

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**Gabriela Miron Barcelos**

**Aproveitamento de vagas de consultas eletivas em um hospital universitário**

**Ribeirão Preto**

**2016**

Gabriela Miron Barcelos

**Aproveitamento de vagas de consultas eletivas em um hospital universitário**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientadora: Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do Vale Dallora

Ribeirão Preto

2016

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.

Barcelos, Gabriela Miron

Aproveitamento de vagas de consultas eletivas de um hospital universitário. Ribeirão Preto, 2016.

54 f. : il. , 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Orientadora: Dallora, Maria Eulália Lessa do Valle.

1. Gestão em saúde.
2. Regulação e fiscalização em saúde.
3. Acesso aos serviços de saúde.
4. Administração de serviços de saúde.
5. Sistemas de saúde.

Nome: Gabriela Miron Barcelos

Título: Aproveitamento de vagas de consultas eletivas em hospital universitário

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovada em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

***Aos meus pais pelo amor incondicional, e não medir esforços para a realização de todos os meus sonhos.***

***Aos meus avós, a base de tudo, o maior exemplo.***

***Aos meus irmãos, melhores presente em minha vida.***

***Ao Felipe pelo companheirismo e compreensão.***

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dra. Maria Eulália Lessa do Valle Dallora, meu agradecimento pela oportunidade da realização deste projeto, pela orientação, dedicação e ensinamentos. Minha gratidão pela paciência e incentivo para sempre buscar um aprimoramento profissional.

Ao Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá pela disponibilidade do projeto.

Ao Prof. Dr. Erasmo pela colaboração na elaboração da tese.

Ao Prof. Dr. Altacio Aparecido Nunes, pelo o incentivo do ingresso ao programa.

À equipe de assessoria técnica que sempre estiveram dispostos a ajudar de alguma forma.

Ao Wilson Góes e equipe do Centro de Informações e Análises pela importante e indispensável participação neste projetos.

Aos docentes do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde e aos colegas do curso. Agradecimento especial ao Gabriel.

À equipe de assessoria técnica que sempre estiveram dispostos a ajudar de alguma forma.

Para ser grande, sê

Inteiro: nada

Teu exagera ou

Exclui.

Sê todo em cada

Coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a

Lua toda

Brilha, porque alta

Vive.

***Fernando Pessoa.***

## RESUMO

BARCELOS, G. M. **Aproveitamento de vagas de consultas eletivas em um hospital universitário** 2016. 54 f. Tese (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A garantia do acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atenção em tempo adequado e a criação de fluxos de assistência à saúde que opere de forma sincronizada são uns dos grandes desafios do SUS. O HCFMRP-USP oferta serviços de nível terciário dentro do sistema, sendo referência dentro de sua Regional de Saúde trabalha para otimizar suas vagas ofertadas aos Departamentos Regionais de Saúde e absorver o maior número possível de pacientes que necessitam de atendimento terciário. **Objetivo:** Avaliar o aproveitamento das vagas de consultas para novos pacientes ofertadas pelo HCFMRP – USP aos Departamentos Regionais de Saúde de sua região de abrangência, no período de 2006 a 2014. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo com dados secundários do banco de dados do HCFMRP-USP, a partir das informações do Serviço de Agendamento e Controle de Pacientes Ambulatoriais. Foram calculadas no período de 2006 até 2014, a Taxa de Agendamento, Taxa de Falta, Taxa de adequação da Referência e Taxa de Aproveitamento Global. **Resultados:** A taxa geral de agendamento foi 76%, a taxa de falta de pacientes novos teve a média de 17%, a Taxa média de Adequação da Referência foi de 92%. A taxa de aproveitamento global foi 57%, ano de 2014 das 37.830 vagas disponibilizadas pelo HCRP apenas 21.170 foram efetivamente aproveitadas. **CONCLUSÕES:** As iniciativas para o HCFMRP-USP se consolidar como um hospital terciário vem sendo gradativamente concretizadas, todas as taxas avaliadas tiveram uma melhora significativa se compararmos com o estudo anteriormente realizado que avaliou os anos de 2000-2005, mas ainda existem muitos desafios. Os gestores precisam avaliar os dados e buscarem mudanças em suas práticas de gestão, sendo necessários investimentos na formação recursos humanos e na integração entre gestores para que seja possível o integral aproveitamentos das vagas disponibilizadas.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde. Regulação e fiscalização em saúde. Acesso aos serviços de saúde. Administração de serviços de saúde. Sistemas de saúde.



## ABSTRACT

BARCELOS, G. M. **Use of vacant elective consultations at a university hospital.** 2016. 54 f. Master's Thesis – Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Ensuring access of users of the Unified Health System (UHS) at all levels of care in a timely manner and the creation of health care flows that operate synchronously are one of the great challenges of UHS. The HCFMRP-USP offers tertiary services within the system, being a reference within its Regional Health activity to optimize their vacancies offered to the Regional Health Departments and the largest possible number of patients who need tertiary care. **Objective:** Evaluate the use of vacancies consultations for new patients offered by HCFMRP - USP to Regional Departments of Health within the respective coverage area in the period 2006-2014. **Methodology:** A descriptive study of secondary data from HCFMRP- USP database was conducted from information of the Scheduling and Ambulatory Patient Control Service. There were calculated in the period of 2006 until 2014: the Schedule Rate, Lack Rate, Adequacy Rate Reference and Global Utilization Rate. **Results:** The overall Schedule Rate was 76%, the Lack Rate of new patients had an average of 17%, the average Reference Adequacy Rate 92%. The Global Utilization Rate was 57%, in the year of 2014 37,830 vacancies provided by HCFMRP-USP only 21,170 were actually utilized. **Conclusions:** The initiatives for HCFMRP-USP consolidate as a tertiary hospital has been gradually implemented, all measured rates had a significant improvement when compared to the previously conducted study that evaluated the years 2000-2005, but there are still many challenges. Managers need to evaluate the data and seek changes in their management practices and the necessary investments in training human resources and integration of managers for the full exploitations of available vacancies is possible.

**Key words:** Health management. Regulação and supervision of health. Health services accessibility. Health services administration. Health systems.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CR</b>	Complexo Regulador
<b>CER</b>	Centro de Reabilitação
<b>CIR</b>	Centro Integrado de Reabilitação
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde
<b>FAEPA</b>	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
<b>FMRP-USP</b>	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>HC</b>	Hospital das Clínicas
<b>HCFMRP-USP</b>	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
<b>HE</b>	Hospital de ensino
<b>HEAB</b>	Estadual de Américo Brasiliense
<b>HERP</b>	Hospital Estadual de Ribeirão Preto
<b>HU</b>	Hospital Universitário
<b>MATER</b>	Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>PPI</b>	Programa Pactuado Integrado
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RRAS</b>	Rede Regional de Atenção à Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2006 .....	32
Tabela 2 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2007 .....	33
Tabela 3 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2008 .....	33
Tabela 4	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2009 .....	33
Tabela 5 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2010 .....	33
Tabela 6 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2011 .....	34
Tabela 7 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2012 .....	34
Tabela 8 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2013 .....	34
Tabela 9 -	Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2014 .....	34
Tabela 10 -	Vagas Disponibilizadas pelo HCFMRP-USP Dados aos Departamentos Regional de Saúde ano 2006 a 2014 .....	36
Tabela 11 -	Taxa de Agendamento de novas consultas no HCFMRP-USP, por DRS, de 2006 a 2014.....	37
Tabela 12 -	Taxa de Falta de primeira consulta, porcentagem por DRS, de 2006 a 2014 .....	39
Tabela 13 -	Taxa de Adequação da Referência de primeira consulta, porcentagem por DRS, de 2006 a 2014.....	40
Tabela 14 -	Taxa de Adequação da Aproveitamento Global, porcentagem por DRS, de 2006 a 2014.....	42

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS .....</b>	<b>16</b>
2.1 Regionalização e Descentralização da Saúde .....	16
2.2 Redes de Atenção à Saúde.....	18
2.3 Regulação em Saúde .....	21
2.4 Hospitais de Ensino.....	24
2.5 O caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo .....	26
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
3.1 Objetivo Geral .....	30
3.2 Objetivos Específico .....	30
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
4.1 Procedimentos Éticos.....	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios norteadores a integralidade da atenção e a universalidade do acesso às ações e serviços, em todos os níveis da assistência, que devem ser distribuídos de forma igualitária, sem preconceitos ou privilégios (BRASIL, 1988, 1990).

Dentre as diretrizes organizativas temos a descentralização, regionalização, hierarquização da rede de serviços e a participação popular.

Estas diretrizes assumem papel estratégico na organização do sistema tendo como objetivo melhorar o acesso dos usuários, criar um fluxo e contra fluxo para que os pacientes sejam atendidos de forma integral e continuamente, garantindo assim a efetividade do sistema e atendendo as necessidades da população (BRASIL, 1990). A hierarquia traçada pelo sistema divide a assistência em três grandes eixos de atenção: primária, secundária e terciária.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada dos pacientes ao SUS, atende as demandas da população de alta prevalência e baixa densidade tecnológica, responsável por encaminhar os pacientes aos outros níveis de atenção à saúde, baseados em protocolos clínicos, sempre visando atender as demandas dos usuários de forma integral e contínua, deve ser ofertada pelo município (BRASIL, 2006<sup>a</sup>, 2011a).

O nível secundário de atenção à saúde é composto por ambulatórios, hospitais de média complexidade, podendo ser ofertado pelos municípios de origem dos pacientes ou serem ofertados por municípios pactuados nas regiões de saúde. Atende a população com agravos à saúde que necessitam de atendimento especializado e de apoio terapêutico para determinada patologia.

O nível terciário atende as situações de maior complexidade. Neste nível temos os hospitais terciários e ambulatórios de alta complexidade que são de alta densidade tecnológica, e de recursos humanos especializados e capacitados para conseguir atender a demanda da população de forma resolutiva, tanto as demandas eletivas como as urgências e emergências (BRASIL, 2006b, 2007a).

O atendimento em nível terciário é ofertado dentro de uma macro região de saúde e atende os municípios pactuados com o estado levando em consideração a

oferta de serviços, acesso aos serviços, demanda da população e a linha do cuidado (BRASIL, 2006b, 2007a).

