	417 (69,5)	838 (68,7)
TOTAL (%)	620 (100,0)	600 (100,0)	1220 (100,0)

Pela Tabela 10 constata-se certa coerência do percentual total de pacientes que foram absorvidos pelo HCFMRP-USP (68,7%) e o percentual de casos encaminhados, de acordo com o protocolo (74,8%), demonstrado na Tabela 9. Por outro lado, nestes percentuais estão incluídos parte dos casos de baixa complexidade que, conforme Tabela 8, representam 40,4%, o que pode ser justificado por:

- A rede carece de profissionais em determinadas especialidades, como exemplo, em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ortopedia;
- Interesses acadêmicos;
- Deficiência do próprio protocolo.

Conforme discussão dos resultados da Taxa de Adequação da Referência (Tabela 6), a Tabela 10 confirma o alto índice de não absorção dos novos pacientes encaminhados em 2000 e 2005, ou seja, 32,1% e 30,5% respectivamente, das vagas oferecidas pelo HCFMRP-USP não foram efetivamente aproveitadas. Adicionalmente, isto representa um custo social elevado e não mensurado (pais que faltaram do trabalho, crianças que deixaram de ir à escola, etc.).

A universalização do acesso aos cuidados de saúde e a integralidade da assistência são pressupostos básicos do SUS e concretizar estes princípios implica numa adequação da oferta de serviços às características epidemiológicas e demográficas da população (GRABOIS, SANDOVAL, 1995).

Os dados reforçam que não houve melhoria significativa do sistema no período, pois os percentuais dos casos absorvidos pelo Hospital pouco se alteram de 2000 (67,9%) para 2005 (69,5%) ou seja, os gestores não adequaram os encaminhamentos aos protocolos pré-estabelecidos pela clinicas que acolheram os pacientes.

Vale lembrar que, conforme já estabelecido acima, os protocolos de atendimento foram ajustados pelos especialistas do HCRP para atender às demandas da realidade regional, considerando os critérios estabelecidos pela NOAS 01/2002, o que pode significar que os 'ajustes' dos protocolos haviam chegado ao limite da sua eficiência como ferramenta de aperfeiçoamento da regulação do fluxo.

A falta de instituições hospitalares em alguns municípios para atender esta demanda de pacientes de menor complexidade levou a administração do HCFMRP e da FMRP, apoiadas pelo DRS de Ribeirão Preto, a fazer gestões junto ao Governo Estadual, através da Secretaria Estadual de Saúde, para a implementação de um hospital regional estadual de média complexidade para receber esta demanda dos municípios que não dispõem de hospitais, dos que possuem hospital, porém não possuem oferta dos serviços, conforme proposta do hospital regional e de municípios cuja capacidade de atendimento de seu(s) hospital(is) esteja esgotada.

Este esforço culminou com a implantação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto – HERP, inaugurado em março de 2008, que integrou imediatamente o sistema de serviços de saúde regional, absorvendo grande parte destas demandas de média complexidade.

6.2.4 Avaliação do grau de complexidade dos casos encaminhados por especialidade

A Tabela 11 demonstra a distribuição e o percentual das consultas de pacientes novos encaminhados ao Hospital, pelas Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, por ano de atendimento, complexidade dos casos e por especialidade,.

TABELA 11 – Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano, complexidade do caso e especialidade.

Especialidade	Ano da Consulta								P-valor*
	2000				2005				
	Complexidade				Complexidade				
	Alta (%)	Média (%)	Baixa (%)	Total	Alta (%)	Média (%)	Baixa (%)	Total	
Cardiologia	20 (30,77)	27 (41,54)	18 (27,69)	65	18 (33,96)	20 (37,74)	15 (28,30)	53	0,89
Cirurgia Cab. e Pesc.	21 (39,62)	26 (49,06)	6 (11,32)	53	27 (50,94)	21 (39,62)	5 (9,43)	53	0,52
Dermatologia	16 (28,57)	20 (35,71)	20 (35,71)	56	14 (25,00)	15 (26,79)	27 (48,21)	56	0,41
Gastroent. Cirúrgica	15 (30,00)	23 (46,00)	12 (24,00)	50	7 (13,73)	35 (68,63)	9 (17,65)	51	0,05
Mastologia	15 (29,41)	26 (50,98)	10 (19,61)	51	6 (11,54)	30 (57,69)	16 (30,77)	52	0,05
Neurologia Adulto	10 (17,86)	18 (32,14)	28 (50,00)	56	19 (35,19)	22 (40,74)	13 (24,07)	54	0,01
Oftalmologia Geral	4 (7,02)	17 (29,82)	36 (63,16)	57	6 (10,53)	14 (24,56)	37 (64,91)	57	0,70
Ortopedia Mão e Mic.	7 (10,61)	13 (19,70)	46 (69,70)	66	12 (20,34)	16 (27,12)	31 (52,54)	59	0,13
Otorrinolaringologia	7 (11,67)	9 (15,00)	44 (73,33)	60	7 (12,73)	11 (20,00)	37 (67,27)	55	0,74
Pediatria	13 (24,07)	20 (37,04)	21 (38,89)	54	13 (23,64)	21 (38,18)	21 (38,18)	55	1,00
Uroginecologia	4 (7,69)	32 (61,54)	16 (30,77)	52	6 (10,91)	24 (43,64)	25 (45,45)	55	0,20

* teste exato de Fisher

As especialidades Neurologia, Mastologia e Gastrocirurgia apresentaram diferenças significativas, ou seja, o perfil de complexidade dos casos encaminhados se alterou de 2000 para 2005. As demais especialidades não apresentaram alterações significativas entre 2000 e 2005.

