

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Daniela Gomes Cioccarl

**ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA MARIA À EBSEH: UM ESTUDO DOS EFEITOS
DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOBRE O ABSENTEÍSMO
AMBULATORIAL**

Santa Maria, RS
2023

Daniela Gomes Cioccarri

**ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA À EBSEERH:
UM ESTUDO DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOBRE O
ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas.**

Orientador: Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel

Santa Maria, RS
2023

Cioccari, Daniela Gomes
ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA MARIA À EBSEERH: UM ESTUDO DOS EFEITOS DA
REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOBRE O ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL
/ Daniela Gomes Cioccarri.- 2023.
169 p.; 30 cm

Orientador: Daniel Arruda Coronel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas, RS, 2023

1. Regulação em saúde 2. Regulação assistencial 3.
Absentismo ambulatorial 4. EBSEERH I. Coronel, Daniel
Arruda II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, DANIELA GOMES CIOCCARI, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Daniela Gomes Cioccarì

**ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA À EBSEERH:
UM ESTUDO DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOBRE O
ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Gestão de Organizações Públicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gestão de Organizações Públicas**.

Aprovada em 06 de novembro de 2023.

Daniel Arruda Coronel, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Rodrigo Abbade da Silva, Dr. (UNIPAMPA)

Reisoli Bender Filho, Dr. (UFSM)

Kelmara Mendes Viera, Dra. (UFSM)
(suplente)

Santa Maria, RS
2023

Dedico este trabalho ao meu filho Arthur, que há 18 anos ressignificou a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço meu filho Arthur, o preparo de meus lanches durante as aulas remotas, na correria do dia-a-dia, o apoio, o carinho, filho você é incrível e eu te amo profundamente. Agradeço à Deus por você.

Agradeço minha irmã Michele, pelo apoio, que encorajou-me a concorrer a uma vaga no mestrado.

Aos meus pais, por compreenderem meus momentos de ausência, pelo carinho, pelo apoio.

Às colegas de curso Mariana e Roberta, pelas trocas, pelas contribuições.

Ao meu orientador, professor Daniel, por ter aceitado minha proposta de pesquisa.

Ao meu chefe, Gustavo, pelo apoio durante o curso e pelas valiosas contribuições.

À minha prima Tarízi, a doutora da família, por suas contribuições no meu trabalho.

À minha pet Margot, anjo na minha vida, companheira de todas as horas.

À UFSM, instituição que há muitos anos tenho imensa admiração, que proporcionou a realização da minha graduação, minha pós-graduação e é a instituição onde tenho orgulho de fazer parte do quadro de servidores.

Aos profissionais do HUSM que colaboraram para a realização desta pesquisa.

Aos pacientes do HUSM, agradeço porque indiretamente, diante da realidade do SUS e dos hospitais de ensino, incentivaram a idealização deste trabalho.

Invictus

Da noite escura que me cobre,
Como uma cova de lado a lado,
Agradeço a todos os deuses
A minha alma invencível.

Nas garras ardis das circunstâncias,
Não titubeei e sequer chorei.
Sob os golpes do infortúnio
Minha cabeça sangra, ainda erguida.

Além deste vale de ira e lágrimas,
Assoma-se o horror das sombras,
E apesar dos anos ameaçadores,
Encontram-me sempre destemido.

Não importa quão estreita a passagem,
Quantas punições ainda sofrerei,
Sou o senhor do meu destino,
E o condutor da minha alma.

(William Ernest Henley, 1875, tradução de Thereza Christina Rocque da Motta)

RESUMO

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA À EBSEERH: UM ESTUDO DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOBRE O ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL

AUTORA: Daniela Gomes Cioccarì
ORIENTADOR: Daniel Arruda Coronel

Este estudo teve o objetivo de identificar os efeitos das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA), para os processos de gestão ambulatorial, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Por meio de uma pesquisa qualitativa e analisadas pelo método análise de conteúdo, foram descritos e comparados os processos de gestão ambulatorial antes e após a implementação das DRA. Foram realizadas entrevistas com os profissionais responsáveis pela implementação para análise da percepção dos gestores sobre a implementação. Na parte quantitativa, foram coletados dados de relatórios estatísticos do HUSM para analisar os índices de absenteísmo ambulatorial dos dois períodos, antes e após a implementação das DRA por meio da técnica de estatística descritiva, análise horizontal e vertical. De modo geral, apesar dos profissionais entrevistados considerarem que foram implementadas diversas melhorias com as DRA, como melhoria na qualidade das informações, na regulação do acesso e atendimento de metas quantitativas e qualitativas contratualizadas com o SUS, os resultados da pesquisa demonstram aumento geral das taxas de absenteísmo ambulatorial das especialidades selecionadas na análise, com redução consecutiva durante os anos analisados, da taxa do absenteísmo ambulatorial apenas na especialidade Reumatologia, e destacou-se Oftalmologia como a especialidade de maior aumento e crescente taxa de absenteísmo ambulatorial. A partir desses dados, foi possível desenvolver uma proposta que contribua com as atribuições da unidade responsável pela gestão ambulatorial, de mitigar o absenteísmo ambulatorial e racionalizar os recursos disponíveis, visando uma gestão mais moderna e eficaz.

Palavras-chave: Regulação em saúde. Regulação assistencial. Absenteísmo ambulatorial. EBSEERH.

ABSTRACT

ADMISSION OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA MARIA TO EBSERH: A STUDY OF THE EFFECTS OF CARE REGULATION ON OUTPATIENT ABSENTEEISM

AUTHOR: Daniela Gomes Cioccaro

ADVISOR: Daniel Arruda Coronel

This study identified the effects of the Care Regulation Guidelines (DRA), for outpatient management processes, on outpatient absence rates at the Santa Maria University Hospital (HUSM). We described and compared the implementation of the DRA before and after outpatient management process through qualitative research and analyzes using the content analysis method. Interviews were carried out with the professionals responsible for implementation to analyze the managers' perception of the implementation. In the quantitative part, data were collected from HUSM statistical reports to analyze the rates of outpatient absence in two periods, before and after the implementation of the DRA using the descriptive statistics technique, horizontal and vertical analysis. Although, the interviewed professionals considered that several improvements were implemented with the DRA, such as improving the quality of information, regulating access and meeting quantitative and qualitative goals contracted with the SUS, the research results demonstrated a general increase in rates of outpatient absence in the specialties selected in the analysis, with a consecutive reduction during the years analyzed, in the rate of outpatient absence only in the specialty Rheumatology, and Ophthalmology stood out as the specialty with the greatest increase and growing rate of outpatient absence. Based on these data, it was possible to develop a proposal that contributes to the duties of the unit responsible for outpatient management, to mitigate outpatient absence and rationalize available resources, aiming for more modern and effective management.

Keywords: Health regulation. Care regulation. Outpatient absence. EBSERH.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Arcabouço institucional e decisório do SUS	26
Figura 2 - Modelo da Pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.....	29
Figura 3 - Projeção nominal dos gastos do SUS 2014-2030	42
Figura 4 - Fluxo assistencial entre pontos de atenção à saúde	50
Figura 5 - Municípios que pertencem à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde	74
Figura 6 - Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial	80
Figura 7 - Estrutura Organizacional HUSM/EBSERH 2013	85
Figura 8 - Atribuições da equipe de apoio administrativo aos ambulatórios	89
Figura 9 - Fluxo de agendamento de consultas anterior às Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/EBSERH	93
Figura 10 - Estrutura Organizacional HUSM/EBSERH 2023	97
Figura 11 - Fluxo de agendamento de consultas após implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/EBSERH.....	103
Figura 12 - Fluxo para remarcação de consulta por motivo de falta do paciente.....	104
Figura 13 - Total de consultas agendadas no HUSM entre 2014 e 2022	115
Figura 14 - Taxa de absentéismo ambulatorial anual	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das Principais atribuições dos gestores do SUS	41
Quadro 2 - Controle, avaliação e fiscalização no Setor Saúde, pelo Estado, no Brasil.....	45
Quadro 3 - Principais motivos de absenteísmo ambulatorial	61
Quadro 4 - Variáveis selecionadas para análise quantitativa	70
Quadro 5 - Síntese dos procedimentos utilizados relacionados aos objetivos específicos.....	71
Quadro 6 - Competências do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	86
Quadro 7 - Atribuições da Unidade de Regulação Assistencial para gestão ambulatorial de acordo com as Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/EBSERH	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência dos motivos de faltas aos exames e às consultas identificadas em revisão integrativa	59
Tabela 2 - Taxa de absenteísmo ambulatorial por especialidade e por ano	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AGH	Aplicativo de Gestão Hospitalar
AGHOS	Aplicativo de Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde
AGHU	Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CadSUS	Cadastro Nacional de Usuários do SUS
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CONAD	Conselho de Administração
CONASENS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRA	Diretrizes de Regulação Assistencial
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégica de Saúde da Família
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU-UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes
HUFs	Hospitais Universitários Federais
HUOL-URFN	Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAC	Incentivo à Contratualização
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MGR	Manual de Gerenciamento da Rotina
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNR	Política Nacional de Regulação
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
RS	Rio Grande do Sul
RSM-ES	Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SERAS	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGOP	Sistema de Gestão de Operadores
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento e Controle do Ministério da Educação
SIS-REHUF	Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Mensagens Curtas de Texto
STCOR	Setor de Regulação e Contratualização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
URA	Unidade de Regulação Assistencial
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	17
1.2	OBJETIVOS.....	19
1.2.1	Objetivo geral	19
1.2.2	Objetivos específicos	19
1.3	JUSTIFICATIVA.....	20
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	22
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
2.1	A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	23
2.1.1	Níveis de atenção no âmbito do SUS	28
2.1.1.1	A Atenção Primária à Saúde (APS)	29
2.1.1.2	A Atenção Secundária e Terciária à Saúde	33
2.1.2	A implementação da EBSERH nos Hospitais Universitários Federais	37
2.1.3	O sistema de financiamento do SUS	40
2.2	REGULAÇÃO EM SAÚDE	43
2.2.1	A Política Nacional de Regulação do SUS	48
2.2.2	A regulação do acesso a partir da Política Nacional de Atenção Hospitalar	53
2.3	ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL	57
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	63
3.2	UNIDADE DE ANÁLISE.....	64
3.3	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	65
3.4	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	68
3.5	SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS	70
3.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	71
3.7	LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE ESTUDO.....	72
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
4.1	A ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA À GESTÃO DA EBSERH	73
4.1.1	O Projeto Gestão da Oferta	78
4.2	GESTÃO AMBULATORIAL ANTERIOR À IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.....	82