As centrais de Regulação de saúde, neste panorama organizacional, são responsáveis por avaliar as necessidades dos usuários e direcionar dentro da regional de saúde de abrangência para o serviço que melhor atende à demanda solicitada, levando em consideração se a demanda é urgência, emergência ou prioridade eletiva (BRASIL, 2002).

O SUS, após mais de duas décadas e meia de sua instalação, tem muitos resultados a celebrar e ainda muitos desafios a superar. Um dos grandes desafios é superar a forma fragmentada de sua estrutura, tendo que responder à problemas de saúde do século XXI com um modelo de atenção à saúde concebido na metade do século passado. A transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica ocorridas neste lapso de tempo não foram acompanhadas de mudanças e reformas internas do sistema, quer seja em sua cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamento, sistemas de incentivos e liderança, dentre outros (MENDES, 2012).

Segundo este autor, o sistema de atenção à saúde praticado é fragmentado e opera de forma episódica e reativa, voltado para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Não suprindo as demandas da situação atual do Brasil, que convive com uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, com doenças infecciosas e causas maternas e perinatais, causas externas e pela dominância de doenças crônicas e de seus fatores de riscos.

A solução desta problemática está na estruturação de redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde, que opere de forma contínua, proativa e de modo equilibrado.

Outro desafio enfrentado pelo SUS é a consolidação de suas instituições conforme o preconizado na rede de atenção à saúde, particularmente dos hospitais universitários e de ensino, que recebem uma gama de pacientes, muitas vezes de forma espontânea, independentemente do grau de complexidade do caso. Este fato sobrecarrega o acesso a serviços de alta complexidade e além de configurar desorganização da rede de atenção, representa desperdícios de recursos, vez que problemas que poderiam ser tratados em serviços de menor complexidade, ocupam vagas em hospitais que tem sua estrutura preparada para o atendimento de alta complexidade (SILVA DE SÁ, 2002).

A garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, indispensável para concretizar a integralidade, continua sendo um desafio para o desenvolvimento do SUS. Problemas relativos a acesso culminam com a existência de congestão no sistema que podem comprometer sua organização e funcionamento e ineficiência para atender as demandas de saúde (AZEVEDO; COSTA, 2010; BARATA; MENDES; BITAR, 2010).

Esta situação não é diferente na região de Ribeirão Preto, que por intermédio do DRS XIII vem procurando consolidar organização em redes de atenção à saúde e do fortalecimento da APS por meio da Estratégia de Saúde da Família. Neste cenário, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) assume um importante papel, que desde 2000 vem instituindo medidas, em conjunto com o DRS XIII, para se consolidar como instância terciária na rede de serviços de saúde regional.

Organizar o fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP é um dos pontos chave para a estruturação de uma rede regional hierarquizada de atenção à saúde. Desde 2000, o HCFMRP-USP descentralizou o agendamento das consultas eletivas para os novos pacientes e ofertou as vagas aos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) de sua região de abrangência, que deveriam, através de suas centrais de Regulação de Consultas eletivas, agendar os pacientes de acordo com as necessidade de saúde de sua população e com o grau de complexidade dos casos.

Entretanto, estudo realizado com o propósito de 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, considerando os anos 2000 a 2005, constatou que não foram absorvidos para seguimento no HCFMRP-USP, 31,3% dos pacientes agendados via Centrais de Regulação, ou seja, os casos supostamente não foram bem encaminhados, o que representaria um desperdício de vagas de acesso ao sistema hospitalar. Ainda, o mesmo estudo mostrou que a baixa complexidade representava parcela importante dos casos encaminhados para atendimento no HCFMRP-USP, o que também representa má utilização e organização do fluxo de pacientes, visto tratar-se de um hospital terciário (DALLORA, 2010; DALLORA; SILVA DE SÁ 2011).

O Estado de São Paulo foi dividido em 17 Redes de Atenção à Saúde. Estes devem promover uma interação entre os municípios e deve identificar a necessidade de saúde da população da sua área de abrangência, fazer a articulação com os

sistemas de saúde, agendar e acompanhar as disponibilidades dos serviços de saúde da sua região.

Juntamente com a proposta de criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram políticas de saúde voltadas para organização destes fluxos de pacientes e linhas de cuidados para otimizar e garantir o acesso do usuário. Algumas instituições de saúde e centrais de Regulação identificaram a importância da criação de protocolos clínicos para que o usuário seja encaminhado corretamente e para o serviço que melhor atenda a demanda de saúde da população (BRASIL, 2002).

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto é referência regional de atenção terciária à saúde e tem organizado propostas para que os pacientes lá atendidos realmente tenham necessidade desta determinada demanda, tendo em vista que o atendimento em nível terciário tem um custo elevado e à princípio as vagas ofertadas não são suficientes para atender toda a demanda regional.

O estudo proposto visa conhecer as dificuldades e demandas para agendamento das DRSs nos ambulatórios do HCFMRP-USP, com o objetivo de ajudar o planejamento dos gestores e otimizar o serviço, ajustando a distribuição de vagas, diminuindo o absenteísmo e melhorando o perfil dos pacientes encaminhados para o HCFMRP-USP.



## 2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### 2.1 Regionalização e Descentralização da Saúde

A regionalização e a descentralização da saúde são diretrizes do SUS brasileiro mencionados na constituição e reforçada no artigo 7º da Lei 8080/90. Os serviços de saúde que integram o sistema tem os municípios como seu principais administradores, conformando a descentralização político-administrativa, com comando único de cada esfera do governo; com isso os municípios assumiram a prestação dos serviços de saúde com o apoio dos Estados, com o objetivo de atender a demandas regionais em saúde e melhorar os indicadores de saúde conforme a demanda local (BRASIL, 1990, 2001).

A regionalização da saúde são recortes espaciais que ajudam no planejamento, organização, gestão das ações de saúde. Dentro destas regiões existem a organização de uma rede hierarquizada em diferentes níveis de complexidades e com perfis de atendimento, estas devem trabalhar de forma articulada para atender as demandas da população (BRASIL, 2006b).

Quando a regionalização e descentralização são organizadas de forma eficientes impactam de forma positiva nos indicadores de saúde pois, melhora o acesso da população aos serviços de saúde e utiliza de maneira racional todos os serviços de saúde disponíveis. Aumentando o acesso à saúde e garantindo a integralidade, a equidade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2001, 2006b).

Em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/01, admite como pontos importantes para garantir a regionalização com equidade a elaboração do Plano Diretor Regionalização (PDR) com diretrizes voltada para a regionalização da assistência; o fortalecimento dos gestores do SUS, empoderando estados e municípios no planejamento, a Regulação, a avaliação e controle dos serviços prestados em saúde e atualização dos processos de habitação dos estados e municípios (BRASIL, 2001).

No Plano Diretor de Regionalização PDR, tem como objetivo garantir o acesso à saúde, deve ser coordenado pela secretaria estadual de saúde juntamente com os municípios de cada regional de saúde, traçando um fluxo assistencial,

envolvendo toda a região de saúde. São feitos acordos entre os municípios para que nas regiões de saúde sejam garantidos a totalidade dos serviços em saúde que a população demanda (BRASIL, 2006b).

Outra estratégia prevista para fortalecer a regionalização da saúde é o Colegiado de Gestão Regional, que conta com a presença de todos os gestores dos municípios que compõe a regional e tem como funções criar um processo de planejamento regional, acompanhar a programação pactuada integrada (PPI) de atenção à saúde, definir os fluxos e os protocolos de atendimentos, priorizar linhas de investimento, estimular estratégias para o controle social, ajudar o processo de planejamento local e construir um processo para avaliação e monitoramento das ações em âmbito regional (BRASIL, 2006b, 2006c).

A Programação pactuada integrada tem como objetivo definir as ações e serviços que serão desenvolvidas em cada território e a alocação de recursos para estas atividades. A PPI deve prever os fluxos de desenho regional de cada Estado, sempre objetivando garantir o acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006b, 2006c).

A regionalização é proposta para atingir a equidade de saúde minimizando as diferenças regionais e garantindo o acesso aos serviços de saúde. Para que a descentralização seja efetiva devemos investir em estratégias de coordenação e cooperação solidarias, onde todas as esferas do governo estejam envolvidas na criação dos pactos e negociações das linhas do cuidado, visando uma gestão compartilhada com ações regionais e a formações de redes solidarias (BRASIL, 2006c).

Todas as políticas públicas ressaltam a necessidade do fortalecimento da capacidade de planejamento da gestão em todos os níveis do governo, fortalecendo as esferas municipais e estaduais, para a concretização da regionalização e descentralização da saúde, com o objetivo de melhorar o acesso à saúde levando com equidade e integralidade da assistência (BRASIL, 2006d).

Integrar todos os serviços de saúde para melhorar o acesso e garantir a integralidade da assistência em um sistema fragmentado, a regionalização é uma ferramenta de gestão importante, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma estratégia para o aperfeiçoamento desta regionalização.

## 2.2 Redes de Atenção à Saúde

Para garantir a integralidade, universalidade e equidade precisamos de um sistema de saúde que seja sensível as necessidades de saúde da população, que seja articulado de forma que os usuários consigam “migrar” nos serviços de saúde conforme suas necessidades e que garanta o acesso a estes serviços (KUSCHNIR et al., 2011).

Com isso organizou-se o território brasileiro em redes de atenção à saúde, que são recortes territoriais que são formados por diversos serviços de saúde com todos os níveis de atenção à saúde e diversas especialidades. De forma que este território seja capaz de ofertar todas as necessidades de saúde da população que ali reside, esta estrutura deve ser organizada de forma dinâmica onde todos os serviços são articulados, e o usuário consiga ter acesso a todos os serviços para garantir a integralidade da sua assistência (BRASIL, 2010; KUSCHNIR et al., 2011).

Para que as Redes de Saúde consigam atender todas as demandas da população, são necessários profissionais capacitados em toda à rede para que com os recursos disponíveis sejam usados de forma racional, de forma que as maiores demandas sejam absorvidas pela atenção primária (KUSCHNIR et al., 2011).