A Neurologia apresentou 50% de baixa complexidade em 2000 e 24,07% em 2005. A alta complexidade se alterou de 17,86% em 2000 para 35,19% em 2005, enquanto que o comportamento na média complexidade foi de 32,14% para 40,74% neste período. Comportamento este coerente com o esperado para o aperfeiçoamento do sistema com a inserção do HC como instância terciária, com o aumento de atendimento de casos de alta complexidade e diminuição do atendimento dos casos de baixa complexidade.

Quanto à Mastologia, embora significativo do ponto de vista estatístico, a movimentação foi negativa, diminuindo os casos de alta complexidade de 29,41% em 2000 para 11,54% em 2005 e aumentando os de baixa complexidade de 19,61% para 30,77%.

A Gastroenterologia Cirúrgica teve redução da alta complexidade, de 30% em 2000 para 13,73% em 2005. A baixa complexidade passou de 24% em 2000 para 17,65% em 2005, enquanto que a média complexidade aumentou de 46% em 2000 para 68,63% em 2005.

6.2.4.1 Avaliação dos resultados pelos responsáveis dos serviços ambulatoriais especializados

Os resultados encontrados na Tabela 11 foram apresentados aos docentes da FMRP-USP, responsáveis pelos ambulatórios das especialidades constantes deste estudo, onde ocorrem os primeira consulta dos casos encaminhados pelas Centrais de Regulação de Consultas Eletivas. Foi solicitado a cada responsável, um comentário dos resultados de sua especialidade, os quais transcrevemos parcialmente, a seguir, começando pela Neurologia, Mastologia e Gastroenterologia Cirúrgica, as únicas especialidades que apresentaram mudanças significativas na distribuição das complexidades no período de estudo.

Neurologia

"... fica evidente que a distribuição das consultas de primeiro atendimento no ambulatório de Neurologia sofreu significativa modificação. Em comparação ao ano de 2000, houve um aumento evidente na demanda por casos de alta complexidade enquanto ocorreu uma nítida redução no encaminhamento de casos de baixa complexidade. Assim, é possível evidenciar a ocorrência de uma gradual transformação positiva na interação entre os Serviços que atendem pacientes neurológicos. Ou seja, a tendência mostrada por esses dados segue na direção esperada e planejada pelos gestores da Saúde Pública". Docente Neurologia

Mastologia

"O perfil da paciente selecionada para seguimento no HC em 2000 restringia-se a complexidades alta e média e, em 2005, houve uma melhora dos casos de alta complexidade que foram 100% tratados pelo HC, mas houve também um aumento de casos novos de baixa complexidade. Considero que isto possa ser decorrente,

principalmente, de casos de pacientes com ginecomastia masculina (secundário a medicamentos/anabolizantes) e mama extra-numerária feminina, os quais muitas vezes não tinham real indicação de cirurgia e, quando indicada, a mesma poderia ser sido realizada em serviço secundário. Outro provável fator causal desta distorção talvez sejam as campanhas mais abrangentes de prevenção de câncer de mama (mais mamografias) e o grande número de laudos mamográficos/ultra-sonográficos BIRADS III, os quais não se confirmam posteriormente na correlação clínico-radiológica ou nos exames de magnificação. Estes casos poderiam ser avaliados por um mastologista em serviço secundário. Destaco também o crescente número de mulheres com encaminhamento para implante estético de próteses de silicone sem uma indicação médica formal. Acredito que a criação de um centro secundário para atendimento de mastologia com possibilidade de serem realizados no local: exame físico, mamografia, ultra-sonografia, punções e exérese de nódulos e pequenas cirurgias para ginecomastia e mamas acessórias, poderia selecionar melhor os casos que realmente necessitam de serviço terciário.” Docente Mastologia

Gastroenterologia Cirúrgica

“Os números de casos de baixa complexidade permaneceram os mesmos, enquanto que diminuiu os de alta complexidade e aumentou os de média complexidade. O que aconteceu na Gastrocirurgia nos últimos anos é que com a expansão da cirurgia laparoscópica e implantação de cirurgia ambulatorial cresceu muito o número de cirurgias de média complexidade. Acredito que isso precisa ser analisado com cuidado porque i) mostrou para comunidade que esses procedimentos podem ser realizados em regime ambulatorial ii) treinou médicos nesse modalidade terapêutica iii) tratou as doenças em fases precoces evitando assim complicações que seriam graves (ex: tratou cálculos de vesícula nas fases mais simples antes de terem complicações graves como pancreatite). Realmente parece que diminuiu o número de casos de pancreatite, colangite etc atendidos na UE. As implicações são múltiplas. Mas no fim é um procedimento que pode ser realizado em outro ambiente, desde que estruturado. A questão que fica é: se diminuiu os casos de alta complexidade, para onde estão indo?”. Docente Gastroenterologia Cirúrgica

Para as demais especialidades, mesmo não apresentando diferença estatística no período, algumas considerações são importantes.