4.2.1	A estrutura organizacional anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial	84
4.2.2	As competências e atribuições do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde....	86
4.2.3	Fluxo de acesso aos serviços ambulatoriais anterior às Diretrizes de Regulação Assistencial	89
4.2.3.1	Agendamento de consultas, remarcação e aviso de cancelamento de agendamento .	89
4.3	GESTÃO AMBULATORIAL DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	94
4.3.1	A estrutura organizacional de acordo com as Diretrizes de Regulação Assistencial	96
4.3.2	As competências e atribuições da Unidade de Regulação Assistencial.....	98
4.3.3	Fluxo de acesso aos serviços ambulatoriais.....	100
4.3.3.1	Agendamento de consultas, remarcação e aviso de cancelamento de agendamento	100
4.4	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO HUSM SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.....	104
4.5	ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL NO HUSM ANTES E APÓS IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL ..	114
4.6	PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL DO HUSM	120
5	CONCLUSÃO	124
	REFERÊNCIAS	126
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	138
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	140
	APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	142
	APÊNDICE D - APROVAÇÃO INSTITUCIONAL	143
	APÊNDICE E - PRODUTO TECNOLÓGICO	144

1 INTRODUÇÃO

A origem do Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se com a Constituição Federal de 1988, a partir dos termos da Carta Magna que orientam o sistema quanto a sua organização, sua estrutura, o sistema de financiamento e as competências de cada ente federativo para promover o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988). Observada a igualdade e a integralidade da assistência à saúde, conforme princípios constitucionais, tornou-se universal o acesso aos serviços de saúde, com a promulgação da Lei Orgânica do SUS, ou Lei nº 8.080 de 1990, atendendo as necessidades dos indivíduos como um todo, seja para promover saúde, prevenir doenças ou tratá-las (BRASIL, 1990a). Anteriormente à criação do SUS, a desigualdade social no Brasil era reforçada por um sistema que garantia acesso aos serviços de saúde aos trabalhadores urbanos, rurais e servidores do Estado que contribuíam com o financiamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado pelo governo federal, conforme artigo 3º da Lei nº 6.439 de 1977 (BRASIL, 1977). Aos demais brasileiros eram ofertados serviços gratuitos de saúde por entidades filantrópicas ou mediante pagamento, em instituições privadas de saúde

No SUS, os serviços de saúde são organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS), estruturadas em níveis de atenção básica, secundária e terciária, conforme o grau de complexidade da assistência e densidade tecnológica de cada nível (SOLLA; CHIORO, 2012). A atenção terciária no SUS é composta pela atenção hospitalar e é organizada conforme as diretrizes da Portaria nº 3.390/2013, do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS (BRASIL, 2013a). A referida portaria foi atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, do Ministério da Saúde.

De acordo com a PNHOSP, o acesso aos serviços de saúde dos hospitais deve ser regulado pela Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria nº 1.559/2008, e atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, do Ministério da Saúde. A Política Nacional de Regulação foi criada para organizar as ações de regulação, controle e avaliação, a fim de integrar os processos realizados pela RAS e consolidar os instrumentos de gestão do SUS para propiciar acesso equânime, integral, qualificado aos serviços de saúde e contribuir com a integração dos hospitais à RAS (BRASIL, 2008).

As ações de regulação em saúde são realizadas para garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde e devem ser implementadas em todas as unidades federadas. As ações de regulação em saúde se diferenciam em três dimensões, quanto à regulação dos

sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência, também denominada regulação assistencial (BRASIL, 2017a).

A regulação assistencial contribui com o planejamento dos serviços de saúde, implementa protocolos de regulação para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada e com equidade, estabelecendo mecanismos de comunicação entre diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados. Para o acesso aos serviços hospitalares do SUS, a regulação assistencial é organizada com apoio de um profissional da medicina que regula o acesso à atenção pré-hospitalar e hospitalar e no âmbito hospitalar, a regulação assistencial realiza o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados para garantir a efetividade de procedimentos por meio de protocolos assistenciais (BRASIL, 2017a).

Nos hospitais, a gestão do acesso dos usuários aos serviços de saúde, ambulatoriais e de internação compete ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), estrutura implementada sob recomendação da PNHOSP. O NIR conecta o hospital com as Centrais de Regulação do Estado, identifica o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS, para ofertar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação. Na falta destes serviços de saúde, é responsável pela busca de vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico em outros hospitais (BRASIL, 2017a).

A partir de 2011, para administrarem seus hospitais, diversas universidades federais contrataram a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada através da Lei nº 12.550/2011, como resultado do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), desenvolvido para reestruturar os Hospitais Universitários Federais (HUFs) para que pudessem atuar exercendo plenamente suas funções na dimensão de ensino, pesquisa, extensão e de assistência à saúde (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, o tema deste estudo compreende a regulação assistencial, responsável pela regulação e gestão do acesso aos serviços ambulatoriais de um hospital. Considerando tais aspectos, esta pesquisa tem como objeto de estudo a área ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O HUSM é um hospital geral, de ensino, pesquisa e extensão, conveniado com o SUS, prestador de serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, conforme descrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2021).

Em 17 de dezembro 2013, a UFSM através do Contrato de Gestão Especial nº 263/2013, contratou a EBSEH para a administração do hospital. Entre as metas a serem implementadas, de acordo com o Plano de Reestruturação do HUSM, documento anexo ao contrato, estão a organização de um serviço interno de regulação para institucionalizar a regulação assistencial intra-hospitalar para racionalizar o uso de leitos, gestão de consultas, cirurgias e organizar o fluxo de pacientes pelos serviços do hospital, integrando o HUSM com a RAS (EBSEH, 2013a).

Neste sentido, a pesquisa visa analisar os efeitos dos mecanismos de regulação assistencial sobre o absenteísmo ambulatorial com a implantação das Diretrizes de Regulação Assistencial para o processo de gestão ambulatorial HUSM/UFSM (EBSEH, 2016c), que padroniza os processos de gestão dos serviços ambulatoriais no hospital desde sua implementação em 2017.

O conceito para absenteísmo ambulatorial, que trata esta pesquisa, compreende o não comparecimento de usuários às consultas agendadas (SANTOS, 2008). Este problema é visto como um desafio para a sustentabilidade do SUS, pois além de provocar desperdícios de recursos públicos, tende a aumentar a fila de espera para um atendimento, pois os faltosos voltam para a fila de espera e conseqüentemente dificulta o acesso aos serviços de saúde. Portanto, representa um desafio à gestão na saúde, que deve identificar os motivos que provocam este problema para combatê-lo (BELTRAME *et al.*, 2019).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A consolidação do SUS ainda apresenta constantes desafios para que os princípios de integralidade, equidade e gratuidade sejam cumpridos, mesmo com todos os avanços a contar da sua criação e com o desenvolvimento de extensa legislação que regula o sistema. Nesta conjectura, a regulação assistencial, que regula a inserção dos usuários nos serviços do SUS, precisa ser eficiente para atender em quantidade suficiente e em tempo oportuno as demandas. As dificuldades de acesso aos serviços de saúde, para Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018), resultam das limitações para ampliação da oferta de vagas para consultas, da indefinição de critérios de urgência, do agendamento de consultas inadequadas segundo a realidade do usuário, demora na obtenção do atendimento e da desorganização do sistema de referência e contrarreferência, além da incapacidade técnica dos profissionais envolvidos e como esses têm se comprometido com os problemas de saúde da população.

Segundo Mendes (2019), a gestão hospitalar estatal apresenta dificuldades em relação à incorporação tecnológica e de tecnologia de informação, instalada para modernizar a administração dos serviços de saúde. Segundo o autor, para a modernização da administração dos hospitais é fundamental investir na racionalização dos fluxos assistenciais, que resulte em racionalização da oferta dos serviços hospitalares, melhora da qualidade dos serviços ofertados e diminuição dos custos da atenção à saúde.

Para Laprega (2015), em seu estudo que analisa a história e a situação atual dos hospitais de ensino no Brasil, estas instituições de saúde estão longe de cumprir as propostas de organização do fluxo de atendimento da Política Nacional de Regulação do SUS e da Política Nacional de Atenção Hospitalar e de portarias do Ministério de Saúde que regulam a atuação dos hospitais e suas inserções no SUS. Não obstante, devido à explosão da demanda em saúde provocada pela Covid-19 em 2020, os problemas relacionados à oferta de serviços de saúde dos hospitais se agravaram em 2020, pois ficaram evidentes as falhas da regulação em saúde, demonstrando os problemas ligados ao acesso aos serviços de saúde, insuficientes para atender a integralidade e a demanda de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 (PINTO, 2020).

Para Bender, Molina e Mello (2010) e Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018), o absenteísmo dos serviços de saúde representa um dos principais desafios da regulação em saúde. No entanto, apesar do absenteísmo ambulatorial ser um importante desafio a ser combatido pelos gestores de saúde, na revisão integrativa de literatura realizada por Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018), os autores observaram que, nos estudos selecionados, o absenteísmo ambulatorial foi o tema menos abordado.

Na pesquisa realizada por Oliveira, Bender Filho e Vieira (2020), que tratou da mensuração do absenteísmo ambulatorial do período de 2015 a 2016, em um ambulatório do HUSM, obtiveram como resultados o custo médio com o paciente agendado de R\$ 202,92, e de paciente atendido o custo médio de R\$ 252,95. Como resultado da mensuração do absenteísmo do ambulatório, do período analisado, o custo médio foi de R\$ 396.662,66. Este resultado evidencia o quão alto é o desperdício de dinheiro público, em tempos em que a demanda é superior à oferta dos serviços e a demora ao atendimento médico provoca agravamento da saúde dos pacientes.

Cordeiro *et al.* (2020) investigaram o perfil dos usuários que faltam às consultas e os motivos apresentados por eles e observaram que as causas estão relacionadas com as atividades da regulação assistencial, em especial à falta de comunicação da consulta aos pacientes, pois estes responderam à pesquisa que não eram comunicados do dia e horário de consulta, devido à falta de atualização de dados cadastrais dos pacientes no sistema da instituição, ou eram

avisados com poucos dias de antecedência da consulta, o que dificulta a organização para o comparecimento. Problemas de comunicação entre usuários e instituição de saúde também foi observado por Mesa, Asencio e Ruiz (2015), ao investigarem os motivos das faltas dos usuários às consultas em instituições de saúde e para combater este problema os autores consideram importante revisar o processo de agendamento das consultas, pois afirmam que o agendamento deve ser realizado considerando as questões particulares dos pacientes, em relação a outros compromissos que esses possam ter, para que assim seja realizado o agendamento na melhor data possível.