A portaria nº 4.279, de 30/12/2010, define Redes de Atenção à Saúde (RAS) como: criação de redes sistêmicas par a organização e integração de todas as densidades tecnológicas, de forma a “conectar” a atenção primária com os outros níveis de atenção à saúde para atender as demandas de saúde e promover a integralidade da atenção. Para a organizações das redes são necessários conhecer a demanda regional e suas prioridades, assim como os serviços oferecidos em sua regional de saúde e qual a melhor forma de ofertá-los.

A Política da Rede de Atenção à Saúde tem o propósito de integrar todos os níveis de atenção saúde, fortalecer a APS, e criar uma teia de fluxos e contra fluxos dos pacientes tendo em vista melhorar o acesso aos serviços de saúde e garantir a integralidade da assistência (BRASIL, 2010).

A literatura internacional reforça que os Sistemas de Saúde que operam de forma integrada, com a atenção primária como a principal porta de entrada e ordenador do sistema, tem uma melhora nos indicadores de saúde e redução dos custos totais (MENDES, 2011).

As RASs propõe uma organização da rede de saúde de forma horizontal onde nenhuma unidade de saúde tem maior grau de importância que a outra apesar do seus diferentes graus de densidade tecnológica, fugindo do modelo tradicional piramidal. A RAS leva em consideração três componentes: a população, a estrutura organizacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012).

As RASs devem operar com o objetivo de que toda a população seja atendida em tempo hábil de acordo com a suas necessidades. Sendo assim a rede precisa funcionar e forma cooperativa, havendo uma continua atenção nos níveis primário, secundário e terciário buscando a uma atenção integral e continua. A atenção primaria atua na coordenação destes fluxos de cuidados (MENDES, 2011, 2012).

No Brasil a Atenção Primaria saúde, atende populações com territorios bem definidos, que considera o ambiente e a dinamicidade existente no territorio adescrito. Esta deve resolver os problemas de saúde de alta prevalência e relevância e para tal faz uso de tecnologias de elevadas complexidades e baixa densidade. No Brasil é entendida como atividades de saúde pública e nestes espaços deve-se ocorrer o primeiro contato com o paciente no SUS e ter a capacidade de resolver 85% das demandas de saúde da população atendida (BRASIL, 2006a, 2011a; LAVRAS, 2011; MENDES, 2012).

Corforme Starfield (2002) as principais características da atenção primária à saúde são: a principal porta de entrada no serviço de saúde; continuidade do cuidado e integralidade da assistência. Atua como corresponsável por todo o problema de saúde da sua população adescrita desde a coordenação do cuidado, incluindo a responsabilidade pelo encaminhamento para os serviços especializados, quando necessário, integra e coordena todo o fluxo de cuidado em saúde.

Estudos mostram que redes de saúde bem estruturadas e funcionantes ajudam na redução dos custos em saúde e otimizam os recursos disponiveis e melhora os indicadores de saúde. No Brasil onde encontramos uma situação com tripla carga de doenças (doenças agudas, doenças cronicas e suas complicações e causas externas), e onde os sistemas de saúde ainda operam de forma isoladas e com dificuldades de uma intercomunicação, é um desafio prestar uma assistência à saúde de forma continua, politcas publicas e incentivos à estruturação das redes de saúde melhorariam os serviços de saúde ofertados a população (SILVA et al., 2008).

A Atenção Básica deve garantir a equidade de atenção à saúde e a integralidade da assistência. Neste sentido, a parcela da população, cujos problemas

não foram atendidos na Atenção Básica deve ter acesso ao serviço especializado existente nos municípios, exigindo uma organização de fluxo e para tal há necessidade de interlocução entre a demanda e a prestação de serviços. (DOS SANTOS; MERHY, 2006).

Estudo realizado em Recife, por Albuquerque et al. (2013) discute que para a implantação de rede de saúde que assegure uma efetiva conexão entre a oferta de serviços e a demanda, é necessária uma qualificação contínua da atenção básica, para que esta possa ampliar sua resolutividade e diminuir a demanda por serviços especializados, diminuindo custos e aumentando o acesso à saúde.

Para um atendimento na atenção básica com alta resolutividade é necessário uma equipe multiprofissional capacitada para acolher o usuário em suas necessidades, autonomia no processo de trabalho e uma articulação com a gestão regional para que o paciente possa ser assistido em sua integralidade (COSTA et al., 2014).

O atendimento as demandas especializadas são realizadas por ambulatórios e hospitais secundários ou terciários dependendo da gravidade e necessidade do usuário, podendo ser eletivo ou de urgência e emergência. O SUS deverá formar distritos de saúde para ofertar a cobertura total de todas as ações de saúde, estes acordos deveram ser feitos entres municípios envolvidos com o apoio do Estado (BRASIL, 1990, 2011b).

Os Hospitais têm um papel fundamental para garantir a integralidade da assistência, estas são instituições que demandam alto custos para a saúde, demandam uma equipe especializada para atender os agravos à saúde das mais diversas formas. Tendo uma notória participação em atenção terciária no país estão os hospitais universitários que além de ser referência em muitas regiões de saúde, ainda formam e capacitam recursos humanos (BRASIL, 2006b, 2007b).

Os hospitais fazem parte da rede de saúde, compondo a rede terciária de atenção. O acesso do usuário a este serviço pode ser através da Regulação de urgência e emergência ou a Regulação de eletiva, devendo ser realizada através de Centrais de Regulação que seguem protocolos clínicos para encaminhamento e visualiza em caso qual o melhor instituição para a atender a demanda (BRASIL, 2006b, 2007b).

## 2.3 Regulação em Saúde

A Regulação é um conceito bastante utilizado na economia e administração que significa uma intervenção do estado visando corrigir uma “falha de mercado”, ajustando a demanda com a oferta. A regulação atua na organização do sistema de saúde, na normatização de todo o SUS e garantia do acesso aos serviços de saúde (DOS SANTOS; MERHY, 2006).

A Regulação do Sistema de Saúde consiste em normas e leis que visam orientar, fiscalizar e monitorar as ações do SUS no que diz respeito aos serviços ofertados, recursos financeiros utilizados, vigilância da saúde para que os serviços sejam capazes de ofertar de forma universal e equitativo os serviços de saúde em todo o território nacional, respeitando a regionalização (BRASIL, 2008; OLIVEIRA; ELIAS, 2001).

A Regulação da Assistência à Saúde deve garantir a prestação dos serviços de saúde de forma eficiente, pactuada pelas secretarias municipais e estaduais, direcionada aos prestadores de serviços públicos ou privados levando em considerações as demandas de cada regional de saúde e suas reais ofertas de serviço. Sendo responsável pela contratação dos serviços de saúde assim como sua fiscalização, auditoria, e vigilância (BRASIL, 2008; OLIVEIRA; ELIAS, 2001).

A Regulação do Acesso tem, dentre outros, o propósito de ajustar a oferta de serviços disponíveis com as necessidades dos usuários, sempre no contexto norteador do SUS. Deve ser qualificada para priorizar os riscos e visualizar o serviço mais adequado ao usuário (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A Regulação do Acesso à Saúde deve ser capaz de analisar todos os serviços disponíveis em sua regional de saúde, as principais demandas eletivas de exames, médicos e outros profissionais de saúde. Deve criar fluxos e contra fluxos de demandas eletivas, de urgência e emergência, critérios de prioridades e protocolos de encaminhamentos objetivando aumentar a eficiência de respostas às demandas de saúde e otimizando os recursos financeiros e humanos envolvidos (BRASIL, 2006b, 2008).

O direito aos serviços de saúde de forma universal e igualitária é garantido a todos os brasileiros na Constituição Federal na Seção II, e também nesta consta que cabe ao poder público criar leis para sua regulamentação, fiscalização e controle.

Sua execução deve ser feita diretamente ou por terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O SUS regulado pela Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990), vem se aprimorando para melhor atender a população, visando sempre o princípio da equidade. Uma das estratégias usadas para melhorar o acesso à saúde é aprimorar Regulação da Assistência à Saúde de serviços eletivos ou de urgência e emergência.

A NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002) destaca a importância da implementação de Centrais de Regulação que sejam capazes de avaliar e direcionar o usuário para atender sua demanda com a melhor eficiência possível; sendo necessária a regionalização e a hierarquização da saúde e o conhecimento dos serviços oferecidos a população, seus fluxos de referência e contra referência. As Centrais de Regulação são responsáveis pela organização de fluxos, marcações de consultas, exames, cirurgias e manejo das prioridades e grupos de risco.

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, já que em muitos momentos a população não tem acesso direto aos serviços, dependendo da regulação para a seu ingresso aos serviços (BRASIL, 2010).

O Pacto Pela Gestão (Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006) (Brasil, 2006b) enfatiza a importância de complexos reguladores em todos os municípios para que estes consigam responder da melhor maneira possível as demandas em saúde. Define como princípios norteadores da regulação: articular e integrar ações de regulação sobre o sistema de saúde; articular e integrar as ações da regulação sobre o setor saúde com outras funções de gestão; implementar e desenvolver a regulação da atenção à saúde, articulando e integrando as ações de contratação, controle, regulação do acesso, auditoria e avaliação da atenção à saúde, Reorganizar os sistemas de informação necessários para implementar novas diretrizes da regulação em saúde; Articular e integrar as ações da regulação com a política da atenção à saúde. As ações de regulação estatal é feita sempre por uma das esferas do governo (federal, municipal e estadual), cada uma com funções e ações definidas.

A Política Nacional de Regulação em Saúde ressalva a importância da implantação de um complexo regulador para garantir o acesso a assistência à saúde

de acordo com os princípios do SUS. Este complexo deve formar redes de saúde e permitir ao gestor uma visão da demanda e os serviços disponíveis na sua área de abrangência, sendo capaz de organizar protocolos de encaminhamentos e atender a demanda da maneira mais eficiente possível (BRASIL, 2008).

Torna-se um grande desafio para a assistência criar uma linha de cuidado que atenda as demandas e necessidades da população, pois esta não opera nas escolhas ou vontades dos usuários mais sim depende do conhecimento técnico e das disponibilidades que os profissionais de saúde têm no momento da interface com seu paciente (MALTA, 2004 et al).