Cirurgia de Cabeça e Pescoço

É a especialidade que recebeu o maior percentual de alta complexidade e o menor percentual de baixa complexidade, nos dois anos considerados, sendo que em 2005, estes índices foram respectivamente de 50,94% e 9,43%, com mais de 90% dos casos enquadrados como de média e alta complexidades.

“Consideramos a distribuição das consultas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, quanto à complexidade, no quadro atual, muito boa. Considerando que este hospital oferece atendimento terciário à comunidade e que em cinco anos o número desses atendimentos teve um substancial acréscimo, parece adequado junto ao sistema de saúde atual. Adicionalmente, esses atendimentos correspondem a mais da metade dos casos. Por outro lado, temos um número, ainda adequado, de casos de média complexidade para o ensino de alunos e residentes. Entretanto, estamos preocupados com os desdobramentos que poderão ocorrer no futuro. Caso ocorra a manutenção desta tendência, o Hospital das Clínicas terá dificuldades em oferecer casos para o ensino de alunos e residentes.” Docente Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Dermatologia

Teve no período, redução dos percentuais de alta e média complexidades e aumento da baixa complexidade.

“O aumento do percentual de guias sem justificativa para as mesmas reflete a má qualidade do preenchimento das mesmas pelos encaminhadores que, analisado juntamente com a complexidade das guias de referencias reforçam o despreparo, falta de envolvimento dos médicos encaminhadores para o atendimento em dermatologia de baixa complexidade e sua resolução no seu nível de assistência. Enfim, tais resultados demonstram a necessidade de se investir na qualificação profissional dos médicos que atuam na área básica para que possam melhorar diagnóstico dermatológico e intervir com mais resolubilidade no seu nível de assistência, além de aumentar o número de dermatologistas na rede/cidades que não os possuem, para que possam dar suporte necessário em nível secundário de assistência, possibilitando o maior número de encaminhamentos de casos de complexidades média a alta ao nível terciário de assistência.” Docente Dermatologia

As especialidades de **Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ortopedia**, são aquelas que apresentam altos índices de baixa complexidade e baixos índices de alta complexidade, ou seja, a lógica inversa esperada para um hospital universitário, caracterizado como nível terciário do SUS.

Oftalmologia

“ Grande predominância de entrada de casos de baixa complexidade, por esta via (64%). Isto reflete bem o que ocorre em nosso serviço, uma vez que os serviços de oftalmologia da rede de saúde são escassos, mal equipados, com falta de pessoal e até inexistentes em alguns locais. Dessa forma, o HCFMRP-USP representa às vezes o único serviço de atendimento deste setor com condições adequadas na região; Menores proporções de casos considerados de média complexidade (24%), sendo menores ainda aqueles de alta complexidade (10%). Apesar de que, provavelmente, a via analisada não seja a única de entrada deste hospital, aquele fato demonstra que os casos de baixa complexidade competem com esses de maior complexidade. Mesmo com este problema, a porta desses casos mais complexos é ainda viável; Aparentemente, não há diferença estatística na comparação das freqüências observadas entre 2000 e 2005 (tabela de contingência, $P= 0,703$). Isto pode refletir a ausência de melhorias nos setores mais básicos de saúde, que poderiam resolver os casos mais simples.” Docente Oftalmologia.

Otorrinolaringologia

“ Houve uma manutenção quanto a situação do número de casos atendidos de baixa, média e alta complexidade, com uma ligeira tendência a aumento no número de casos de média complexidade que seriam a maioria dos casos clínicos e cirúrgicos em otorrinolaringologia. Isso pode refletir uma dificuldade da rede básica em identificar quais casos seriam de média e alta complexidade e que deveriam ser encaminhados ao HCFMRP-USP. Tais resultados são concordantes ao que já vínhamos observando, uma vez que desde de 2005 temos a necessidade de realizar triagem de guias aguardando entrada na ORL do HCRP, que são enviadas pela DIR, selecionando os casos que são de média e principalmente, de alta complexidade, absorvendo-os como extras às vagas disponibilizadas para a DIR nos ambulatórios de especialidades em ORL. Outro aspecto referente a tais dados pode refletir a não resolução da rede básica para estes casos de baixa e média

complexidade ou a dificuldade de acesso a especialidade de otorrinolaringologia no nível secundário. Devemos ressaltar a necessidade momentânea da Divisão de ORL de absorver casos de baixa e média complexidade para o ensino da graduação em medicina e fonoaudiologia, especialização em fonoaudiologia e residência médica [....].” Docente Otorrinolaringologia.