Pinto *et al.* (2022) afirmam que para aprimorar a organização dos fluxos de acesso aos serviços e melhorar a comunicação entre os gestores e os usuários dos serviços, a regulação assistencial deve desenvolver estratégias eficientes de controle e monitoramento dos serviços de saúde e qualificar o empenho dos responsáveis pelo processo regulatório, para promover melhorias na gestão do acesso aos serviços.

Diante do exposto, esta pesquisa pretende responder a seguinte indagação: quais os efeitos da Regulação Assistencial implementada no HUSM sobre os índices de absenteísmo ambulatorial da instituição?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Identificar os efeitos das Diretrizes de Regulação Assistencial, para os processos de gestão ambulatorial, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial do HUSM.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) descrever e comparar a gestão da área ambulatorial e da estrutura organizacional antes e após a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial para os processos de gestão ambulatorial HUSM/EBSERH;
- b) analisar a percepção dos profissionais do HUSM sobre as Diretrizes de Regulação Assistencial para a gestão ambulatorial HUSM/EBSERH;
- c) analisar os índices de absenteísmo ambulatorial antes e após a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial para os processos de gestão ambulatorial HUSM/EBSERH;
- d) propor melhorias para a redução dos índices de absenteísmo ambulatorial.

1.3 JUSTIFICATIVA

Para o desenvolvimento de um modelo padronizado e moderno de gestão dos serviços hospitalares e implantação de dispositivos de regulação assistencial nos hospitais universitários filiados à EBSEH, em 2014 a empresa contratou os serviços técnicos de consultoria de gestão hospitalar do Consórcio Hospitalar de Catalunha, da Espanha. Como resultado da consultoria, a EBSEH desenvolveu um Modelo de Diretrizes de Regulação Assistencial a ser implementado em suas filiais e para disseminar as diretrizes entre os hospitais sobre sua gestão, desenvolveu o “*Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial*”, também denominado “*Projeto Gestão da Oferta*” (EBSEH, 2016a). O tema regulação assistencial desenvolvido no projeto da empresa e que deve ser abordado nesta pesquisa, envolve o desenvolvimento e a implantação de métodos, rotinas e ferramentas para o diagnóstico da oferta, perfil de utilização dos serviços hospitalares e dos dispositivos existentes de gestão da oferta dos serviços assistenciais, além de gestão das listas de espera por esses serviços (EBSEH, 2016a).

A escolha do HUSM como unidade de análise deve-se ao fato de que, em 2016 o hospital foi um dos selecionados pela EBSEH, conforme critérios técnicos determinados pela empresa, para dar início ao projeto de expansão do modelo de regulação assistencial. O projeto foi desenvolvido em etapas, que envolveram encontros entre gestores da sede, em Brasília e gestores dos hospitais selecionados, para que a partir de um alinhamento entre ambos, fossem implementados nos demais hospitais sobre gestão da EBSEH, os mecanismos de regulação assistencial. Nestes encontros, ocorreram oficinas e trocas de informações entre os gestores. Cabe ressaltar que a implementação passa por processos avaliativos e não pretende encerrar-se, ficando o hospital filiado sujeito a avaliações com o propósito de verificar o atendimento ao modelo de gestão padronizado. Entre os objetivos da implementação, está a promoção de eficiência à regulação assistencial a partir da modernização e padronização dos fluxos dos pacientes pelos serviços e de acesso aos serviços, pois com a padronização dos processos, pode-se construir índices para comparar a eficiência entre as instituições administradas pela empresa e verificar a qualidade da gestão sobre a evolução dos serviços prestados (EBSEH, 2016a).

Não foram localizadas pesquisas que analisaram os mecanismos de regulação assistencial intra-hospitalar elaborados pela EBSEH, que implementou dispositivos de gestão hospitalar nas instituições sobre sua gestão, contudo, foram identificados alguns estudos que analisaram os resultados da gestão da EBSEH nos hospitais universitários.

Mayer (2018) mensurou os níveis de eficiências relativos ao período que o HUSM esteve sobre gestão da UFSM, de 2007 a 2011, e no período de gestão da EBSEH, de 2012 a 2016, para análise do desempenho e da eficiência técnica antes e após a adesão à empresa. A autora identificou o ano de 2011, por meio da técnica Análise Envoltória de Dados, como o ano mais eficiente. No entanto, a autora não inferiu em suas análises o modelo de gestão desenvolvido pela empresa para a regulação do acesso à assistência e o impacto do novo modelo de gestão ambulatorial sobre os níveis de eficiência do hospital.

Ainda nesta perspectiva, Pereira Júnior (2018) analisou a implementação de políticas públicas nos HUFs brasileiros, a partir da descrição do planejamento, da estrutura, da gestão do trabalho e do financiamento destes hospitais, para compreender a percepção dos gestores sobre a implementação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2017a) nestes hospitais e, assim, analisar os efeitos das mudanças organizacionais desenvolvidas pela EBSEH nos HUFs. O estudo concluiu que existem dificuldades para realizar mudanças na rede hospitalar que beneficiem usuários, devido a forma de como o planejamento é realizado, de maneira centralizada, sem considerar os usuários e os profissionais envolvidos.

Sansonove (2019) analisou os efeitos da criação da EBSEH frente aos princípios do SUS, através da caracterização do modelo gerencial no Brasil, da descrição dos princípios norteadores do SUS e da descrição da criação da EBSEH. A pesquisa concluiu que a empresa possui bases mercadológicas, de direito privado e por sua essência buscar lucratividade, demonstra contradição aos princípios adotada pelo SUS, essenciais em uma administração que deve promover um direito social.

A justificativa para investigar os resultados do Modelo de Regulação Assistencial da Rede EBSEH, implementado no HUSM, do ponto de vista social, partiu da importância em subsidiar a gestão do HUSM com informações para o acompanhamento e controle dos índices de absenteísmo ambulatorial, bem como sugerir mecanismos que visam reduzir estes índices, por meio de uma pesquisa qualitativa, quantitativa e descritiva.

Com a pesquisa qualitativa, deve-se comparar a gestão dos serviços ambulatoriais antes e após a implementação do projeto da EBSEH, especialmente porque o projeto de gestão foi desenvolvido por uma empresa, portanto, uma instituição de essência mercadológica, mas que deve atender as políticas públicas próprias do SUS, como a Política Nacional de Regulação do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar e os princípios doutrinários do SUS, de universalidade, equidade e integralidade.

Ainda do ponto de vista social, o estudo é relevante pois visa colaborar com a implementação de um modelo de gestão da oferta de serviços de saúde em um hospital público,

que visa proporcionar uma estrutura eficaz e eficiente de gestão hospitalar, transparente e padronizada, beneficiando os pacientes do SUS, e neste sentido, servir como instrumento de apoio aos gestores nas tomadas de decisões, diante da necessidade de adaptar os processos administrativos da instituição aos novos modelos de administração pública, que tem como foco dos seus serviços, o cidadão, a inovação e a modernização do atendimento das demandas da sociedade.

Diante do exposto, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de verificar se as atuais diretrizes para regulação assistencial, baseadas no Modelo de Regulação Assistencial da EBSEH no Hospital Universitário de Santa Maria, promoveram a otimização dos recursos públicos, com base no monitoramento das taxas de absenteísmo ambulatorial e desta forma ser útil como ferramenta para implementar estratégias de regulação assistencial.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para alcançar os objetivos propostos com a pesquisa, o presente trabalho está estruturado em 5 capítulos, além desta introdução. No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica que trata da organização do SUS, das diretrizes para sua organização, da gestão dos Hospitais Universitários Federais, das fontes de financiamento do SUS, das políticas públicas que regulam o SUS sobre aspectos referentes a sua organização como um sistema, da atenção à saúde e da regulação do acesso à assistência. Não obstante, compõe a fundamentação teórica os conceitos para absenteísmo ambulatorial e suas repercussões. No terceiro capítulo, são descritos os aspectos metodológicos que orientaram o estudo, no quarto capítulo os resultados analisados e discutidos, no quinto capítulo apresentam-se as principais conclusões do trabalho.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A fundamentação teórica deste estudo está distribuída em três tópicos, a saber: a) A organização do SUS, que contempla os aspectos organizativos do sistema, da autorização da criação da base legal com as diretrizes para sua implementação, a organização do SUS em diferentes níveis de atenção, sobre a implementação de uma empresa pública para gestão dos Hospitais Universitários Federais e sobre os mecanismos de financiamento do SUS; b) Regulação em saúde, sobre as diretrizes que regulam o SUS, as dimensões de regulação em saúde, as políticas que regulam o acesso aos serviços e a regulação do acesso aos hospitais a partir da Política Nacional de Atenção Hospitalar; e por fim, c) Absenteísmo ambulatorial, sobre seu conceito, motivos e consequências.

2.1 A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, até 1988 o acesso aos serviços públicos de saúde que promoviam o cuidado era restrito aos trabalhadores com carteira de trabalho assinada que contribuíam com o INAMPS. Aos pobres e aos trabalhadores informais, restavam os atendimentos ofertados por instituições filantrópicas ou as políticas públicas de saúde específicas. As pessoas que podiam pagar por serviços de saúde contavam com instituições privadas de saúde. Assim, com esta realidade, até o final da década de 80, apenas metade da população tinha acesso aos serviços de saúde (MENEZES; MORETTI; REIS, 2020).

De acordo com Barroso (2009), com a redemocratização da administração pública, foi constituída a Assembleia Constituinte, que culminou na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que autorizou a criação do SUS. De direito trabalhista, a saúde passou a ser um direito social, conforme o artigo 6º da Carta Magna brasileira de 1988: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

O artigo 198 da CF/88 autoriza a criação de um sistema único para promover as ações e os serviços públicos. Conforme Paim (2009), um sistema de saúde, é composto por uma associação de agentes, que correspondem aos profissionais de saúde e de agências, que são as organizações públicas ou privadas, que se organizam com o propósito de executarem ações que favoreçam a saúde das pessoas e das comunidades.

Ao determinar a saúde como um direito de todos, a CF/88 orienta a organização do SUS nos termos dos artigos 196 a 200, que dispõe sobre a estrutura do SUS, seu sistema de financiamento, as competências do poder público para promover o acesso às ações e serviços de saúde, as competências do SUS e ainda torna livre a assistência à saúde à iniciativa privada, e autoriza sua participação no SUS de forma complementar, de acordo com termos estabelecidos em contrato.