Estas questões 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. Ela deve ser feita através de um complexo regulador da assistência por meio de protocolos clínicos sempre objetivando a equidade e atenção integral a saúde do paciente (SANTOS, 2012; VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

No município de Ribeirão Preto a implantação do Complexo Regulador (CR) teve como intenção de criar uma interlocução entre a demanda assistencial e a oferta de serviços e para aperfeiçoar melhor os recursos disponíveis e reorganizar os fluxos. Com a concretização do CR foi possível avaliar os riscos e prioridade dos usuários através de protocolos clínicos, melhorar o acesso das consultas medicas especializada, organizar as agendas dos prestadores de serviço assim garantindo a equidade da assistência à saúde (FERREIRA et al., 2010).

Clares et al. (2011) investigaram qual a visão do usuário da eficácia da atenção básica e constataram que a Regulação para serviços especializados é sempre um dos grandes problemas apontados como a principal dificuldade para garantir o acesso do acesso à saúde, e relataram um tempo de espera relativamente grande em torno de 25- 40 dias para conseguir um atendimento especializado.

Serra e Rodrigues (2010) realizaram pesquisa com 25 médicos de saúde da família do município de Rio de Janeiro e constataram que os encaminhamentos feitos para os serviços especializados não seguem protocolos clínicos e diretrizes já existentes, havendo necessidade de treinamentos e educação continuada do assunto.



Um estudo transversal caracterizou o atendimento feito na atenção primária de Unidades Básicas de Saúde Tradicional e Unidades Básicas de Saúde com PSF, em 41 municípios do país na região nordeste e sul, quando evidenciou que o modelo de atenção à saúde são influenciados pela demanda, podendo ser utilizado para subsidiar a organização dos processos de trabalho na Atenção Primária e nas redes de saúde (TOMASI et al., 2011).

Pires et al. (2010), em pesquisa realizada no Distrito Federal e entorno, constatou que a maior demanda aos hospitais do DF para consultas médicas, 50,4% são motivadas por afecções leves que poderiam ser resolvidas na atenção básica.

## **2.4 Hospitais de Ensino**

O atendimento em nível terciário no Brasil tem uma grande importância para garantir a integralidade da assistência à saúde. Hoje no país temos aproximadamente 6615 unidades hospitalares (CNES, Mar, 2016) em funcionamento e o que representa cerca de 70% dos gastos investidos na saúde.

No Brasil as instituições hospitalares apresentam um papel social importante, já que são nestas instituições que presenciamos marcos importantes no ciclo de vida como o nascimento, assistência em urgência e emergência e também o morrer. Ao longo da história os hospitais sofreram mudanças na sua forma de atuar, eles passaram de instituições com pleno conhecimento em saúde para instituições parte de um sistema assistencial onde grande parte das ações em saúde são desenvolvidas em unidades básicas de saúde e ambulatórios (BRAGA NETO et al., 2012).

Os hospitais são fundamentais para a eficiência da assistência à saúde. Ofertam todas as vagas de internação e são responsáveis por garantir uma extensa variedade de ambulatórios e devem aplicar seus recursos de forma racional para que um serviço de excelência seja oferecido e a demanda da população atendida (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Os hospitais precisam estar inseridos nas redes de atenção à saúde de um determinado território como parte integrante do sistema de saúde e com a mesma importância das outras instituições de saúde, quebrando com o histórico dos

hospitais como modelo biomédico curativo e com a cultura dos hospitais como autossuficientes e detentor de todo o conhecimento em saúde. Esta inserção na rede tende a aumentar a efetividade dos hospitais reorientando as demanda para os níveis de atenção à saúde corretos, e otimizar os recursos de saúde disponíveis na rede (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2004).

Os Hospitais Universitários (HU) são instituições que apresentam um custo elevado quando comparado aos demais hospitais, devido suas atividades docência-assistencial, incentivo a pesquisa e a alta tecnologia neles ofertadas. Além disso, grande parte dos HUs não estão devidamente inseridos no SUS e têm dificuldades na interação com o nível secundário e terciário e muitas vezes, desenvolvem atividades de nível secundário (MÉDICI, 2001).

Os hospitais certificados como de ensino, conforme portaria nº 1000 de 15 de Abril de 2004, se comprometem a participar de forma efetiva na formação de profissionais de graduação, promover pós graduação, ofertar vagas de residência e apoiar o desenvolvimento de pesquisas. Dessa forma, estas instituições possuem grandes responsabilidades, envolvendo-se diretamente na formação de profissionais, com o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde e atendimento dos usuários do SUS (BRASIL, 2004a).

A Portaria nº 1702 de agosto de 2004 cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde, redefinindo a as formas de financiamento dos Hospitais de Ensino (HE) e parte a desse financiamento passa a ser vinculado ao cumprimento de metas. Esta mesma portaria enfatiza que os HE devem fazer parte da rede do SUS de acordo com a hierarquização, garantir o acesso à atenção integral à saúde e pactuar com os gestores municipais e/ou estadual os serviços a serem ofertados e ajustar conforme demanda loco regional (BRASIL, 2004b).

Em 2007 a Portaria nº 2400, redefiniu os requisitos para a certificação dos HE em todo o território nacional, afirmando a importância destes no SUS, na capacitação de profissionais da saúde e nas pesquisas para novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2007b).

É necessária uma reforma na forma de gestão dos hospitais brasileiros para que realmente possamos produzir saúde com a qualidade que a população precisa, ao menor custo possível e com a garantia de acesso a quem dele necessitar. Esta mudança deveria ser pautada em redimensionar a capacidade dos hospitais, e os

processos de trabalhos e atuação do usuário. Reformulação na atenção à saúde mental hospitalar foi realizada onde as necessidades dos usuários foram revistas, mas esta mudança não ocorreu no sistema de saúde como um todo. Observam-se ações isoladas de reforma das estruturas hospitalares e pouco eficazes (DE SOUZA CAMPOS; DO AMARAL, 2007).

Para uma maior racionalização dos recursos gastos em saúde, o SUS precisa otimizar os hospitais, a demanda para estas instituições deve ser regulada, já que o a maior porcentagem dos recursos da saúde hoje vão para os hospitais (BRAGA NETO et al., 2012).

## **2.5 O caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**

Atualmente Hospitais Universitários são referências para a saúde, devido a sua importância educacional–social. Parte integrante da rede de atenção à saúde do SUS, os HUs são provedores da atenção terciária e quaternária à saúde e detentores de tecnologias de ponta e de grande parte de conhecimento de tecnologias em saúde.

Desde a sua criação o HCFMRP-USP atendia à demanda espontânea sem critério da complexidade e da gravidade dos casos atendidos. Com a criação do SUS em 1988, o hospital passou a fazer parte do sistema e atender as demandas encaminhadas pelos municípios da região. Estas demandas vinham de forma indiscriminada sem atender aos critérios de hierarquização e complexidades dos casos. Este cenário prejudicava o atendimento aos pacientes, gerando longas filas de espera para atendimento e realização de exames, o número de vagas disponibilizadas nunca eram suficientes para atender a demanda, não havendo uma organização e acordo entre gestores municipais e estatal com o hospital.

Em 2000 o HCFMRP-USP projetou sua melhor inserção no SUS almejando melhorar o acesso dos pacientes ao hospital e integrar a rede de saúde e forma efetiva, considerando ser uma referência loco regional em saúde. Para tanto o fluxo dos pacientes eletivos foi revisto, as vagas de acesso foram distribuídas aos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) de sua região de abrangência, Ribeirão

Preto, Franca, Araraquara, Barretos e São João da Boa Vista, que assumiram, a partir de então, a responsabilidade de agendamento dos novos pacientes (SILVA DE SÁ, 2002).

Foi feito um levantamento do número de vagas ofertadas pelos ambulatórios do hospital, estas vagas foram pactuadas com as DRSs de acordo com a tendência histórica dos últimos cinco anos que antecederam a pactuação. As vagas foram disponibilizadas eletronicamente a cada regional de saúde quinze dias antes das consultas, e estas são responsáveis por triar os pacientes e agendar prioridade e necessidade de cada caso.

O DRS de Araraquara assumiu 4,7% das vagas disponibilizadas; o DRS de Barretos 3% das vagas, o DRS de Franca 9% das Vagas, o DRS de Ribeirão Preto 75% das vagas, o DRS de São João da Boa Vista 1,5% das vagas e outros DRS 6,8% das vagas, até o ano de 2015 quando o DRS de São João da Boa Vista passa a ter outro hospital terciário como referência (DALLORA, 2010).

Desde de janeiro de 2015 a divisão das vagas ofertadas pelo HCRP é feita da seguinte forma: DRS Araraquara com 4.7%, DRS de Barretos 3%, DRS de Franca 9% e DRS de Ribeirão Preto 83.3% das vagas disponibilizadas.

Os usuários não devem mais buscar de forma espontânea o acesso direto ao HCFMRP-USP. Para serem atendidos na instituição eles devem ser encaminhados por outros estabelecimentos de saúde, da rede primária e secundária de saúde, mediante o seu enquadramento nos protocolos clínicos de acesso. Esta iniciativa tem como propósito diminuir a demanda reprimida, melhorar o fluxo de pacientes, melhorar o perfil dos pacientes encaminhados e assim, aumentar a eficiência do serviço prestado e utilizar os recursos de forma mais racional.

Com criação dos fluxos e contra fluxos dos pacientes ao HCFMRP-USP e a integração do hospital na rede regional de saúde como nível terciário de atenção à saúde vislumbrava-se uma otimização das vagas para pacientes que realmente precisando o atendimento especializado terciário, absorvendo somente as demandas apropriadas.

Conforme já mencionado anteriormente, estudo realizado, entre os anos 2000, ano da implantação das Centrais de Agendamento das consultas eletivas até 2005, para avaliar o impacto das Centrais de Regulação na organização do fluxo de pacientes e na efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de serviços regional, apresentou que as vagas disponibilizadas aos DRSs não foram

aproveitadas na sua totalidade, e cerca de 31,3% dos pacientes agendados via Centrais de Regulação não foram absorvidos para seguimento no sistema hospitalar. Além do mais, grande parte dos pacientes encaminhados não apresentavam problemas de alta complexidade (DALLORA, 2010; DALLORA; SILVA DE SÁ, 2011).