Ortopedia

“... houve uma mudança no perfil do paciente que demanda os nossos serviços, com aumento significativo dos casos de alta e média complexidade, [...] com diminuição dos casos de baixa complexidade. Tais mudanças provavelmente refletem as mudanças na política de saúde ocorridas no País nesse período, que acarretaram uma crescente tercerização do HC, a qual, todavia, ainda não está completa, visto que o maior volume de atendimento ainda é de baixa complexidade. Dado o período já decorrido desde as mudanças, a minha interpretação é que mudanças futuras deverão ser de pequena monta e lentas, se ocorrerem. Sem entrar no mérito dos porquês, então, o que provavelmente teremos é o que já aí temos. Dentre os porquês, poderíamos considerar a resistência à adesão ao sistema atual, tanto da parte dos médicos, para os quais é mais cômodo e talvez interessante aceitar os casos de baixa complexidade, como da parte dos pacientes, os quais obviamente se sentem mais bem atendidos num hospital com a estrutura do HC. Mas, é preciso levar em consideração, ainda, a exploração deficiente das possibilidades do HC pelo sistema extra-muros, seja por desconhecimento, seja por incompetência. Ainda mais, é preciso lembrar que o HC tem suas limitações, seja de leitos e horários cirúrgicos, seja de material e equipamento para atender uma boa parte da demanda de nível terciário, além do fato que o SUS não cobre os custos de inúmeros procedimentos de ponta que se podem realizar neste serviço.”
Docente Ortopedia.

Cardiologia

Os casos de baixa complexidade praticamente se mantiveram no mesmo patamar, em torno de 28% e a alta complexidade apresentou um ligeiro acréscimo de 30,77% para 33,96%.

“Considerando que as comparações de proporções relativas aos três níveis de complexidade não se mostraram estatisticamente significantes, na amostra selecionada, nos dois anos comparados, não existem evidências de que o perfil de

encaminhamento de pacientes para atendimento ambulatorial de Cardiologia não se modificou, no período. Ao mesmo tempo, verifica-se que existe uma proporção substancial de pacientes encaminhados para atendimento no hospital universitário, que, potencialmente, poderiam ter seu atendimento realizado em níveis menos complexos de atendimento.” Docente Cardiologia.

Pediatria

Os índices praticamente se mantiveram no período considerado.

“A distribuição é muito semelhante, não sendo detectadas alterações nem no número absoluto de casos atendidos, nem na distribuição quanto à complexidade do atendimento. Em ambos os períodos, continuou muito alto o número de atendimentos de baixa complexidade (perto de 38%). Esses dados estão de acordo com a impressão manifestada pela equipe de atendimento.” Docente do Depto. de Puericultura e Pediatria.

Uroginecologia

A baixa complexidade teve um leve aumento e a média complexidade diminuiu. A alta complexidade apresentou um discreto aumento, de 7,69% para 10,91%, sendo este índice um dos menores, quando comparado com as demais especialidades.

“Casos encaminhados como miomatose uterina são considerados de baixa ou média complexidade ao encaminhamento. Entretanto, em alguns destes se faz necessário a realização de exames de alta complexidade como CT, TNM na investigação do caso; Alguns casos correspondem a patologias de baixa complexidade em pacientes com várias comorbidades, como por exemplo diabetes, hipertensão, cardiopatias, anticoagulação. Estes encaminhamentos por si são considerados por patologias de baixa complexidade, mas são necessários exames de alta complexidade muitas vezes na avaliação destas pacientes, como também avaliação de outras clínicas; Ainda fazem parte do protocolo da especialidade patologias de baixa complexidade (hipertrofia de pequenos lábios. cistos de Bartholin), mantendo o número de casos de baixa complexidade; Os casos de prolapso genital, como reto e cistocele, são ainda considerados de baixa complexidade. Entretanto as cirurgias reparadoras tem evoluído, utilizando-se até telas de correção, fazendo com que reavaliemos a complexidade destas patologias; Casos de prolapso genital associado a incontinência urinária muitas vezes não

possuem os dois diagnósticos no encaminhamento. Durante a investigação e propedêutica é que a incontinência é identificada, investigada (com exame de alta complexidade) e tratada.” Docente Uroginecologia.

Urologia

Observa-se uma discreta redução na baixa e um discreto aumento na alta complexidade.

“Embora a Disciplina de Urologia tenha interesse nos casos complexos, o que permite melhor treinamento dos residentes da especialidade e atende parte da demanda desse nível na população, há também interesse no atendimento a casos de menor complexidade visando aí a formação do aluno do curso de graduação em medicina e dos residentes do Programa de Cirurgia Geral em estágio na especialidade. Entretanto, seria interessante conseguir a redução dos casos de baixa complexidade, atualmente ainda em níveis muito elevados, favorecendo o aumento da média e alta complexidade que são mais dificilmente resolvidos pela rede. Para isto, os pacientes portadores de doenças consideradas como de baixa complexidade deveriam ser absorvidos e terem seus problemas resolvidos pela rede, de preferência nos seus próprios municípios, abrindo vagas para os outros pacientes.” Docente Urologia.

As considerações apresentadas pelos docentes da FMRP-USP refletem a complexidade e a enormidade de variáveis que interferem na organização do sistema de saúde regional e a devida inserção do HC como instância terciária neste sistema. Podemos destacar o advento da cirurgia ambulatorial que, neste período, foi intensa no HC, justificado pelo seu papel de ensino e capacitação da rede básica e secundária; casos considerados de baixa complexidade muitas vezes exigem procedimentos de alta complexidade, como tomografias e ressonância nuclear magnética; a comodidade do ensino intra muros, etc. Por outro lado há de se ressaltar a deficiência da rede primária e secundária, com carência de recursos materiais e despreparo, além da falta de envolvimento, dos recursos humanos.