A CF/88 instituiu o sistema de saúde em vigor no Brasil e a Lei nº 8080/1990 conhecida como a Lei Orgânica do SUS, alinhada com os princípios constitucionais, estruturou o sistema ao definir as condições para a organização e funcionamento do SUS, para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Aos entes públicos, a Lei Orgânica do SUS atribui o papel de promoção das condições necessárias para que as instituições assegurem a saúde como direito social, com o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que o promova, de acordo com os princípios apresentados em seu artigo 7º:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 1990a).

As ações e os serviços públicos de saúde que trata a Lei 8.080/1990, bem como as ações e serviços de saúde prestados por instituições privadas, quando contratadas pelos entes públicos, com termos definidos em contratos ou convênios, obedecendo ao regramento do direito público, envolvem, conforme Noronha, Lima e Machado (2008, p. 435):

- 1) atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- 2) serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- 3) ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- 4) intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- 5) instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

A “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, princípio expresso na Lei n 8.080/1990, orienta as ações de saúde para que todos tenham acesso, independente de raça, sexo, ocupação ou qualquer característica social ou pessoal. O princípio da igualdade da assistência à saúde orienta as ações do SUS para que as pessoas sejam tratadas de modo desigual quando desiguais e de modo igual quando iguais, ou seja, significa que as pessoas por serem diferentes, possuem necessidades diferentes. O princípio da integralidade, aplicado nas ações do SUS, para que todas as necessidades das pessoas sejam consideradas pelo sistema e o cuidado deve envolver a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1990a).

Conforme Paim (2009, p. 57), “o princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa da integridade física e moral, confere respeito à dignidade humana e a liberdade de escolha das pessoas”, e ainda afirma o autor, ao garantir o direito à informação às pessoas assistidas, a Lei Orgânica do SUS estimula a colaboração das pessoas em situações de pandemia, pois ao tomarem conhecimento dos agravos, podem contribuir com as medidas de contingência implementadas pelo poder público.

Outro princípio enunciado na Lei Orgânica do SUS para a sua organização, é o de descentralização, para que a União apoie a direção do SUS nos estados e municípios, no âmbito técnico e financeiro e direcione aos estados e municípios as ações e os serviços de saúde de abrangência estadual e municipal. Além disso, a direção do SUS, nos estados, deve

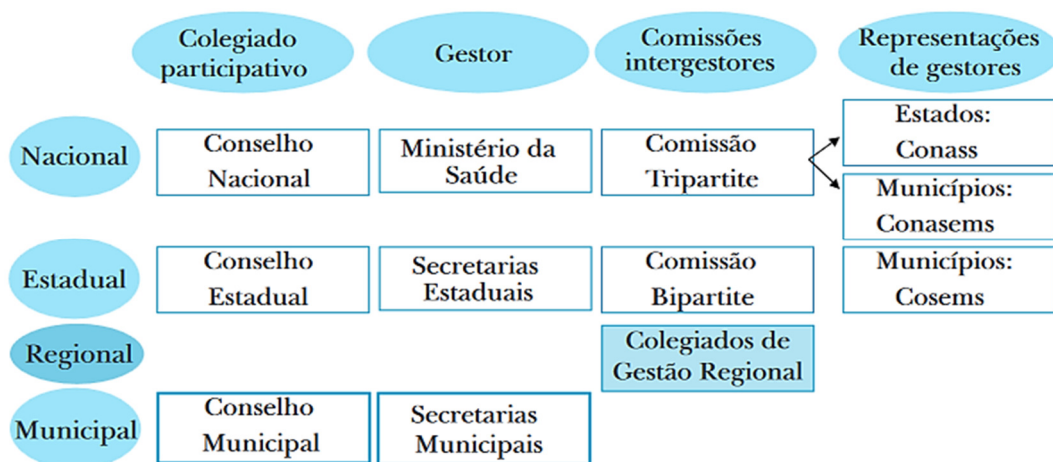
descentralizar as ações e serviços de saúde aos municípios e assim como a União, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios, e executar ações e serviços de saúde de modo complementar. À direção do SUS, compete o planejamento, organização, controle, gerência e execução dos serviços públicos de saúde (BARROSO, 2009).

Segundo Paim (2009), a Lei Orgânica do SUS sofreu vários vetos do presidente da República e por isso foi criada a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre “os mecanismos de participação social na gestão do sistema, e estrutura o sistema de transferências de recursos financeiros entre os governos, que compõe o modelo de financiamento do SUS” (BRASIL, 1990b).

Conforme Souza e Krüger (2010), a estruturação da participação social, com a implementação do SUS, representou um ato democrático do governo, pois as decisões passaram a ser compartilhadas entre os entes federativos.

Nesse sentido, para promover a participação social no SUS, a lei nº 8.142/1990 instituiu para cada esfera de governo, a Conferência de Saúde, convocada a cada 4 anos, para que diversos segmentos sociais avaliem a saúde e apresentem as diretrizes para que sejam criadas as políticas de saúde, e instituiu o Conselho de Saúde, que deve contar com representantes do governo, profissionais de saúde, e usuários, com a função de formular estratégias e controlar a aplicação das políticas públicas. E ainda instituiu o Conselho Nacional de Saúde na União, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS). Deste modo, os Conselhos de Saúde atuam na esfera Nacional, Estadual e Municipal, entretanto as decisões são legitimadas pelo chefe do poder da esfera do governo da região onde atua o Conselho (BRASIL, 1990b). A Figura 1 representa a estrutura institucional e decisória do SUS.

Figura 1 - Arcabouço institucional e decisório do SUS



Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008).

Em 2011 foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, para definir o processo de planejamento de saúde e o meio de cooperação entre os entes federativos, ou seja, definir os caminhos do sistema para que os serviços de saúde cheguem até a população.

Percebe-se um longo período entre a publicação da Lei Orgânica do SUS e o Decreto nº 7.508/2011. As definições dos elementos que compõe a organização do SUS, que trata o referido decreto, são apresentadas em seu artigo 2º:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011b).

Santos e Campos (2015) consideram o contrato organizativo de ação pública da saúde, inserido no SUS através do Decreto nº 7.508/2011, um importante instrumento, pois além de definir as atribuições de cada ente federativo e as responsabilidades de cada ente para financiamento do SUS, define as referências sanitárias, promove a integração dos serviços e dos recursos financeiros entre os entes federativos.

Para cumprir os princípios de hierarquização, regionalização e descentralização que orientam as ações do SUS, foi publicada a Portaria nº 4.279/2010 com as diretrizes para a

organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atualizada em outubro de 2017, pela Portaria de Consolidação nº 3, que consolida as normas sobre as redes do SUS (BRASIL, 2010b, 2017b).

Para elucidar o conceito de rede, Paim (2009) realiza uma analogia das RASs com as redes de supermercado. O autor explica que as de supermercado, formadas por várias lojas, integram uma única empresa. Nas RASs, os serviços de saúde são disponibilizados por diversas instituições, de forma integrada, porém há diferença em relação à propriedade, pois no caso do SUS, não há único dono, pois as instituições de saúde pertencem aos Municípios, aos Estados, ao Distrito Federal, à União e às instituições privadas, quando contratadas pelo poder público para disporem serviços de saúde de forma gratuita à população.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3/2017, as RASs são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017b). A estrutura operacional de uma RAS é constituída pelos sistemas de apoio, logístico, de governança, e pelas organizações em que os serviços de saúde são executados, denominados de pontos de atenção. Assim, fazem parte de sua estrutura a Atenção Primária à Saúde (APS) e os pontos de atenção secundário e terciário (BRASIL, 2017b).

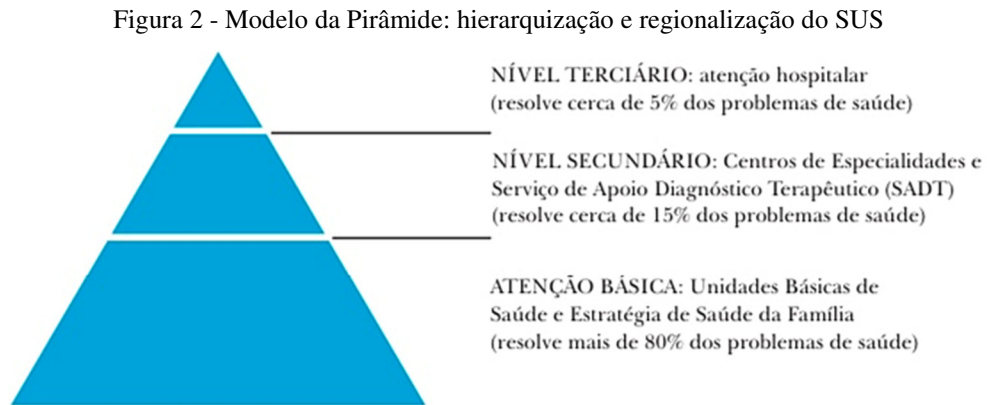
O acesso inicial ao SUS é realizado preferencialmente nos serviços de nível de menor densidade tecnológica, ofertados pela APS. Quando os serviços deste nível não são suficientes para o cuidado, a APS encaminha o usuário, por meio do mecanismo de referência, aos serviços de maior densidade tecnológica, ofertados pela atenção especializada, os pontos da atenção secundária e terciária (SOLLA; CHIORO, 2012). Portanto, os serviços e as ações do SUS são organizados e realizados em níveis de atenção, de que trata o próximo item.

2.1.1 Níveis de atenção no âmbito do SUS

Com o objetivo de racionalizar os recursos e promover resolutividade às ações de saúde, as RASs são organizadas em níveis de atenção, variando do nível de menor densidade, que corresponde a APS, ao de densidade intermediária, da atenção secundária à saúde, até o mais complexo, da atenção terciária à saúde.

As RASs compartilham a gestão, missões e objetivos e organizam-se para que seja possível a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população. Entretanto, uma rede eficiente deve contar com agentes, ou seja, usuários, gestores e trabalhadores da área de saúde, alinhados para que os seus objetivos sejam efetivados (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção da RAS seguem o modelo da implementação da organização do SUS, orientados pelos princípios constitucionais organizativos de hierarquização e regionalização. Este modelo de organização é demonstrado na Figura 2, em que consta a Atenção Básica, que equivale a Atenção Primária à Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, e os níveis de atenção secundária e terciária.



Fonte: Solla e Chioro (2012).

Para o desenvolvimento do modelo de atenção à saúde organizado em níveis de atenção, Erdmann *et al.* (2013) afirmam que é necessário promover a horizontalidade entre os pontos de atenção do SUS, para que integrados e articulados, promovam a saúde com medidas preventivas e contribuam com a recuperação da saúde.