Conclui-se que novas medidas seriam necessárias para a organização do fluxo de pacientes e conseqüente consolidação do Hospital como instância terciária do sistema regional de serviços de saúde. Assim, inúmeras medidas foram adotadas tanto pelo Hospital quanto pelo DRS XIII (SILVA DE SÁ, 2002, 2015).

Para que atendimentos de baixa e média complexidade não fossem realizados na instituição hospitalar e para que se absorvesse a demanda existente nesse nível de atenção, o HCFMRP-USP e o Governo do Estado de São Paulo através da Secretaria da Saúde, por intermédio da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), celebraram vários convênios de cooperação:

- Criação do HERP - Hospital Estadual de Ribeirão Preto em 2008, que conta com 40 leitos, 04 salas de cirurgia, 10 salas para consulta, para prestação de assistência hospitalar de média complexidade;
- Criação do CIR – Centro Integrado de Reabilitação, vinculado ao HERP, onde são realizados atendimentos em áreas de especialidades não médicas como a Fonoaudiologia, a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional;
- Estadualização da MATER, que se constituiu o Centro Estadual de Referência à Saúde da Mulher e cuja gestão foi assumida pelo HCFMRP –USP em 2009.
- Estabelecido em 2010 convênio com a Secretaria Estadual de Saúde para a gestão do Hospital Estadual de Américo Brasiliense – HEAB;
- Foi também implantado no Hospital, em 2007, o Centro de Reabilitação – CER, integrante da rede Lucy Montoro, que presta serviços em reabilitação de alta complexidade, atendendo em média 6 mil pacientes por ano, com suporte para serviços em órteses, serviços técnicos em enfermagem, testes cardiorrespiratórios, dando assistência aos cursos de graduação e atuando como complemento para a formação dos profissionais da saúde (SILVA DE SÁ, 2002).

Estes centros de atendimento integrados formam o complexo hospitalar do HCFMRP-USP, prestando assistência a todos os níveis de gravidade/complexidade em saúde, para o município de Ribeirão Preto e sua região.

O Hospital aprimorou no decorrer desses anos os seus protocolos de acesso, como forma de efetivar sua inserção como instância terciária na rede de serviços e os disponibilizou eletronicamente às Centrais de Regulação das DRS's.

O próprio sistema de agendamento de consultas também sofreu ajustes importantes no período, com a informatização da guia de referência desde a Unidade Básica de Saúde, com campos obrigatórios onde o médico solicitante de encaminhamento ao HC tem que apresentar a história clínica e a justificativa do encaminhamento que deve estar de acordo com o protocolo estabelecido.

Diante do contexto acima exposto, e das novas iniciativas implantadas a partir de 2005 para fortalecer o hospital de ensino terciário da rede regional de serviços de saúde, surgem os seguintes questionamentos:

- Houve melhora no aproveitamento das vagas de primeira consulta ofertadas pelo HCFMRP-USP aos DRSs?

- Os pacientes agendados para consulta de primeira vez foram devidamente encaminhados e demandavam realmente seguimento no ambiente hospitalar de nível terciário? - Quantas vagas de primeira consulta disponibilizadas pelo HCFMRP-USP são realmente aproveitadas?

Estudos neste sentido são importantes visto que a estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS. Há de se conhecer melhor a oferta e demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar o aproveitamento das vagas de consultas para novos pacientes ofertadas pelo HCFMRP – USP aos Departamentos Regionais de Saúde de sua região de abrangência, no período de 2006 a 2014.

#### **3.2 Objetivos Especifico**

- 1- Avaliar o número de vagas ofertadas de consultas eletivas (primeira consulta - casos novos) no período de estudo;
- 2- Avaliar a Taxa de Agendamento (TxA) das vagas ofertadas;
- 3- Avaliar a Taxa de Falta dos pacientes agendados (TxF) (absenteísmo);
- 4- Avaliar de Taxa de Adequação da Referência(TxAR) dos encaminhamentos aos ambulatórios especializados;
- 5- Avaliar a Taxa de Aproveitamento Global (TxAG) das vagas ofertadas de primeira consulta para novos pacientes, pelo HCFMRPUSP.

## 4 METODOLOGIA

Com o objetivo de avaliar o aproveitamento das vagas de consultas eletivas ofertadas pelo HCRP-USP aos DRSs de sua região de abrangência, no período 2006 a 2014, foi realizado com estudo descritivo com dados secundários do banco de dados do HCFMRP-USP, a partir das informações do Serviço de Agendamento e Controle de Pacientes Ambulatoriais. Foram extraídas, para cada DRS do estudo, no período de 2006 até 2014, as seguintes variáveis: total de vagas ofertadas; total de vagas agendadas; total de pacientes faltosos; total de consultas realizadas; total de pacientes absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar e total de pacientes dispensados.

O DRS de São João da Boa Vista foi excluído do presente estudo pois a partir de 2015, com a nova conformação de rede regional de atenção à saúde, este passou a integrar outra regional.

A partir destas variáveis as seguintes taxas foram calculadas:

Taxa de agendamento: mensura o aproveitamento das DRS's em agendar seus pacientes nas vagas disponibilizadas de 2006 a 2014.

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

Taxa de Falta: mede o percentual de pacientes que não compareceram na consulta na data agendada.

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

Taxa de Adequação da Referência: mede a porcentagem de pacientes de 1ª vez e que foram absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar, ou seja, que realmente demandaram acompanhamento no nível terciário de atenção à saúde, que é o hospital. Este casos foram considerados como encaminhamento adequado da Central de Regulação ao Hospital.

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

Taxa de Aproveitamento Global: mede o aproveitamento global das vagas ofertadas aos DRS's considerando as vagas agendadas, as consultas realizadas, os pacientes faltosos e a quantidade de pacientes que realmente foram absorvidos para



seguimento no Hospital. Ou seja, é uma medida composta do aproveitamento das vagas pelos DRSs, do aproveitamento pelos pacientes e se o encaminhamento foi ou não adequado ao Hospital.

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

Em posse das informações observou-se que uma parcela das consultas foram agendadas pelos DRS, conforme a proposta pactuada. Porém, outra parcela, foi agendada diretamente pelo HCFMRP-USP que, de posse da agenda, aproveitava as vagas disponíveis para agendar pacientes já atendidos no Hospital que foram encaminhados para outras de especialidades diferente da clínica de seguimento e pacientes com carta de encaminhamento que procuravam diretamente o Serviço de Controle de Leitos e Agendamento de Consultas do Hospital. Por ser objetivo deste trabalho o aproveitamento das vagas disponibilizadas pelo HCFMRP-USP, entendeu-se por bem considerar estes casos.

Este fato está representado nas Tabelas 1 a 9 que demonstramos dados coletados no Serviço de Agendamento e Controle de Pacientes Ambulatoriais do HCRP, por Regional de Saúde nos anos de 2006 a 2014, sendo que as colunas Agendamentos do DRS e Agendamentos do HC para os DRS foram somadas para efeito de cálculo das taxas, conforme explicado anteriormente.

Tabela 1 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2006.

DRS/ 2006	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvido	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	2052	710	22	81	651	599	52
BARRETOS	1306	257	9	25	241	205	36
FRANCA	3927	1259	62	158	1163	1040	123
RIBEIRAO PRETO	33734	22136	830	4383	18583	16656	1927
<b>Média geral</b>	<b>41019</b>	<b>24362</b>	<b>923</b>	<b>4647</b>	<b>20638</b>	<b>18500</b>	<b>2138</b>

Tabela 2 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2007.

DRS/ 2007	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	2103	1332	26	131	1227	1149	78
BARRETOS	1341	753	51	120	684	621	63
FRANCA	4026	2336	127	294	2169	1949	220
RIBEIRAO PRETO	34859	29851	5193	7284	27760	25093	2667
<b>Média geral</b>	<b>42329</b>	<b>34272</b>	<b>5397</b>	<b>7829</b>	<b>31840</b>	<b>28812</b>	<b>3028</b>

Tabela 3 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2008.

DRS/ 2008	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	2233	1512	63	162	1413	1305	108
BARRETOS	1434	942	65	127	880	811	69
FRANCA	4282	2803	186	367	2622	2300	322
RIBEIRAO PRETO	36166	29760	4501	7282	26979	23851	3128
<b>Média geral</b>	<b>44115</b>	<b>35017</b>	<b>4815</b>	<b>7938</b>	<b>31894</b>	<b>28267</b>	<b>3627</b>

Tabela 4 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2009.

DRS/ 209	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	2377	1522	86	192	1416	1292	124
BARRETOS	1529	1184	168	201	1151	1027	124
FRANCA	4556	3077	303	496	2884	2550	334
RIBEIRAO PRETO	38790	26297	4812	6384	24725	22006	2719
<b>Média geral</b>	<b>47252</b>	<b>32080</b>	<b>5369</b>	<b>7273</b>	<b>30176</b>	<b>26875</b>	<b>3301</b>

Tabela 5 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2010.

DRS/ 2010	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	2406	1529	155	229	1455	1316	139
BARRETOS	1544	1176	106	248	1034	931	103
FRANCA	4619	4200	284	688	3796	3360	436
RIBEIRAO PRETO	38483	23414	5161	5553	23022	20786	2236
<b>Média geral</b>	<b>47052</b>	<b>30319</b>	<b>5706</b>	<b>6718</b>	<b>29307</b>	<b>26393</b>	<b>2914</b>

Tabela 6 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2011.