7 CONCLUSÕES

Por toda esta discussão, constata-se que a proposta de estabelecer Centrais de Agendamento de Consultas Eletivas, como aperfeiçoamento da gestão do sistema regional de saúde, foi parcialmente atingida, tendo elas se tornado mais um mero instrumento administrativo de agendamento de consultas, estanque, sem flexibilidade e agilidade, do que uma ferramenta eficaz para a organização do fluxo, com priorização do atendimento por grau complexidade, mediante a utilização de um banco de dados para o estabelecimento de estratégias de atendimento, com a qualidade que a assistência à saúde exige. Nem o HCFMRP-USP nem os gestores adotaram, com base nestes potenciais bancos de dados, políticas de melhoria do sistema público de saúde que apresentassem impacto nos resultados, como o aumento da complexidade dos casos encaminhados ao Hospital, maior adesão aos protocolos de encaminhamentos e alteração significativa do percentual de absorção dos casos encaminhados para seguimento no ambiente hospitalar.

A criação de Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, conforme proposto pelo HCFMRP-USP, propiciou aos DRSs meios eletrônicos para viabilizar a organização do fluxo de pacientes, de forma descentralizada e hierarquizada. Entretanto, a taxa de aproveitamento global das vagas de consultas disponibilizadas para novos pacientes foi de apenas 37,9%, ou seja, para cada 3 vagas ofertadas, cerca de um paciente foi absorvido para seguimento no HCFMRP-USP. Muitas variáveis corroboraram para este resultado, sendo uma delas a falta de estruturação dessas Centrais, sem corpo técnico preparado para tal missão. Também, há de se ressaltar um possível desequilíbrio entre oferta de vagas pelo HC, além das necessidades da população em algumas especialidades, e aquém em outras. A complexidade dos casos encaminhados não se alterou significativamente neste período, sendo que a alta complexidade passou de 21,3% em 2000, para 22,5% em 2005. O percentual de pacientes encaminhados e que foram absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar, passou de 67,9% em 2000 para 69,5% em 2005. A coerência dos casos aos protocolos de encaminhamentos alterou de 74% (2000) para 75,5% (2005).

Os dados e comentários acima suscitam as seguintes indagações:

- Como estabelecer uma rede solidária entre os municípios de maior e os de menor porte, para o atendimento da baixa e média complexidades, para efetivamente implementar a regionalização proposta pelo SUS?
- Como incentivar os gestores a estruturarem o seu sistema local de saúde com programas de atenção e acompanhamento aos pacientes, não permanecendo simplesmente na lógica do pronto atendimento?

Certamente a proposta implementada em 2000 foi um passo importante nesta direção, com o mérito de provocar a discussão entre os gestores e o Hospital e a responsabilização dos municípios e regionais de saúde com o encaminhamento dos pacientes para o nível terciário do sistema de saúde, responsabilização esta que extrapola a mera providência de transporte de pacientes para o Hospital. A proposta implementada de descentralização do agendamento das novas consultas ao Hospital das Clínicas evidenciou a necessidade de maior articulação dos municípios e o fortalecimento dos gestores regionais, na sua função reguladora para a organização de uma rede resolutiva de assistência, que atenda ao princípio constitucional de integralidade da atenção à saúde.

Há de se reconhecer que, resultados de mudanças em grandes sistemas não são imediatos. A devida implantação demanda incorporação de novos processos de trabalhos de muitos atores. A concretização da imagem ideal, de um sistema sem barreiras de acesso entre os níveis de atenção, que ultrapasse as fronteiras municipais, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação. (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Emerge, também, a necessidade de se discutir os parâmetros aceitáveis de atendimento de casos de média complexidade nos HU's. Deve-se considerar que, a própria política de financiamento dos HUs exige um percentual de atendimento de média complexidade. Além disso, o incentivo pecuniário dos hospitais de ensino é calculado levando em consideração este percentual da média complexidade.

Em que pesem algumas frustrações com os resultados obtidos neste estudo, pois não observamos melhoras substanciais nos indicadores, o programa implantado desde 2000 pelo Hospital, com a criação de Centrais de Regulação teve aspectos positivos.

Do ponto de vista dos pacientes que tiveram acesso à agenda, pode-se elencar alguns benefícios, como por exemplo, o fato de não necessitarem de permanência em longas filas, madrugadas adentro, na porta do hospital na tentativa de se obter um primeiro atendimento, quando um dos critérios utilizados na triagem era a ordem de chegada. Trata-se de uma ação importante, em termos de humanização dos serviços de saúde.

Essa descentralização do agendamento fez com que o Hospital passasse a receber a quase totalidade de pacientes referenciados. Permitiu a desativação da sua Unidade de Triagem Médica, uma vez que, os pacientes passaram a chegar ao Hospital com consulta já agendada, inclusive com a sala de atendimento pré determinada. Foi assim possível reaproveitamento dos médicos em outras áreas de atendimento, bem como o reaproveitamento da área física, até então, ocupada pela triagem.