2.1.1.1 A Atenção Primária à Saúde (APS)

De acordo com a Portaria nº 4.279/2010, a APS é o contato inicial do usuário com os serviços do SUS. Composta por equipe multiprofissional, tem a função de coordenar o cuidado, integrar o usuário aos serviços dos demais níveis de atenção e é responsável por “resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, organizar fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde no SUS, e pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção em que estejam” (BRASIL, 2010b).

Para Almeida *et al.* (2018), coordenar os serviços de saúde implica em estabelecer vínculos entre os usuários dos serviços e o sistema de saúde, de modo que os recursos disponíveis sejam utilizados para ofertar o cuidado e proporcionar o melhor resultado.

As funções da Atenção Primária envolvem:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2023a).

Antes da publicação da Portaria nº 4.279/2010, que trata da APS, este nível de atenção do SUS foi tema de debate na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em 1978, em Alma-Ata, na época, localizada na União das República Soviéticas Socialistas. A conferência foi desenvolvida com apoio da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância. A partir da conferência, surgiram os principais elementos que devem integrar uma APS, segundo Mendes (2019, p. 31):

Educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, a saúde como expressão de direito humano.

No Brasil, a organização da APS foi influenciada pelo Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde, em 1994 (MENDES, 2011). Entre as diversas políticas públicas implementadas no nível da atenção primária, O PSF é conhecido atualmente como “Estratégica de Saúde da Família” (ESF), que fornece diversas ações de saúde a uma população por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), que ofertam consultas, exames, vacinas, radiografias, entre outros procedimentos (BRASIL, 2023a).

Para Mendes (2010), a APS quando organizada de modo efetivo apresenta importantes resultados, entre eles, a efetividade da ação de saúde, maior eficiência das instituições, em função de menores custos e redução de procedimentos mais caros ofertados pela atenção especializada. Entretanto:

Para que a atenção primária à saúde possa resultar em todos esses benefícios, deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, a capacidade para solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes; e a

responsabilização, a capacidade de acolher e responsabilizar-se, sanitária e economicamente, por sua população (MENDES, 2010, p. 2301).

Em 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde (MS) divulgou a Portaria nº 2.436, para aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2, em outubro de 2017, para dispor a revisão das diretrizes que organizam a APS, em seu anexo XXII, que torna equivalente os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2017c).

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 2/2017, os serviços da APS são prestados em Unidade Básica de Saúde (UBS), e em Unidades de Saúde da Família, e ainda, a portaria define o Ministério da Saúde como responsável pela gestão e financiamento da APS, para garantir recursos federais para o custeio e investimento das ações e serviços, entretanto, responsabiliza todos os níveis de governo para compor o financiamento tripartite para estruturar e qualificar a Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

E ainda, às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, compete, conforme artigo 9º, anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, a “coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas”, o que inclui a responsabilização dos estados e do Distrito Federal pelo monitoramento das ações da APS nos municípios e ainda prestar apoio aos municípios para qualificar a APS e consolidar a política pública de saúde “Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2017a).

Deste modo, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela organização do acesso à saúde em suas regiões, pela coordenação e planejamento das ações do SUS nos estados, construção de suas políticas públicas de saúde, e por contribuir com a União na implementação das políticas nacionais de saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde contribuem com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde dos municípios e os apoiam em conjunto com o Conselho Estadual e integram a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2023b).

Às Secretarias Municipais de Saúde, conforme a Portaria de Consolidação nº 2/2017, compete à coordenação da Atenção Básica nos municípios, de acordo com diretrizes e prioridades estabelecidas e as responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal estão a organização, programação, execução e gerência dos serviços e ações da APS e organização do fluxo de pessoas, de acordo com os fluxos definidos entre os pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2017a).

Além das responsabilidades e competências no âmbito da APS, a Portaria de Consolidação nº 2/2017, trata dos princípios e diretrizes que orientam a organização deste nível

de atenção à saúde, alinhados com os princípios constitucionais (BRASIL, 2017a). Entre os princípios estão, a universalidade, para que as UBSs acolham todas as pessoas, sem distinção, para detectar as necessidades de saúde da população e construir mecanismos resolutivos. A equidade, para que reconhecidas as diferentes necessidades dos indivíduos, a APS promova estratégias que diminuam as desigualdades. E integralidade, que responsabiliza a APS pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, que envolva um conjunto de ações para promover o cuidado, a cura, a manutenção da saúde, a prevenção de doenças e o agravamento destas, bem como a reabilitação e a busca pela causa das doenças (BRASIL, 2017a).

Entre as diretrizes que orientam a atuação da APS estão a regionalização, que divide o território nacional em regiões de saúde, para fins de planejamento e organização dos serviços, a hierarquização na organização do fluxo entre os pontos de atenção, territorialização, para que os serviços sejam prestados de acordo com as necessidades das regiões (BRASIL, 2017a).

A oferta dos serviços da APS deve ser orientada pelo princípio de população adscrita, para que os serviços deste nível de atenção atendam preferencialmente as necessidades da população que habita a região onde está localizada uma UBS e para que os serviços sejam prestados centrados no cuidado da pessoa. Outro princípio que as ações da APS devem seguir é o de resolutividade, para que resolva a maioria das questões relativas à saúde das pessoas, incluindo a coordenação do cuidado entre os outros pontos de atenção da RAS. O da longitudinalidade, estabelecido pelo vínculo das pessoas, de modo continuado, para que seja evitado os erros médicos relativos ao desconhecimento do histórico de vida das pessoas. E ainda, o de coordenar o cuidado, que responsabiliza a APS pelo estabelecimento do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção, responsável pelo cuidado dos usuários por esses fluxos entre todos os pontos de atenção. E por fim, a participação da comunidade no controle social, como forma de estímulo para que as pessoas se responsabilizem pelos cuidados necessários à promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

No entanto, apesar dos princípios e das diretrizes previstas, a APS sofre com a falta de ofertas de serviços de saúde à população, resultado da restrição do orçamento para a saúde pública no Brasil, além do predomínio de interesses de mercado presentes na gestão privada dos serviços públicos do SUS, que prejudica o atendimento integral da saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Sarti *et al.* (2020), ao discutirem a importância da APS no enfrentamento da pandemia da Covid-19, afirmam que as diretrizes e os princípios que orientam as ações da APS, de territorialidade, universalidade do acesso, integralidade e vínculo entre o usuário e os profissionais das UBSs, são aspectos fundamentais a seguir em situações críticas. Entretanto,

conforme os autores, o sucesso no enfrentamento depende do planejamento das ações com base nos dados que dispõe a APS e da reorganização das ações de acordo com as demandas da pandemia, e de decisões para alocação de recursos. Dessa forma, os autores explicam que o sucesso diante de situações emergenciais, depende de uma APS fortalecida e de que a União reveja o financiamento deste nível de atenção, que se encontra prejudicado em função de emendas constitucionais.

2.1.1.2 A Atenção Secundária e Terciária à Saúde

Compõe a estrutura da atenção especializada, além dos serviços de urgência e emergência que integram todos os níveis da RAS, a atenção secundária e a atenção terciária. Na atenção secundária, são prestados os serviços de ambulatório, de apoio diagnóstico e terapêutico, e na atenção terciária, os hospitalares. Diferenciados pela complexidade tecnológica, a atenção secundária atua com tecnologia intermediária entre o nível primário e terciário. A gestão da atenção especializada é responsabilidade da direção municipal do SUS, que ainda pode firmar parcerias com municípios vizinhos para garantir o atendimento necessário (SOLLA; CHIORO, 2012). A atenção especializada é organizada para dar seguimento às ações dispensadas na Atenção Primária à Saúde (APS) aos usuários que necessitam de cuidados que envolvam tecnologias especializadas, de maior complexidade tecnológica, que não estejam disponíveis na APS. Deste modo, a atenção especializada deve atuar de forma complementar à APS, para que seja efetivada a integralidade do cuidado no SUS (TESSER; POLI NETO, 2017).

Solla e Chioro (2012) destacam que a atenção especializada se divide em atenção de média complexidade e de alta complexidade, conforme a densidade tecnológica e diferença de seus custos, remunerados de acordo com as tabelas do SUS. Segundos os autores, os serviços de alta complexidade, concentrados em hospitais universitários vinculados ao SUS e em serviços hospitalares privados contratados pelo SUS, integram uma rede que conta com a inclusão de tecnologias mais complexas, de alto custo e remunerada com valores de mercado.

Em 2004, com a edição da Portaria Interministerial nº 1.006 pelo Ministério da Saúde, foi implementada nos hospitais federais de ensino uma política de reestruturação, o REHUF, para destinar recursos extraorçamentários de modo que reestruture esses hospitais. No entanto, para aderir ao programa e receber os recursos, denominados de Incentivo à Contratualização (IAC), é condicionada a contratualização entre estas instituições e as secretarias estaduais de saúde, ou municipais, gestoras da rede de serviços (LIMA; RIVERA, 2012).

Desta forma, o REHUF inseriu e integrou os hospitais de ensino à RAS, para que os hospitais atuem obedecendo critérios de necessidade da população e de acordo com o processo de contratualização, definido como “o meio pelo qual as partes, o representante legal do hospital de ensino e o gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar” (BRASIL, 2004).

Assim, os hospitais de ensino integrados à RAS, são instituições que devem atender ao Decreto nº 7508/2011, que dispõe sobre a organização do acesso aos serviços hospitalares e aos atendimentos ambulatoriais especializados. De acordo com o referido decreto, os serviços hospitalares deverão ser referenciados pela atenção primária, pelos serviços de urgência e emergência, ou pela atenção psicossocial, assegurado o regramento especial de acesso à população indígena e quando concluído o tratamento neste nível de atenção, os pacientes deverão ser encaminhados à atenção primária, para seguimento do cuidado.

Para Chioro *et al.* (2021a), a integração dos hospitais com a RAS para promoção de maior legitimidade ao SUS, representa um constante desafio. Neste sentido, diante de todos os esforços para a integração dos hospitais com a RAS, em 2013 foi elaborada pela União a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.390/2013, atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XXIV (BRASIL, 2013a, 2017a). A seguir destaca-se o artigo 3º da PNHOSP com as principais características das instituições hospitalares:

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, que atuam de forma articulada à atenção básica, possuem densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que exige assistência contínua, seja em regime de internação ou ambulatorial, que promovam a saúde, previna o agravamento dessa, estabelece o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017a).

A PNHOSP estrutura os hospitais que prestam serviços aos SUS sobre os aspectos da assistência hospitalar, da gestão hospitalar, da formação, do desenvolvimento e gestão da força de trabalho, do financiamento, da contratualização e das responsabilidades das esferas de gestão (BRASIL, 2017a). Deste modo, a PNHOSP estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS, em seu artigo 6º:

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;

- III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;
- X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e
- XIV - monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013a).