DRS/ 2011	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	2442	2159	223	401	1981	1849	132
BARRETOS	1571	1536	144	367	1313	1218	95
FRANCA	4691	4877	415	848	4444	3973	471
RIBEIRAO PRETO	39301	20230	5254	4763	20721	19010	1711
<b>Média geral</b>	<b>48005</b>	<b>28802</b>	<b>6036</b>	<b>6379</b>	<b>28459</b>	<b>26050</b>	<b>2409</b>

Tabela 7 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2012

DRS/ 2012	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensados
ARARAQUARA	1980	1559	272	348	1483	1372	111
BARRETOS	1261	879	110	222	767	711	56
FRANCA	3792	2680	454	537	2497	2319	178
RIBEIRAO PRETO	32337	21644	4402	5333	20713	18885	1828
<b>Média geral</b>	<b>39370</b>	<b>26762</b>	<b>5238</b>	<b>6440</b>	<b>25460</b>	<b>23287</b>	<b>2173</b>

Tabela 8 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2013

DRS/ 2013	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensado
ARARAQUARA	1881	1476	305	358	1423	1336	87
BARRETOS	1200	775	92	193	674	615	59
FRANCA	3609	2442	226	520	2148	1973	175
RIBEIRAO PRETO	30710	22158	2812	4651	20319	18477	1842
<b>Média geral</b>	<b>37400</b>	<b>26851</b>	<b>3435</b>	<b>5722</b>	<b>24564</b>	<b>22401</b>	<b>2163</b>

Tabela 9 - Distribuição e movimentação das vagas de consultas eletivas para novos pacientes no HCFMRP-USP. Ano: 2014

DRS/ 2014	Vagas Disponibilizadas	Consultas Agendadas. DRS	Consultas Agendadas. HC p/ DRS	Falta	Consultas Realizadas	Pacientes Absorvidos	Pacientes Dispensado
ARARAQUARA	1908	1437	334	327	1444	1364	80
BARRETOS	1213	646	75	164	557	509	48
FRANCA	3647	2229	318	455	2092	1921	171
RIBEIRAO PRETO	31040	21886	3104	4582	20408	18138	2270
<b>Média geral</b>	<b>37808</b>	<b>26198</b>	<b>3831</b>	<b>5528</b>	<b>24506</b>	<b>21932</b>	<b>2569</b>

#### **4.1 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 11.465/06 (ANEXO A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 10 - Vagas Disponibilizadas pelo HCFMRP–USP Dados aos Departamentos Regional de Saúde ano 2006 a 2014

Numero de Vagas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ARARAQUARA	2052	2103	2233	2377	2406	2442	1980	1881	1908
BARRETOS	1306	1341	1434	1529	1544	1571	1261	1200	1213
FRANCA	3927	4026	4282	4556	4619	4691	3792	3609	3647
RIBEIRAO PRETO	33734	34859	36166	38790	38483	39301	32337	30710	31040
<b>Média geral</b>	<b>41019</b>	<b>42329</b>	<b>44115</b>	<b>47252</b>	<b>47052</b>	<b>48005</b>	<b>39370</b>	<b>37400</b>	<b>37808</b>

Na tabela 10 é possível observar que o DRS de Ribeirão Preto tem um maior percentual de distribuição das vagas ofertadas (82%). O ano que o HCFMRP-USP ofertou um maior número de vagas foi em 2011 (48.005) e o ano que ofertou um menor número de vagas foi em 2013 (37.400).

Ao longo dos anos observa-se variação no número de vagas disponibilizadas pelo HCFMRP-USP, com uma redução de 8% quando se compara 2006 com 2014. Considerando que a disponibilidade de serviços em saúde é um fator importante para garantir o acesso dos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e que uma das grandes reclamações ao SUS é a falta de disponibilidade de serviços, era de se esperar que o HCFMRP-USP deveria, se não aumentar as vagas disponibilizadas, pelo menos manter a quantidade ofertada. Há fila de espera para agendamento em várias especialidades, o que configura demanda reprimida. Por outro lado, há de se entender a dificuldade do Hospital, que muitas vezes não dispõe da estrutura necessária para o atendimento, com dificuldades de recursos humanos, financeiros, de infraestrutura. Esta situação pode ser exemplificada, na situação atual, pelo Decreto 64.466, que proíbe a contratação de pessoal, mesmo que em regime de substituição das demissões, o que pode comprometer a qualidade e o atendimento do volume das atividades hospitalares.

Os principais obstáculos enfrentados para a efetivação da universalização da saúde são as desigualdade de financiamento e o acesso aos serviços de saúde, considerados fatores limitantes para o atendimento integral à saúde (LIMA et al., 2012).

Dividindo o número de vagas por habitante de cada DRS no ano de 2014, que é o ano mais recente do estudo, encontram-se os seguintes resultados: 0,002 vagas por habitantes no DRS de Araraquara, 0,003 vagas por habitante DRS Barretos, 0,005 vagas por habitante no DRS Franca, 0,02 vagas por habitante no DRS de Ribeirão Preto. O DRS de Ribeirão Preto é o que tem maior número de vagas por habitante e Araraquara é o DRS que tem a menor número de vagas por habitantes. Embora não haja parâmetros para este indicador, os baixos resultados são preocupantes quando se considera que, para muitos casos, o HCFMRP-USP é a única opção de oferta de serviços de alta complexidade para a população. Esta preocupação cabe aos gestores regionais, que devem buscar outras alternativas que possam inserir na rede de serviços sob sua gestão, de tal forma a assistir a população de sua região de abrangência.

Tabela 11 - Taxa de Agendamento de novas consultas no HCFMRP-USP, por DRS, de 2006 a 2014.

DRS/ TxA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ARARAQUARA	36%	65%	71%	68%	70%	98%	92%	95%	93%
BARRETOS	20%	60%	70%	88%	83%	107%	78%	72%	59%
FRANCA	34%	61%	70%	74%	97%	113%	80%	74%	70%
RIBEIRAO PRE	68%	101%	95%	80%	74%	65%	81%	81%	81%
<b>Média geral</b>	<b>39%</b>	<b>72%</b>	<b>76%</b>	<b>78%</b>	<b>81%</b>	<b>96%</b>	<b>83%</b>	<b>81%</b>	<b>76%</b>

Conforme Tabela 11, a menor TxA foi 20% do DRS de Barretos no ano de 2006, enquanto que a maior taxa observada foi 113% da regional de Franca no ano de 2011.

No geral, a TxA variou de 39% a 96%, sendo observado a maior no ano de 2011. Observa-se uma melhora sensível quando se analisa os dois extremos (2006 x 2014). Mesmo assim, constata-se que somente por deixar de agendar, o que é uma questão entendida como administrativa, no geral, considerando o ano mais recente do estudo que é 2014, 9072 vagas foram desperdiçadas. Este fato chama atenção por ser o acesso aos serviço de saúde um dos maiores desafios do SUS.

Uma das justificativas para esta “perda” de agendamento poderia ser o fato de que vagas ofertadas de algumas especialidades não teriam a demanda correspondente na rede.

Em 2000 foi implantado o sistema online para a marcação de vagas de primeira consulta, os DRS ficaram responsáveis por regular os encaminhamentos e agendar no sistema. Observamos que após 14 anos de sua implantação existe um desperdício de vagas. Algumas questões podem justificar esta perda de vagas. Uma delas seria a dificuldades dos DRS em agendar as consultas em tempo hábil, visto que as vagas são abertas para os próximos 30 dias de agenda, e os DRS devem avaliar os encaminhamentos ordenar por prioridade para depois agendar a consulta no sistema. Vale lembrar que as vagas ficam disponibilizadas no sistema eletrônico por um período de 30 dias e, não sendo preenchidas, não se acumulam para agendamentos posteriores.

As vagas disponibilizadas no sistema são baseados em séries históricas. Há de se constatar se esta distribuição de vagas está ou não de acordo com a necessidades reais e atuais dos DRS. Sendo feita uma distribuição diferente, as vagas seriam melhor aproveitadas ou existe dificuldades, técnica e administrativas, na organização dos DRS para este agendamento?

Um sistema de referência e contra referência que funcione e forma eficiente, ou seja, capaz de triar as demandas prioritárias e determinar o melhor serviço para o agendamento de exames e consultas de especialidades é um dos fatores que melhoram a acessibilidade da assistência em saúde, conforme discutido por Cunha e Viera da Silva (2010). Foi também este o propósito do Hospital, quando disponibilizou aos DRS um sistema informatizado para o gerenciamento e agendamento de vagas de novas consultas. A análise do banco de dados gerado por este sistema disponibiliza informações aos gestores e ao Hospital que podem subsidiar discussões para o ajustes das vagas ofertadas, de acordo com o perfil epidemiológico da população, desde que suportado pela capacidade operacional do Hospital.

Ferri et al. (2012), discorre sobre a importância de organizar um serviço de referência e contra referência, os fluxos de serviços e protocolos de atendimento, necessitando o equacionar a oferta de serviços com demanda nas regionais de saúde para garantir a integralidade de assistência.

Cerqueira e Pupo (2008) faz uma análise da acessibilidade expondo que o acesso não é só uma questão de disponibilizar o serviço, é responder as necessidades da população ajustando nos recursos tecnológicos, humanos à necessidade dos usuários. Os serviços dever ser contínuos e garantir o acesso à outros níveis de atenção à saúde.

Em um estudo realizado no período de 2000 a 2005 a Taxa de Agendamento média encontrada foi de 66,2% (DALLORA; SILVA DE SÁ, 2011), mostrando que houve uma melhora nos últimos 9 anos estudos passando para 76%. Mesmo com esta melhora este indicador deveria ter 100% de aproveitamento já que se trata de uma questão meramente administrativa.

Tabela 12 - Taxa de Falta de primeira consulta, porcentagem por DRS, de 2006 a 2014.

DRS/ T x F	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ARARAQUARA	11%	10%	10%	12%	14%	17%	19%	20%	18%
BARRETOS	9%	15%	13%	15%	19%	22%	22%	22%	23%
FRANCA	12%	12%	12%	15%	15%	16%	18%	19%	18%
RIBEIRAO PRETO	19%	21%	21%	21%	19%	19%	20%	19%	18%
<b>Média geral</b>	<b>13%</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>18%</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>	<b>19%</b>

A TxF é outro importante indicador que complementa a avaliação e discussão do aproveitamento das vagas ofertadas pelo Hospital. Conforme Tabela 12, Observamos que o DRS de Barretos apresentou a menor TxF em 2006 (9%) e a maior taxa em 2014 (23%).