O fato do paciente estar previamente agendado, dispensando a triagem médica pelo HCFMRP-USP, também teve desdobramentos na organização do transporte dos pacientes pelos municípios. Os veículos transportavam parte dos pacientes sem qualquer agendamento, contando com a expectativa de triagem favorável que, muitas vezes, não se concretizava. A partir de então, passaram a transportar apenas pacientes programados, o que racionalizou o uso do transporte oferecido.

Finalmente, cabe destacar também, a iniciativa do HCFMRP-USP em 2000, no sentido de integrar os DRSs de sua região de abrangência, para organizar o fluxo de pacientes, visando humanizar o atendimento e otimizar um precioso recurso: as vagas oferecidas aos novos pacientes. A criação de Centrais de Regulação naquela época, conforme os princípios do SUS, antecede normas e portarias que regulamentam esta importante ação para o aprimoramento da gestão da saúde.

Novas ações são prementes no sentido de aprimorar o sistema de saúde regional. Os pacientes agendados precisam ser avisados em tempo hábil e dispor

de condições de locomoção no dia da consulta. Protocolos de regulação devem ser elaborados e, principalmente, implantados. É preciso reavaliação constante das vagas ofertadas pelo Hospital, em função das necessidades de serviços de saúde da população. Muitas dessas ações já foram implementadas a partir desse estudo e devem ser objeto de novas avaliações e ajustes, num ciclo permanente de melhoria da gestão do sistema de saúde, sujeito às revisões e inovações, que devem desencadear recuos e avanços.

A versão atualizada do sistema informatizado, oferecido por este projeto para o agendamento dos novos pacientes ao Hospital, apresenta novas funcionalidades, como a guia de referência e contrarreferência eletrônicas e disponibiliza aos gestores informações tempestivas e precisas e instrumentos necessários para a gestão das vagas, com conseqüente agilidade do processo de agendamento e aprimoramento de políticas de atenção à saúde.

O SUS tem se pautado pela permanente busca da efetivação de seus princípios constitucionais. O aperfeiçoamento da gestão constitui prioridade e um dos desafios do SUS. A regulação é um dos pilares da gestão, juntamente com a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

Superar estes desafios significa obter, continuamente, informações do perfil epidemiológico de cidades e regiões, facilitar o entrosamento entre os gestores municipais de uma mesma região e coordenação segura e clara por parte dos gestores regionais.

Os resultados obtidos neste estudo, relativos à região de abrangência do HCFMRP-USP, demonstram que, mesmo com alguns avanços, ainda temos muitos desafios e um longo caminho a trilhar, objetivando concretizar uma rede de serviços que propicie assistência integral, acesso universal, com equidade e qualidade. O planejamento contínuo e integrado, entre gestores e prestadores, em especial os hospitais de ensino, é um caminho certo nesta direção. Planejamento este que deve ser dinâmico, identificando e corrigindo os problemas de cada momento e estimulando os avanços contínuos de forma a melhorar a saúde e a qualidade de vida de todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 1999, vol.4, n.2, p.263-286. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-8123199900020004&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em: 05 out. 2009.

ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics do medical care. **American Economic Review**, v.53, n. 5, p. 941-973, 1963.

BITTAR, O.J.N.V. Produzir saúde: tarefa difícil. 15 de abril 2010. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com> . Acesso em 21 abr. 2010.

BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: GIOVANELA L., ESCOREL S., LOBATO L.V.C., NORONHA J.C.; CARVALHO A.I.(Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2008. 1110p. ISBN: 8575411578. cap.18, p.665-704.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Cap.II – Da Seguridade Social - Seção II: Da Saúde (art. 196 a art. 198) Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON198805.10.1988/index.htm> > . Acesso em: 12 jul. 2009.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2009.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990b. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtua/ldh/volume%20i/saudele%20i8142.htm> >. Acesso em: 12 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece na forma do anexo I a essa portaria, os recursos financeiros, por Estado e Distrito Federal, destinados a

implementação do componente II do Programa de humanização no pré-natal e nascimento-organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2000. Seção 1. p. 18. Disponível em: http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_SAS_356.PDF Acesso em: 10 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM nº 95, de 26 janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção 1. p. 23.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Portaria MS/GM n. 373, 27 fevereiro 2002, e regulação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 fev. 2002a. Seção 1 p. 52.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n.º 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002b. Seção 1. p. 74.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial GM/MS nº 1.000 de 15 abril 2004. Certifica como Hospital de Ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF, 16 abr. 2004a. Seção 1, p. 13. Disponível em: http://portal.in.gov.br/in/leitura_jornais. Acesso em: 21 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial nº GM/MS nº 1.702 de 17 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF, 18 ago. 2004b. p. 79.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de**

Complexos Reguladores. Brasília, DF, 2006b. 68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. **Regionalização Solidária e Cooperativa.** Série Pacto pela Saúde, 2006. v.3. Brasília: Ministério da Saúde 2006c. 40p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006d. 164p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2007a. 174p. (Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, v.10).