Segundo Holz *et al.* (2016), os hospitais atendem a população de uma área geográfica e epidemiológica conforme a região de referência da instituição, porém, deveriam ser a última opção para um paciente do SUS, quando a Atenção Primária não dispõe recursos necessários para tratamento de saúde e principalmente por ser fonte do desenvolvimento da prática do ensino com insuficientes fontes de recursos.

O acesso aos hospitais vinculados ao SUS é organizado pela PNHOSP conforme o artigo 11 e seus respectivos parágrafos:

- Art. 11. O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.
- § 1º O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver.
- § 2º As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas.
- § 3º A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais (BRASIL, 2013a).

Para Souza *et al.* (2018), entre as justificativas para a implementação da PNHOSP, estão, o financiamento insuficiente da RAS, a hierarquização do sistema de saúde, a fragilização do trabalho e a falta de profissionais em regiões específicas que atendam os municípios de referência. Sobre os aspectos da gestão da atenção terciária do SUS, a PNHOSP estrutura a gestão dos hospitais conforme o artigo 19 e 20 e seus respectivos incisos e parágrafos:

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com:

- I - o papel do hospital na rede;
- II - a implementação de fluxos regulatórios;
- III - a contratualização; e
- IV - os critérios de monitoramento e avaliação.

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno.

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização.

internos de gestão do hospital, desde que monitorados e avaliados rotineiramente, poderão ser ferramentas adotadas para o cumprimento dos compromissos e metas pactuados com o gestor e para a sustentabilidade institucional.

§ 1º Cabe aos hospitais desenvolverem estratégias para monitoramento e avaliação dos compromissos e metas pactuados na contratualização e da qualidade das ações e serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, utilizando-se dos resultados para subsidiar o processo de planejamento e gestão.

§ 2º A gestão participativa e democrática, a atuação da ouvidoria e as pesquisas de satisfação do usuário serão dispositivos de avaliação da gestão interna do hospital e da atenção.

§ 3º A ambiência hospitalar deverá adotar uma arquitetura inclusiva e com acessibilidade, seguindo as normas e legislações vigentes (BRASIL, 2013a).

Segundo Souza *et al.* (2018), a PNHOSP é o instrumento oficial que apresenta as recomendações para a qualificação dos serviços hospitalares, criado como uma proposta para readequar o perfil assistencial, estabelecer a relação dos hospitais com outras unidades de diferente porte ou complexidade e definir os instrumentos para regular os fluxos para as práticas que promovam a saúde, organizados a partir das necessidades de saúde da população e em linhas de cuidado. Assim, a relação entre os hospitais e demais pontos de atenção da RAS é firmada mediante contrato orientado pelas diretrizes do eixo de contratualização da PNHOSP, especificadas nos artigos 34 e 35 e seus respectivos parágrafos e incisos:

Art. 34. Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão.

Parágrafo Único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização.

Art. 35. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com o disposto no Anexo 2 e as seguintes diretrizes:

- I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR, quando houver;
- II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor;
- III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas;

- IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assistenciais; e
- V - efetivação do controle social e garantia de transparência (BRASIL, 2013a).

Conforme Chioro *et al.* (2021a), as ações que visaram aprimorar o desempenho dos hospitais também podem ser observadas em normatizações que promoveram a descentralização da gestão nas esferas do governo, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), a criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a implantação do sistema de auditoria do SUS e as normas das agências regulatórias, que promoveram a regulação do acesso e da oferta de serviços.

Em um cenário de mudanças, foi criado pelo governo federal, por meio da Lei nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, o REHUF, para compartilhar o financiamento destes hospitais entre educação e serviços de saúde, e incentivar a contratualização com o SUS, para que assim sejam criadas condições para que consigam manter e qualificar suas atividades de ensino, pesquisa e de assistência à saúde (BRASIL, 2010a).

Para cumprir os objetivos do REHUF, o governo criou a EBSEH, vinculada ao Ministério da Educação, através da Lei nº 12.550/2011 (BRASIL, 2011b). No entanto, conforme Mendes (2019), a maioria dos hospitais brasileiros apresenta baixa eficiência, gestão ineficaz e insuficiente transparência, graves problemas na prestação de serviços e inconformidade com as legislações sanitárias vigentes. Nesta perspectiva, qualificar os serviços hospitalares prestados ao SUS e inserir estas instituições na RAS, representa um importante desafio.

2.1.2 A implementação da EBSEH nos Hospitais Universitários Federais

A EBSEH é uma empresa pública, responsável pela gestão de hospitais universitários federais, vinculados ao Ministério da Educação e tem como proposta um novo modelo de administração pública, o que na prática, significa a modificação da natureza institucional e jurídica dessas instituições, dos vínculos empregatícios, da estrutura organizacional e da forma de financiamento. A empresa foi criada com a finalidade de padronizar e modernizar a gestão dos hospitais universitários e propor melhorias que resultem no aumento da eficiência dos hospitais, de acordo com as políticas públicas desenvolvidas pelo REHUF, e ainda ser responsável por administrar os recursos financeiros deste programa (BRASIL, 2011b). Assim, a empresa tem como finalidade:

A prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública (BRASIL, 2011b).

Até o final de 2021, dos 51 hospitais universitários federais, 41 aderiram à gestão da EBSEH. De acordo com a autonomia que dispõe as universidades, elas são livres para contratar a empresa para que administrem seus hospitais (EBSEH, 2021). A adesão é realizada mediante assinatura de Termo de Adesão e Contrato, que contém as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores, prazos de execução, mecanismos de acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas (EBSEH, 2013a).

No entanto, da proposta de criação da empresa à adesão por parte das universidades federais, ocorreram diversas divergências ao novo modelo de gestão proposto. Para Persson (2016), a criação da EBSEH teve várias críticas e até mesmo reações políticas contrárias, além de discussão no âmbito jurídico sobre o caráter constitucional. Além disso, o autor atribui a crise dos hospitais à falta de planejamento do Governo Federal, frente ao elevado número de aposentadorias e desligamentos corriqueiros dos HUFs, sem promover uma política pública de reposição de seus profissionais para manter o equilíbrio do quadro de pessoal, de modo que acompanhasse o crescimento destas instituições, sem precisar recorrer a terceirização de pessoal, que segundo o autor, é um dos problemas apontados pelo Tribunal de Contas da União.

Chioro *et al.* (2021a) reconhecem a relevância dos hospitais universitários dentro dos sistemas estaduais e regionais de saúde, pela complexidade institucional e organizacional destas instituições, porém, conforme os autores, ainda apresentam problemas a serem superados pela atenção hospitalar brasileira, inclusive os hospitais administrados pela EBSEH. Os autores afirmam que os problemas que estas instituições enfrentam dificilmente são resolvidos apenas com troca de administração, pois dependem de uma reestruturação mais global do cuidado hospitalar e ambulatorial especializado, para que seja integrado e orientado ao acesso aos serviços hospitalares, a procedimentos, consultas e exames, e por resultados clínicos.

A literatura traz diversas pesquisas com o objetivo de analisar o processo de implementação da EBSEH nos HUFs. No estudo realizado por Persson (2016), que analisou a ideologia do discurso da adesão do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina à EBSEH, o autor argumenta que a criação da empresa foi orientada por uma ideologia capitalista neoliberal, consequência das reformas administrativas desde a década de 1990, além de representar o impacto da ideologia gerencialista, que procurou ultrapassar as

práticas burocráticas e sobrepor valores gerenciais de empresas privadas, com o pretexto de proporcionar eficiência na prestação de serviços de saúde e educação.

Outro trabalho que analisou a criação da EBSEERH, foi elaborado por Oliveira e Paula (2014), com o objetivo de verificar se a constituição da empresa fere os princípios do SUS. Os autores corroboram com Persson (2016), pois afirmam que os problemas de financiamento dos HUFs iniciaram em 1990, no auge das ideias ultraliberais de Estado, quando estas instituições deixaram de ser somente organizações de ensino, para serem referências na assistência em saúde, o que provocou aumento da demanda dos serviços, no entanto sem proporcional aumento da força de trabalho, acarretando contratação de mão de obra terceirizada, de modo irregular e em endividamento. O contraditório, como explicam Oliveira e Paula (2014) é que o problema da falta de profissionais era um dos desafios a serem resolvidos pelo REHUF, pois propunha novos métodos de financiamento, o que demonstra, segundo os autores, que a motivação da mudança organizacional proporcionada pela adesão à EBSEERH não foi simplesmente questões financeiras, mas por falta de planejamento e boa gestão, pois o governo não transferia os recursos do REHUF diretamente às universidades e criou uma empresa para que administrasse os recursos do programa como única solução para resolver seus diversos problemas.

Entretanto, a adesão das universidades públicas federais ao modelo de gestão da EBSEERH, representa, para Andreazzi (2013, p. 276):

- (a) a necessidade de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, por meio da adoção do regime celetista, o que significa o descompromisso com a realização de concursos públicos através do Regime Jurídico Único, solução existente nos marcos atuais da administração pública;
- (b) o formato empresa pública permitiria autonomia financeira, adoção de normas e procedimentos próprios de compras e contratações;
- (c) a perspectiva de captação de recursos próprios provenientes da prestação de serviços.

No processo de adesão dos hospitais, as maiores divergências e polêmicas ficaram por conta dos conflitos relatados por trabalhadores vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU) e sindicatos representantes dos trabalhadores (ARAÚJO, 2021; BARROS, 2014; PERSSON, 2016).

Araújo (2021) analisou a implantação da gestão da EBSEERH no Hospital Universitário Alcides Carneiro, vinculado à Universidade Federal de Campina Grande, a partir da formalização do contrato de gestão firmado com a EBSEERH em 2015. A autora levantou dados relativos à produção de serviços, contratação de pessoal e aporte orçamentário, do período 2013 a 2020, e pode observar que os contratos terceirizados de trabalho foram substituídos por

trabalhadores contratados por concurso público e houve aumento da oferta de serviços, em especial ambulatoriais, devido ao aumento do número de profissionais da área da saúde. Além disso, observou que houve aumento de equipamentos médicos e eletrônicos, como também mobiliário e melhorias na estrutura do hospital, devido às reformas realizadas.

Com a implementação da gestão da EBSEH no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), foram adquiridos equipamentos e insumos, após a criação do setor de Engenharia Clínica responsável pela reestruturação física, ao mesmo tempo que foram realizadas obras de melhorias estruturais. Além disso, para mensurar e controlar os resultados, foram adotados metas e indicadores para planejar a gestão, efetivando a gestão orientada para resultados (MARINHO, 2016).