Na média geral a taxa variou de 13% a 20% e no último período do estudo foi de 19%. Assim, das vagas agendadas de primeira consulta no ano de 2014, 5.459 pacientes não compareceram a consulta agendada.

A distância existente entre o paciente e o serviço de saúde é denominada acessibilidade geográfica, que deve ser medida juntamente com as dificuldades para que esta distância seja percorrida, a rapidez, dificuldades físicas, barreiras financeiras e social. Tendo em vista que a RRAS XVIII atende à quatro DRSs do Estado com 90 municípios podemos avaliar a acessibilidade geográfica como um fator importante para justificar as abstinências nos ambulatórios. (CERQUEIRA; PUPO, 2008).

Chama atenção a regional de Ribeirão Preto cujo absenteísmo no período variou entre 18% e 21%. Os municípios desta regional são os que tem maior proximidade geográfica com o Hospital, o que ameniza a dificuldade de transporte em relação aos demais DRSs. Também, Ribeirão Preto abarca a maior parte das vagas de consultas e, portanto, os números “negativos” desta regional têm maior impacto em números absolutos de pacientes ausentes. Além disso, a cidade é



suprida por uma rede de transporte público até o Hospital que abrange linhas de praticamente todos os seus quadrantes o que enfraquece eventuais justificativas de dificuldades de transporte.

Uma questão que pode-se argumentar neste caso é a possível falta de comunicação entre a Central de Regulação e os pacientes. Entretanto, nos dias de hoje, a comunicação por celulares e redes sociais tornou-se corriqueira até para o mais simples cidadão, o que o torna acessível praticamente 24 horas do dia. Estas tecnologias podem contribuir neste aspecto, por exemplo, com o envio de mensagens, por celular, aos pacientes, na véspera da consulta. Muitos hospitais e clínicas públicas ou privadas já adotaram esta sistemática de aviso aos pacientes acerca da data da consulta agendada.

Experiência na cidade de São Paulo em 2013 com a implantação de uma central de confirmação de agendamento, que entra em contato telefônico com os pacientes agendados quinze dias antes das consultas e relembra o agendamento via SMS dois dias antes da data da consulta agendada diminuíram o absenteísmo de 27% para 18% (ALBIERI et al, 2014).

A taxa de Absenteísmo geral do HCFMRP-USP, considerando todas os tipos de consultas, inclusive retorno, é de 17,21%, considerando os últimos nove anos, não distante do aqui observado que é 19% em 2014. Entretanto, chama atenção o fato de ser pacientes novos, que pleiteiam um acesso ao Hospital e que dispõem de encaminhamento para o nível terciário do sistema. Ou seja, embora almejando acesso no sistema hospitalar, estes pacientes faltaram, e diversos podem ser os motivos para tal, conforme acima mencionados.

Dallora e Silva de Sá (2011), encontraram a Taxa de Falta de 22,4% no período de 2000-2005, relacionando como um possível motivo deste absenteísmo o tempo de espera da referência ao HCFMRP-USP até a data do agendamento da consulta.

Tabela 13 - Taxa de Adequação da Referência de primeira consulta, porcentagem por DRS, de 2006 a 2014.

DRS/ Tx AR	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ARARAQUARA	92%	94%	92%	91%	90%	93%	93%	94%	94%
BARRETOS	85%	91%	92%	89%	90%	93%	93%	91%	91%
FRANCA	89%	90%	88%	88%	89%	89%	93%	92%	92%
RIBEIRAO PRETO	90%	90%	88%	89%	90%	92%	91%	91%	89%
<b>Média geral</b>	<b>89%</b>	<b>91%</b>	<b>90%</b>	<b>89%</b>	<b>90%</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>

A TxAR representa se o caso agendado realmente demandava atenção no nível terciário do sistema de saúde e assim necessitava ser acompanhado pelo sistema hospitalar.

Conforme Tabela 13 observamos que o DRS de Araraquara apresenta as maiores Taxas de Adequação da Referência 94% nos anos de 2007, 2013 e 2014; a menor taxa foi de 85% encontrada no DRS de Barretos em 2006. A média geral variou de 89% à 92%. Nos últimos oito anos do período estudo a taxa se mantém na média em 92% de adequação.

No ano de 2014, 2.571 (8%) pacientes que foram atendidos de primeira consulta não tiveram continuidade de tratamento no HCRP-USP, talvez por encaminhamentos inadequados ou por descartar algum possível diagnóstico, esta perda por descarte de hipótese diagnóstica deve ser considerada

Estudo realizado em período anterior, de 2000 a 2005, apresentou TxAR geral de 73,6% (DALLORA, 2010). O período ora em estudo apresenta uma melhoria significativa. Este incremento pode ser atribuído à melhor avaliação do paciente que potencialmente demanda atendimento no HC. Mudanças foram implementadas a partir de 2005 que podem ter influenciado os resultados. O Hospital aprimorou no decorrer desses anos os seus protocolos de acesso, tornando-os mais adequados aos recursos disponíveis na rede pública de saúde e os publicou no seu site e junto às Centrais de Regulação dos DRS's. Todos os ambulatórios especializados que oferecem vagas à rede para novos pacientes atualizam os seus protocolos de acesso anualmente. Neles constam os diagnósticos atendidos, as queixas mais comuns e os exames necessários para o encaminhamento.

O próprio sistema de agendamento de consultas também sofreu ajustes importantes no período, com a informatização da guia de referência desde a Unidade Básica de Saúde, com campos obrigatórios onde o médico solicitante do encaminhamento ao HCFMRP-USP é obrigado a apresentar a história clínica e a justificativa do encaminhamento, que deve estar de acordo com o protocolo estabelecido.

Ainda, como forma de melhorar o suporte técnico aos DRSs, o HC disponibilizou seu corpo clínico para fazer uma pré-avaliação das guias de referências inseridas no sistema eletrônico do DRS de Ribeirão Preto, que responde por 83% das novas vagas de consultas. Neste ajuste, o médico credenciado de cada especialidade, acessa através de senha específica, a guia de referência disponível

no sistema eletrônico do DRS e faz uma análise prévia do caso em espera para agendamento, avaliando os dados clínicos e exames complementares, de acordo com os protocolos pré estabelecidos de encaminhamento. Nesta etapa, ele orienta o agente regulador sobre a pertinência ou não do encaminhamento e eventuais complementações de informações e exames para a consecução do agendamento, tudo eletronicamente. Não há dúvidas de que este processo trouxe enorme contribuição para o melhor aproveitamento das vagas e absorção dos casos encaminhados. Vale ressaltar que esta prática não se constitui em uma norma do sistema de saúde visto que esta competência seria do agente regulador. Entretanto, não é difícil entender as dificuldades para que a Central de Regulação mantenha em seu quadro de reguladores, médicos especializados em número e qualificação suficientes para esta rotina. Na prática cotidiana os DRSs disponibilizam servidores não médicos, em geral, administrativos, para esta tarefa, o que contribui, certamente, para encaminhamentos inadequados.

Atualmente, cerca de 82% dos ambulatórios especializados do HC trazem esta colaboração ao DRS de Ribeirão Preto, o que resulta, por outro lado, em benefício do próprio serviço especializado que receberá o paciente em melhores condições de avaliação e mais adequado à assistência daquela especialidade.

Finalmente, cabe ressaltar que alguns pacientes, embora encaminhados corretamente, tiveram seus diagnósticos obtidos logo no primeiro atendimento, a sua terapia instituída a seguir e por esta razão não foram absorvidos no sistema hospitalar considerando desnecessário seguimento ulterior.

Tabela 14 - Taxa de Adequação da Aproveitamento Global, porcentagem por DRS, de 2006 a 2014

DRS/ TxAG	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ARARAQUARA	29%	55%	58%	54%	54%	76%	69%	71%	71%
BARRETOS	15%	46%	57%	67%	60%	78%	56%	51%	42%
FRANCA	26%	48%	54%	56%	73%	85%	61%	55%	53%
RIBEIRAO PRETO	49%	72%	66%	57%	54%	48%	58%	60%	58%
<b>Média geral</b>	<b>30%</b>	<b>55%</b>	<b>59%</b>	<b>59%</b>	<b>60%</b>	<b>72%</b>	<b>61%</b>	<b>59%</b>	<b>56%</b>

Conforme tabela 14, observamos que a menor Taxa de Aproveitamento Global foi de 15% do DRS de Barretos em 2006, a maior taxa foi encontrada no DRS de Franca 85% em 2011. A média geral variou de 30 à 72% no período estudado.

Estudo que avaliou a Taxa de Aproveitamento Global de 2000 a 2005 encontrou uma taxa de 37,9%, havendo uma melhora nos últimos anos passando para 57% (DALLORA; SILVA DE SÁ, 2011).

No ano de 2014 das 37.830 vagas disponibilizadas pelo HCRP apenas 21.170 foram efetivamente aproveitadas. Num sistema de saúde que tem dentre seus maiores desafios o acesso dos pacientes, estas vagas perdidas representam um prejuízo imensurável para a população. Os problemas que se acumularam no decorrer deste processo como o não preenchimento das vagas oferecidas, o absenteísmo dos pacientes e a inadequação do agendamento, já discutidos acima em cada tópico, culminaram com o desperdício de vagas de consultas, frente a uma demanda reprimida e não atendida de assistência à saúde por parte da população.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para disponibilizar as vagas na RRASXIII o HCFMRP-USP e os DRSs devem fazer uma análise das demandas e do o perfil epidemiológico da população da área de abrangência para ajustar, a oferta o mais próximo do real, com, o intuito de garantir o acesso aos usuários.

Com as iniciativas adotadas pelo HCFMRP-USP ao longo dos últimos anos, de 2006 a 2014, o aproveitamento das vagas disponibilizadas foram gradativamente melhorando, atingindo em 2014 a taxa de aproveitamento global de 56%, enquanto que no período de 2000 a 2005 a taxa era de 37,9% (DALLORA, SILVA DE SÁ 2011). Este patamar ainda pode ser melhorado.