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº GM/MS nº 2.400 de 2 de outubro de 2007b. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 3 out. 2007b. p.102. Disponível em: http://portal.in.gov.br/in/leitura_jornais. Acesso em: 21 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 4 ago. 2008a. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde:** contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio a implementação. Versão para Debate. Nov. 2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf. Acesso em: 23 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde – TEIAS. A estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes.** Versão para debate. 1º out. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento_redes_versao_01out2009.pdf>. Acesso em: 1º abr. 2010.

CAMPOS G.W.S.; AMARAL M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a

reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859. 2007.

CAMPOS G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 301-306. 2007.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478. 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2002.

GRABOIS, V. SANDOVAL, P. **Caminhos para uma nova política hospitalar**. In: CASTELAR, R.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Cooperação Brasil-França. Rio de Janeiro: Editions ENSP 1995. 235p. Cap. IV. p. 80-84.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Suppl. n. 2, p. S331-S336, 2004.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v.33,n.4, p.323-33, dez.1999.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: singular, 2009. 496p.

MÉDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. Mai. 2007. Disponível em: http://www.observasaude.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde_revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica.pdf __. Acesso em: 08 dez. 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, Supl. 4, p.S3-S11, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/viewDownloadInterstitial/96/75>. Acesso em: 2 out. 2010.

MENDONÇA, C.S.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. (orgs)..**A política regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.: (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12). Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5571.pdf>. Acesso em 02 out. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 164p. (Cadernos de Atenção Especializada, 3).

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte. **Oficina II: Redes de atenção a saúde e regulação assistencial**. Guia do participante Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG. 2009. 56p. ESNB 978-85-62047-04-06. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/PDAPS_oficina-2_PBH_participante.pdf. Acesso em: 10 abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 398p.

ROVERE, M. Redes em Saúde: **Um nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad**. Rosário: Ed. Secretaria de Salud Publica / AMR, Instituto Lazarte, 1999.

SANTOS F. P.; MERHY E.E. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão**. Interface (Botucatu) [on-line].v.10, n.19, p. 25-41, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100003&script=sciabstract&tln g=pt>. Acesso em: 12 jul. 2009.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 36 n. 2/4:, p.498-515, abr./dez., 2003.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes Interfederativas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. [periódico na internet] 2008. [cerca de 16p.] Está disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3022. Acesso em: 18 fev. 2010. No prelo.

SILVA de SÁ, M.F. **A inserção de um hospital universitário público no Sistema Único de Saúde**: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [Ribeirão Preto] : [São Francisco], 2002. 194 p.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 451-555, 2001 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 abr. 2010.

SOUZA R.R.; COSTA V.C. (orgs). **A atenção à saúde no SUS São Paulo**: uma perspectiva regional. São Paulo. FUNDAP, 2008. 160p.

THOMPSON, S.K. Sample size for Estimating Multinomial Proportions. **The American Statistician**, v. 41, n. 1, p. 42-46, 1987.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200700040002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mar.

VIANA A.L.D.; SILVA H.P.; ELIAS P.E.M. **Economia política da saúde**: Introduzindo o debate. Divulgação em Saúde para Debate, CEBES, Rio de Janeiro, 2007; n.37, p7-20. jan.. Disponível em: <http://ns1.camporeal.edu.br/ok%20Edicao%20N%2037%20%20janeiro%202007.pdf#page=9>. Acesso em 18 jun.2008.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e método. . 2ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APENDICE A

Protocolo de acesso do serviço de Gastrocirurgia elaborado mediante critérios definidos na NOAS 01/2002 e discussão com os médicos da área com base na realidade institucional e regional.

Relação dos Procedimentos de média complexidade do Serviço de Gastrocirurgia elencados na NOAS 01/2002

PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE - NÍVEL 2	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (ABDOMEN SUP. RETROPERITONIO, RI ULTRA-SONOGRAFIA DO RETROPERITONIO ECOGRAFIA DE ORGAO ABDOMINAL ISOLADO(MÁXIMO 2)
PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE - NÍVEL 3	CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA PNEUMOPERITONIO (SESSAO) BIOPSIA DE PAREDE ABDOMINAL BIOPSIA DE PERITONIO BIOPSIA HEPATICA TESTE DE GASTROACIDOGRAMA - SECRECAO BASAL POR 60' E 4 AMOST HOLLANDER , TESTE (SUCO GASTRICO) DUODENOGRAMA HIPOTONICA TRANSITO E MORFOLOGIA DO DELGADO ESTOMAGO E DUODENO ESOFAGO, HIATO, ESTOMAGO E DUODENO COLANGIOGRAFIA PER-OPERATORIO COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIO ESOFAGO COLECISTOGRAMA ORAL ESTOMAGO E DUODENO PNEUMOPERITONIO RETROPNEUMOPERITONIO COLANGIOGRAFIA TRANS-CUTANEA COLANGIOPANCREATOGRAMA RETROGRADA ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE ORGAO OU ESTRUTURA ISO ULTRA-SONOGRAFIA HIPOCONDRIO DIREITO (FIGADO, VESICULA, VI ESOFAGOSCOPIA GASTRO-DUODENOSCOPIA LAPAROSCOPIA TUBAGEM GASTRO-INTESTINAL VIDEOLAPAROSCOPIA ESCLEROSE DE VARIZES ESOFAGIANAS DILATAÇÃO DO ESOFAGO COM VELAS - POR SESSAO DILATAÇÃO DE ESOFAGO COM BALAO PNEUMATICO POLIPECTOMIA DE DUODENO RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE ESTOMAGO OU DUODENO POLIPECTOMIA DE ESTOMAGO POLIPECTOMIA DE ESOFAGO DILATAÇÃO DO ESOFAGO C/ OGIVAS SOB VISAO ENDOSCOPICA - SESSA