Andreazzi (2013) analisou a lei que criou a EBSEH e discutiu as principais mudanças contidas na proposta da gestão da empresa para os HUFs, sobre os aspectos do financiamento e do processo decisório nestes hospitais. A autora considera que pelas características do modelo de gestão empresarial, o caráter de escolha para otimização de recursos prioriza aquilo que é mais lucrativo para organização e não fatores de escolha que atendam às necessidades de atendimento às políticas públicas que promovem a saúde, o ensino e a pesquisa. Além disso, a autora afirma que na proposta do modelo de gestão da EBSEH, faltaram elementos próprios de um sistema democrático, fundamentais em um sistema de Estado, como gestores eleitos pela comunidade dos hospitais e conselhos deliberativos.

2.1.3 O sistema de financiamento do SUS

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o SUS deve ser financiado com recursos oriundos da seguridade social, que é financiada por toda população, e com recursos orçamentários da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988).

Entretanto, foi a partir da Emenda Constitucional (EC) nº 94, publicada em 2000, que o sistema passou a ser financiado pelas três esferas de governo, de acordo com os percentuais mínimos estabelecidos sobre o valor da arrecadação de impostos. Assim, de acordo com a EC nº 94, os estados deveriam destinar pelo menos 12% do valor total de impostos arrecadados, os municípios 15%, e a União o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). E ainda, em 2015, a EC nº 86 estabeleceu que os recursos da União destinados para a saúde devem ser calculados com base em sua Receita Corrente Líquida (RCL), iniciando por 13,2%, em 2016, até atingir 15% da RCL, em 2020 (MENEZES: MORETTI; REIS, 2020).

Ademais, os serviços de saúde do SUS nos municípios são financiados por recursos próprios além dos repassados pela União e pelo Estado, mas podem estabelecer parcerias com outros municípios para atenderem sua população, quando não possuírem a complexidade que a assistência de saúde exige.

O Quadro 1 apresenta uma síntese das principais atribuições dos gestores do SUS, nos estados e municípios, que envolve a responsabilidade de gerência dos recursos financeiros, para desenvolverem e implementarem as políticas públicas no sistema.

Quadro 1 - Síntese das Principais atribuições dos gestores do SUS

Gestor	Políticas Públicas	Financiamento	Execução direta de serviços
Estados	Identificar os problemas e definir estratégias do âmbito estadual; Promover a regionalização; Apoiar as Secretarias Municipais de Saúde.	Definir prioridades estaduais; Ações para diminuir desigualdades; Definir critérios para alocação de recursos federais e estaduais e entre os municípios; Distribuir recursos com equidade.	Em áreas estratégicas; Em serviços de referência estadual/regional; Ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária; Em casos de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.
Municípios	Identificar problemas e elaborar estratégias no âmbito municipal; Planejar ações e serviços; Organizar oferta de suas ações e serviços, pode contratar serviços privados se necessário.	Garantir aplicação de recursos próprios, definindo os critérios; Definir critérios para aplicar os recursos federais e estaduais; Realizar investimentos no âmbito municipal.	Execução direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária Gerência de unidades de saúde; Contratar, administrar e capacitar os profissionais de saúde.

Fonte: Adaptado de Noronha, Lima e Machado (2008).

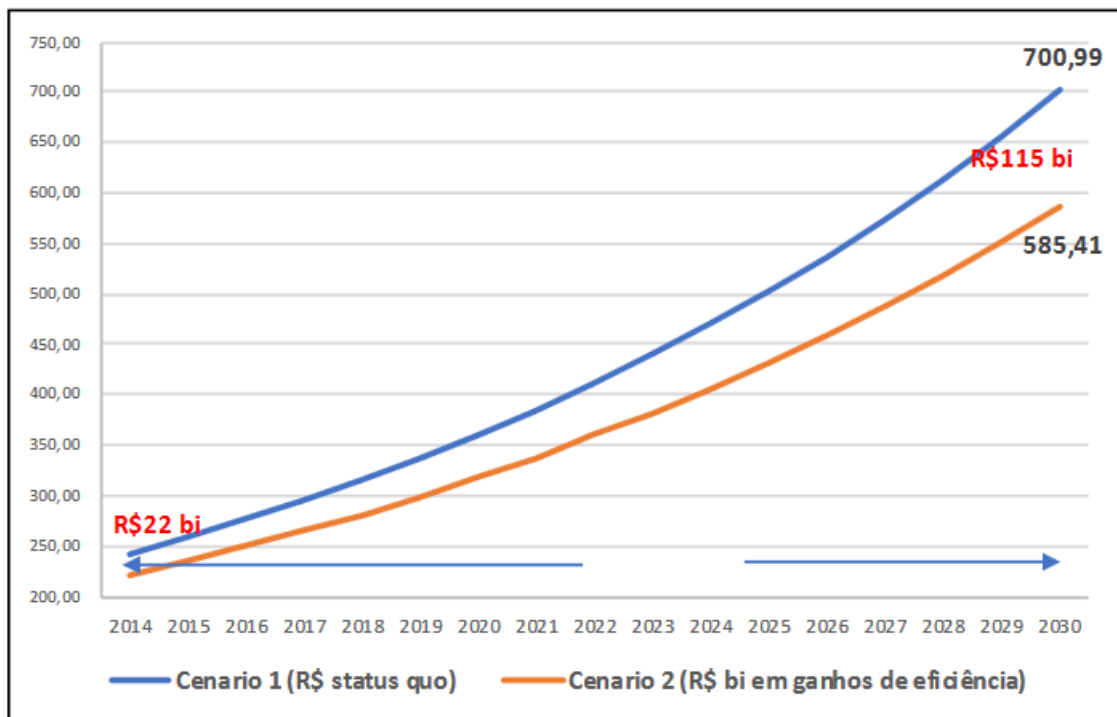
Embora sejam constatados importantes avanços proporcionados ao cuidado da saúde da população brasileira, o sistema ainda apresenta diversos desafios referente a sua sustentabilidade. Entre eles, a falta de profissionais, falha na integração entre serviços diagnósticos, especializados, hospitalares e subutilização de suas instalações. Como desafios futuros, o envelhecimento da população e o aumento do percentual de pessoas que apresentam doenças crônicas. Para superá-los, de modo que o SUS seja consolidado como um sistema de saúde sustentável, é necessária uma revisão no seu sistema de financiamento e em seu modelo de gestão, com foco na redistribuição dos custos entre os prestadores dos serviços em seus níveis de atenção e na remuneração de acordo com o volume da produção (CONASS, 2018).

A Emenda Complementar nº 95 que restringe os gastos públicos, inclusive os da área da saúde, reduziu R\$ 22,5 bilhões do orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde entre 2018 e 2020, o que representa, conforme Chioro *et al.* (2021b), que os valores destinados pela União, para a saúde por cada pessoa idosa, devem ser reduzidos pela metade entre 2018 e

2036. Entretanto, conforme os autores, devido a pandemia da Covid-19, foram suspensas as regras fiscais da EC nº 95 e com isso foram destinados em torno de R\$ 600 bilhões para o enfrentamento da pandemia, o que significa, para os autores, que não há falta de recursos para a área da saúde, mas sim um governo federal descomprometido com a sustentabilidade do SUS.

Nesta perspectiva, o Banco Mundial, a pedido do governo federal, produziu um relatório, em 2018, que apresenta a análise dos gastos com a saúde no Brasil. Na Figura 3 observa-se a projeção dos gastos do SUS até o ano de 2030. A curva crescente de gastos evidencia a necessidade de revisão do sistema de financiamento do SUS para que o sistema seja consolidado.

Figura 3 - Projeção nominal dos gastos do SUS 2014-2030



Fonte: World Bank (2017).

Os serviços de saúde dos hospitais universitários federais que integram o SUS, desde que estejam cadastrados no REHUF, recebem recursos financeiros do SUS através do mecanismo de contratualização, implementado em 2004 pelo programa, como estratégia de enfrentamento da crise de financiamento apresentada pelos hospitais, alterando definitivamente o mecanismo de financiamento destas instituições (LOBO *et al.*, 2009). A Portaria nº 3.410 de 2013, atualizada pela Portaria de Consolidação nº 3 de 2017, estabelece as diretrizes para contratualização de hospitais no âmbito do SUS, entre elas, os critérios para repasse de recursos dos entes federativos contratantes aos hospitais contratados:

Art. 28. O repasse dos recursos financeiros pelos entes federativos aos hospitais contratualizados será realizado de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo.

§ 1º O valor pré-fixado dos recursos de que trata o "caput" serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

I - 40% (quarenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas qualitativas; e
II - 60% (sessenta por cento) condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

§ 2º Os percentuais de que tratam os incisos I e II poderão ser alterados, desde que pactuados entre o ente federativo contratante e o hospital e respeitado o limite mínimo de 40% (quarenta por cento) para uma das metas.

§ 3º O não cumprimento pelo hospital das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local (BRASIL, 2013b).

Em recente estudo realizado por Chioro *et al.* (2021a), foram analisadas as mudanças resultantes da política de contratualização em 32 hospitais de ensino que recebem recursos do SUS. Os autores observaram que o resultado mais perceptível foi a recuperação financeira proporcionada com a implementação do novo sistema de financiamentos, e não obstante, perceberam que a contratualização proporcionou melhorias à regulação do acesso dos usuários do SUS em todos os hospitais avaliados, pois além de outros aspectos relacionados a gestão, fortaleceu a elaboração de protocolos assistenciais, apesar da resistência identificada em alguns médicos e docentes para aceitar que o acesso aos serviços dos hospitais seja regulado por gestores do SUS, externos aos hospitais. Neste sentido, regulação em saúde é o tema da seção seguinte, que apresenta as diferentes políticas que regulam o SUS e como os serviços de saúde são organizados por meio destas políticas.

2.2 REGULAÇÃO EM SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 autorizou a criação do SUS e a Lei nº 8.080/1990 organizou a disposição do sistema, atendendo aos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, para que a saúde no Brasil seja um direito a que todos tenham acesso, para que todas as necessidades que envolvam a saúde das pessoas sejam atendidas, seja investido mais recursos onde as necessidades forem maiores, para diminuir as desigualdades e garantir a adequada utilização dos recursos.