A melhora do aproveitamento global das vagas de consultas eletivas disponibilizadas pelo Hospital, no período estudado, resulta em uma evolução de toda a organização do fluxo de pacientes, otimizando os recursos humanos e tecnológicos dentro da instituição. Todas as Taxas avaliadas neste estudo apresentaram uma melhoria, o que é um reflexo da consolidação do complexo HCRP/FMRP/USP/FAEPA com a atuação de cada uma das unidades que compõem este complexo, em seu nível de competência em saúde, de acordo com organização da rede prevista no sistema de saúde.

Conforme observado, o que mais contribuiu para o baixo índice de TxAG, 57%, foi o baixo desempenho das TxAs, que atingiu 76% em 2014. Esta etapa, entendida como meramente administrativa visto tratar-se de agendamento, é de responsabilidade exclusiva das centrais de Regulação e que merece, portanto, maior atenção dos gestores. Não obstante os dados apresentados permanecem pressões dos gestores regionais para maior número de vagas, justificada pela demanda reprimida de algumas especialidades. Muitas vezes este pleito está baseado apenas na análise de uma situação pontual, sem uma reflexão maior sobre a real situação do sistema sob a sua gestão. Por outro lado, há também a possibilidade de oferta de vagas além das necessidades da população de referência. O sistema informatizado desenvolvido pelo Hospital e disponibilizado aos DRSs para o agendamento de pacientes, denominado Sistema de Apoio a Regulação Ambulatorial (SARA), dispõe de ferramentas e relatórios gerenciais que permitem a análise da demanda por regional e especialidade demandante e do perfil epidemiológico da população. Estas

informações precisam efetivamente transformar as práticas em ações de melhorias para o sistema de saúde, desde que os gestores as utilizem como instrumento de análise.

O absenteísmo dos usuários se manteve, e novas estratégias precisam ser pensadas junto aos DRSs para que os usuários consigam vencer as barreiras do acesso e chegar ao Hospital. Para isso deve haver uma melhora na comunicação das consultas agendadas pelos DRS e HC assim como uma melhora no transporte destes pacientes.

A Taxa de Adequação da Referência teve uma melhora significativa em relação ao último estudo realizado em 2005 onde a taxa era de 73,6% e no período estudado ela passa a ser 92%, o que pode indicar que a organização dos fluxos e a disponibilização dos protocolos clínicos de encaminhamentos e a triagem dos encaminhamentos repercutiu positivamente no aproveitamento das vagas e conseqüentemente no perfil dos usuários atendidos no HCRP.

Deve-se destacar o papel da Tecnologia da Informação como uma ferramenta poderosa para a gestão, disponibilizando as informações necessárias para a tomada de decisão. Este recurso auxilia no gerenciamento das informações, facilita a comunicação entre gestores de e trabalhadores da saúde e pode ser usada no planejamento e aperfeiçoamento dos processos decisórios apoiados nos dados coletados, processados e avaliados (DE FATIMA MARIN, 2010).

Para as mudanças dos indicadores avaliados devem ser feitas ações de transformações que envolva todas as unidades de saúde de todos os níveis de atenção com o intuito de diminuir a fragmentação existente hoje no sistema. Ainda são muitos os desafios para que a atenção integral e continua dos usuários sejam atendidas, articulação com gestores e prestadores de serviços para o planejamento de novas estratégias são imprescindíveis.

Assim, com base nos resultados apresentados nesta pesquisa, fica evidente que além de recursos financeiros são necessários aprimoramento e investimentos para a gestão do sistema e na formação de seus recursos humanos e maior interação entre gestores (DRS) e prestadores (hospital) no sentido de adequar maior oferta de vagas em especialidades com demanda reprimida e fechamento de vagas em oferta ociosa. Esta tarefa não é simples envolve a capacitação e a integração de toda rede, em todos os níveis, nos aspectos de gestão e assistência, buscando possibilidades de reorganização com mudanças de processos de trabalho e forma

de atuação dos profissionais com o intuito de operar com vistas a garantir o direito de acesso à saúde em tempo adequado e de forma integral.

Finalmente, esta temática deve ser valorizada pelos gestores, sobretudo pelo fato de que demanda uma reflexão e discussão sobre as oportunidades e condições de acesso dos usuários no SUS, principal desafio na consolidação deste sistema. É sabido e amplamente divulgado na imprensa as dificuldades vivenciadas pelos cidadãos para um atendimento especializado de maior complexidade no SUS. Assim, cada vaga não agendada ou mal encaminhada, representa uma oportunidade perdida por um outro usuário que pode estar acometido de um problema complexo (muitas vezes de alta gravidade) e que padece na fila do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALBIERI, Flavius Augusto Olivetti et al. **Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial**: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Palulo, 2014. p. 1-2.

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2015.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, 35, p. 797-810, 2010. Disponível em: <[http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000100021&lng=en&nrm=iso](http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olimpio. José. Nogueira. Viana. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BRAGA NETO, Francisco Campos et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.

BRASIL. **Constituição (1988)**. 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: 21 out. 2015.

BRASIL. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1, p.18005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria MS/GM nº 95, de 26 de 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. Brasília, 2001.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOASSUS 01/02. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial GM/MS nº 1.000, de 15 de abril de 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](http://portal.in.gov.br/in/leitura_jornais)>. Acesso em: 05 fev. 2016.

BRASIL. 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. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. 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. 2006b. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. (Série Pacto pela Saúde, 3).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2006d.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial GM/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2007b. Seção 1 p. 102. Disponível em: <[http://portal.in.gov.br/in/leitura\\_jornais](http://portal.in.gov.br/in/leitura_jornais)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de junho de 2011b.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2016.

CERQUEIRA, Monique Borba; PUPO, Lígia Rivero. Modos de vida e acesso aos serviços de saúde em duas favelas da Baixada Santista. In: Maria Mercedes Loureiro Escuder Paulo Henrique Nico Monteiro Lígia Rivero Pupo. **Acesso aos serviços de saúde em municípios da Baixada Santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. p. 193.

CLARES, Jorge Wilker Bezerr.; SILVA, Lucilane Maria Sale.; DOURADO, Hanna Helen Matos; LIMA, Leilson Lira. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 604-609, 2011.

COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400733&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2015.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

DOS SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado pública da saúde no Estado brasileiro –uma revisão. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 25-41, 2006.

DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. **Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário**. 2010. 89 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle; SILVA de SÁ, Marcos Felipe. Estruturação do sistema de referência regional para atenção hospitalar de média e alta complexidade no HCFMRP-USP. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 26.-32, abr. 2011. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122011000100005&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio 2016.

DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner; DO AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

FERRI, Sônia Marta Nevis et al. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. In: SANTOS, José Sebastião dos (Org.). **Protocolos clínicos de regulação: acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 9-22.

FERREIRA, Janise Braga Barros et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-358 jun. 2010. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 mar. 2015.

KUSCHNIR, Rosana et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. v. 2, p. 125-157.

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

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-864, dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2015.

LIMA, Luciana Dias de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012001100005&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100005&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 abr. 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, jun. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000200019&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200019&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 set. 2015.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regulação em saúde. In: IBAÑES, Nelson.; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo (Orgs.). **Política e gestão em saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 2004-2018.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, jun. 2010. Suplemento 1. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000700007&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700007&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2015.

SANTOS, José Sebastião. Protocolo para acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde. In: SANTOS, Jose Sebastião dos. et al. (Org.). **Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 2-7.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p.3579-3586, nov. 2010. Suplemento 3. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000900033&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900033&Ing=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2015.

SILVA, Silvio Fernandes da et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas.2008. 201f.

SILVA DE SÁ, Marcos Felipe. **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.

SILVA DE SÁ, Marcos Felipe. **Criação de uma rede médico-assistencial, hierarquizada, como modelo para atividades de ensino e pesquisa, vinculada ao Hospital das Clínicas da FMRP-USP**. Ribeirão Preto: São Francisco, 2015.

STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 abr. 2016.

TOMASI, Elaine et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395-04, nov. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011001200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2015.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico da; ELIAS, Eduardo M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. Divulgação em saúde para debate. **CEBES**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 37, p. 7-20, 2007.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-47, dez. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 mar. 2015.

## ANEXOS

## Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Este documento é propriedade da FMRP-USP e não deve ser divulgado fora do âmbito institucional. Qualquer reprodução ou distribuição não autorizada é proibida. A FMRP-USP não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas. Este documento contém informações confidenciais e deve ser tratado como tal. A FMRP-USP reserva todos os direitos reservados. Este documento é protegido por direitos autorais e não pode ser reproduzido, distribuído ou divulgado sem a autorização expressa da FMRP-USP. A FMRP-USP não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas. Este documento contém informações confidenciais e deve ser tratado como tal. A FMRP-USP reserva todos os direitos reservados. Este documento é protegido por direitos autorais e não pode ser reproduzido, distribuído ou divulgado sem a autorização expressa da FMRP-USP.



Ribeirão Preto, 30 de julho de 2014.

Prezada Professora,

O trabalho intitulado **ESTRUTURAÇÃO DE SISTEMA DE REFERÊNCIA REGIONAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO HCFMRPUSP** foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 236ª Reunião Ordinária, conforme Processo HCRP nº 11.465/06.

Ocorre que obtivemos autorização da FAPESP na linha de financiamento PPSUS para a realização deste projeto com as seguintes alterações:

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

**Período:** 2005 e 2013.

Diante destas alterações submetemos a emenda à nova consideração deste Comitê.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Ilustríssima senhora  
**Marcia Guimarães Villanova**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



Ribeirão Preto, 07 de agosto de 2014

Ofício nº 2696/2014  
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 11465/2006

Prezado Senhor,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 391ª Reunião Ordinária, realizada em 04/08/2014, analisou e aprovou a Emenda referente à alteração no título do projeto, que passa a ser "REGULAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS DO SUS AO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO", bem como a atualização do período de execução do mesmo (julho de 2014 à dezembro de 2015).

Atenciosamente.

**DR<sup>a</sup>. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Coordenadora 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

Campus Universitário – Monte Alegre  
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP  
FWA-00002733, IRB-00002186 e Registro PB/CONEP n 5440  
(16) 3602-2228  
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br