APENDICE A

(continuação)

Protocolo de acesso do serviço de Gastrocirurgia elaborado mediante critérios definidos na NOAS 01/2002 e discussão com os médicos da área com base na realidade institucional e regional.

Relação dos Procedimentos de alta complexidade do Serviço de Gastrocirurgia elencados na NOAS 01/2002

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE	CARCINOMA EPIDERMOIDE OU ADENOCARCINOMA DE ESOFAGO (ESTADIO ADENOCARCINOMA DE ESTOMAGO TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL CARCINOMA EPIDERMOIDE OU ADENOCARCINOMA DE ESOFAGO ADENOCARCINOMA DE PANCREAS RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES RESSONANCIA MAGNETICA DO ABDOMEN SUPERIOR ANGIOGRAFIA POR RESSONANCIA MAGNETICA CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIAS ATIVAS CINTILOGRAFIA PARA AVALIACAO DE ESVAZIAMENTO ESOFAGICO (LIQU CINTILOGRAFIA PARA AVALIACAO DE ESVAZIAMENTO GASTRICO CINTILOGRAFIA DO FLUXO SANGUINEO HEPATICO (QUALITATIVO E/OU QUANTIFICACAO DE PERDAS PROTEICAS COM RADIOISOTOPOS. CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO CINTILOGRAFIA PARA PESQUISA DE HEMORRAGIA NAO ATIVA CINTILOGRAFIA DO FIGADO E VIAS BILIARES CINTILOGRAFIA PARA AVALIACAO DE ESVAZIAMENTO ESOFAGICO (SEMI QUANTIFICACAO DE ABSORCAO DE GORDURA COM RADIOISOTOPOS CINTILOGRAFIA DO FIGADO E BACO - MINIMO 05 IMAGENS EMBOLIZACAO DE TUMOR DO APARELHO DIGESTIVO EMBOLIZACAO ARTERIAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EMBOLIZACAO OU ESCLEROSE DE VARIZES ESOFAGIANAS DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA INTERNA - EXTERNA DILATACAO PERCUTANEA DE ESTENOSES BILIARES E ANASTOMOSES BIL COLOCACAO DE PROTESE BILIAR BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR CT, US OU RX CT DRENAGEM BILIAR PERCUTANEA EXTERNA RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULOS BILIARES ESPLENECTOMIA POR EMBOLIZACAO PERCUTANEA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR
------------------------------------	---

APENDICE A

(continuação)

Protocolo de acesso do serviço de Gastrocirurgia elaborado mediante critérios definidos na NOAS 01/2002 e discussão com os médicos da área com base na realidade institucional e regional.

Critérios complementares à NOAS 01:2002 elencados pelo corpo clínico do Hospital, Serviço de Gastrocirurgia

Afecções de Esôfago
Doença do refluxo Gastroesofágico e suas complicações, com indicação de Cirurgia feita pelo serviço de Gastroenterologia Clínica
Megaesôfago de qualquer etiologia
Estenoses inflamatórias do esôfago
Divertículos esofágicos
Neoplasias benígnas e malignas do esôfago
Afecções do Estômago e Duodeno
Doença péptica com indicação cirúrgica pelo serviço de Gastroenterologia Clínica
Estenoses e subestenoses duodenais
Neoplasias benígnas e Malignas do estômago
Afecções da Via Biliar e Pâncreas
Colelitíase sintomática
Coledocolitíase
Lesão iatrogênica da via biliar
Icterícia obstrutiva decorrente de cálculos, pancreatite crônica e neoplasia Periapolar (cabeça do pâncreas, duodeno, papila e colédoco)
Neoplasia de vesícula, incluindo pólipos
Pancreatite crônica, com indicação de cirurgia pelo serviço de Gastroenterologia Clínica
Afecções relacionadas ao fígado
Tumores, massas e nódulos hepáticos (afecções que necessitam tratamento cirúrgico)
Afecções cujo tratamento envolve transplante de fígado (a indicação deve ser Feita por um gastroenterologista)
Outros
Massas abdominais de etiologia a esclarecer
Hipertensão portal

ANEXO



Ribeirão Preto, 30 de outubro de 2006

Ofício nº 3130/2006
CEP/SPC

Prezado Professor,

O trabalho intitulado **“ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMA DE REFERÊNCIA REGIONAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES NO HCFMRP-USP”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 236ª Reunião Ordinária realizada em 23/10/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 11465/2006.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. MARCOS FELIPE SILVA DE SÁ
Depto. de Ginecologia e Obstetria

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)