Nesse sentido, para proporcionar equidade ao sistema, integralidade, otimização dos recursos com base na necessidade dos usuários, fornecido no momento oportuno, os instrumentos da regulação em saúde são utilizados na gestão do SUS, pois ajustam a relação entre a oferta e a necessidade da população pelos serviços, alinhando a prestação dos serviços

para que seja realizada de modo equânime (MELO *et al.*, 2021; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Alinhado aos objetivos desta pesquisa, será adotado o conceito de regulação definido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que aborda a regulação no setor saúde como uma ação social, que pode ter como sujeito o Estado ou entidades não estatais, como conselhos de saúde ou entidades profissionais, e como objetos, os estabelecimentos de saúde e a oferta e demanda de seus serviços, as relações contratuais, os protocolos da assistência e os fluxos de atendimentos. Além disso, como função do governo, tanto na esfera federal, estatal, municipal, a regulação é reconhecida, conforme afirma a OPAS, como uma função de gestão dos sistemas de saúde:

A regulação no Setor Saúde compreenderia tanto o ato de elaborar regulamentações facilitadoras ou limitadoras de determinados rumos da produção de bens e serviços de Saúde, quanto as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o cumprimento daquelas regulamentações, isto é, uma série de ações meio que buscam viabilizar e/ou restringir a produção em saúde propriamente dita. Regular não se resume ao ato de regulamentar, mas também inclui uma gama de ações que verificam se a produção em saúde se dá conforme as regras estabelecidas (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006, p. 36).

Inerente à prestação de serviços, há diversos entendimentos para regulação em saúde, a depender da compreensão dos diferentes atores sociais envolvidos e das instituições que dispõem dos serviços ou os contratam. No entanto, o processo de regulação em saúde envolve a interferência de um sujeito entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

Conforme Santos e Merhy (2006), regulação em saúde no Brasil pode ser identificada desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), pois na oferta dos serviços de saúde, foram estabelecidas regras e condições para que os beneficiários pudessem usufruir dos serviços. Posteriormente, conforme os autores, com a criação do INAMPS, em 1978, a regulação em saúde envolvia o controle dos gastos e da produção dos serviços de saúde fornecidos aos beneficiários, os segurados do sistema de previdência, e era exercida através de fluxos e regras do Sistema de Controle e Avaliação do INAMPS, nas atividades de controle, avaliação e auditoria sobre os serviços contratados.

Posteriormente, com a dissolução do INAMPS e a constituição do SUS, as competências para as ações de regulação que envolvem a elaboração de regulamentos para o controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde, são descritas na Constituição Federal de 1988, que atribuiu tais atividades aos entes públicos, conforme artigo 197 da Carta Magna:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

E ainda, as competências e atividades de regulação pelo poder público estão expressas na Lei Orgânica do SUS, capítulo IV, artigo 15, inciso I, que trata sobre as competências e atribuições no âmbito do SUS. Dessa forma a lei atribui à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, “a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação, e de fiscalização das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1990a). E conforme artigo 16, inciso XVII, compete à direção nacional do SUS “acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais”, e ainda especifica as funções de regulação do gestor federal no inciso XIX, “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 1990a).

Observa-se funções de regulação da direção estadual do SUS, no artigo 17, inciso II, “acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS” (BRASIL, 1990a), e no inciso XI, “estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle a avaliação das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1990a). As funções de regulação dos municípios são especificadas no artigo 18, inciso XI, “controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde”, e no inciso XII, “normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação (BRASIL, 1990a).

A CF/88 e a lei Orgânica do SUS definiram as atribuições e as competências dos entes públicos, mas não definiram como devem ser realizadas as ações que envolvem o controle, avaliação e fiscalização dos serviços. Para isso, foram publicadas normas e portarias que definiram cada prática dos entes federativos. Entre elas, as Normas Operacionais Básicas 91, 92, 93 e 96, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 01/2002), e o Pacto pela Saúde, em 2006, sintetizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Controle, avaliação e fiscalização no Setor Saúde, pelo Estado, no Brasil

(continua)

Período	Acontecimentos	Conceito, Prática, Finalidades	Executantes
1988 a 1990	Constituição legal e início da implementação do SUS; Lei Orgânica da Saúde.	A Lei 8.080/90 pauta, de forma genérica, as ações e competências das esferas de gestão no controle, avaliação, auditoria e regulação de serviços; Lei 8.142/90 - Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde.	INAMPS; Ausência dos estados e dos municípios.

(conclusão)

Período	Acontecimentos	Conceito, Prática, Finalidades	Executantes
1991 a 1993	NOB 91, NOB 92 - estabelecem a transferência de recursos do INAMPS para estados e municípios, via convênio e pagamento por produção.	NOB 91 - controle, fiscalização e avaliação da execução orçamentária dos recursos repassados pelo INAMPS centrada em desempenho técnico, econômico e financeiro; NOB 92 - controle e avaliação sobre os serviços assistenciais pelos municípios; aos estados caberia controlar serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”. A união analisaria e corrigiria o sistema de controle e avaliação assistencial. Manteve-se o controle, fiscalização da execução orçamentária pelo INAMPS. Mantém-se a prática de controle e avaliação contábil financeira, sob gestão do INAMPS, cabendo aos estados e municípios o repasse de dados. Início da implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).	INAMPS, por meio de suas Auditorias Regionais; Atuação marginal dos estados e municípios
1994 a 2000	Extinção do INAMPS e criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); A NOB 93 institui a gestão incipiente, parcial, semiplena, a transferência fundo a fundo; As Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	Início da atuação dos estados e municípios com a visão contábil financeira do INAMPS, baseada no controle sobre as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e SIA, um controle limitado ao gasto dos “tetos”.	Ministério da Saúde; Início e desenvolvimento da atuação dos estados e municípios
2003 a 2005	Criação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), constituído pelo Decreto nº 4.726, de 09/06/2003.	Criado para coordenar e aprimorar a implementação da Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação, além de viabilizar financeiramente o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar do SUS; Regularização e organização dos contratos de prestadores no SUS e o desenvolvimento das diretrizes de regulação do acesso (centrais de internação, consultas e exames), com seu instrumento informatizado, representado pelo projeto Sistema de Regulação (SISREG)	Ministério da Saúde
2006	Criação do Pacto pela Saúde pela Portaria GM/MS nº 399/2006 nas dimensões Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS.	Conjunto de reformas institucionais do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão; visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Ao mesmo tempo, redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, para a busca da equidade;	Pactuado entre as três esferas de gestão: União, Estados e Municípios.

Fonte: Brasil (2006).

De acordo com Fadel *et al.* (2009), a implementação das normas operacionais exigiu esforços dos estados que se encontravam em diferentes momentos de evolução. Para os autores, as dificuldades na implementação das normas revelaram-se em função da pretensão de se aplicar normas gerais em um país do tamanho do Brasil, que apresenta desigualdades significativas entre suas regiões.

Entretanto, como tentativa de consolidar o SUS, considerando o descompasso evolutivo entre os estados, em 2006 foi publicada a Portaria nº 399, que estabelece o Pacto pela Saúde, para pactuar as ações do SUS entre os entes federativos e promover a gestão compartilhada do sistema, sob três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde instituiu os Complexos Reguladores do SUS, como estratégia de regulação, que “podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macroregional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS” (BRASIL, 2006).

Os Complexos Reguladores, de acordo com Barbosa, Barbosa e Najberg (2016), são estruturas que regulam o acesso aos serviços do SUS, conectados com as Centrais de Regulação, que são formadas por unidades de trabalho que compreendem a Central de Regulação de Urgências, Central de Internações Hospitalares e Central de Consultas e Exames.

Assim, o Pacto pela Saúde destaca a regulação em saúde como forma de qualificar o SUS e revela o conceito para regulação da atenção à saúde ou regulação assistencial, como “o processo de regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados” (BRASIL, 2006).

Conforme Melo *et al.* (2021), o Pacto pela Saúde considera a regulação como uma das diretrizes de gestão do SUS, ao implementar novos processos e instrumentos de gestão visando dar mais efetividade e eficiência ao SUS. Neste sentido, na dimensão do Pacto pela Gestão, a Portaria nº 399/2006, “estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e tornar mais claro quem deve fazer o quê”.

Segundo Fadel *et al.* (2009, p. 451), as diretrizes do pacto foram firmadas para “qualificar e implementar processos de descentralização, organização e gestão de saúde do Brasil à luz da evolução do processo de pactuação entre intergestores”, e para Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012), ao promover a gestão compartilhada entre as esferas de governo e especificar as atribuições de cada esfera de governo, o pacto fortaleceu a regulação no SUS.

2.2.1 A Política Nacional de Regulação do SUS

O conceito de regulação é amplo e depende do contexto em que está inserido. Para Albieri e Cecílio (2015), o conceito de regulação em saúde tem sido empregado em dois sentidos principais, no primeiro, relativo ao subsistema público, ela é entendida tanto como o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde como o ato de criar e implementar regras. No segundo, com respeito ao subsistema privado, a regulação é concebida como a correção de falhas nas relações dos mercados de saúde.

Em 2008, foi publicada a PNR do SUS pela Portaria nº 1.559/2008, atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, anexo XVI, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2017a). De acordo seu artigo 1º, para “ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo” (BRASIL, 2017a).

Com a Política Nacional de Regulação do SUS, o Ministério da Saúde expandiu o conceito de regulação, definido de acordo com sua interferência em três eixos de atuação, integrados entre si, Regulação de Sistemas de Saúde, que regula os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, Regulação da Atenção à Saúde, que atua sobre a produção direta das ações de saúde e Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, que atua sobre o acesso aos serviços de saúde (ALBIERI; CECÍLIO, 2015).

A Regulação dos Sistemas de Saúde, conforme a PNR (BRASIL, 2008), envolve ações que monitoram, controlam e avaliam os sistemas de saúde das três esferas de gestão. Sobre o eixo de atuação, são realizadas auditoria e vigilância sobre os sistemas, e definidas macro diretrizes, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, para a Regulação da Atenção à Saúde. Como sujeitos seus respectivos gestores públicos, as ações desta dimensão são definidas pela PNR, em seu artigo 3º caput e incisos:

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- I - elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II - planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- III - controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV - vigilância sanitária e epidemiológica;
- V - regulação da saúde suplementar;
- VI - auditoria assistencial ou clínica; e
- VII - avaliação e incorporação de tecnologias em saúde (BRASIL, 2008).

Conforme a PNR, a Regulação da Atenção à Saúde é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e tem como sujeito seus respectivos gestores públicos, que devem definir estratégias para a Regulação do Acesso à Assistência. Tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, para garantir a adequada prestação de serviços à população, executados por entes públicos ou privados ao SUS, e suas ações envolvem o monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde (BRASIL, 2008). O artigo 4º apresenta as ações deste eixo de regulação:

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS);

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

VII - Programação Pactuada e Integrada (PPI);

VIII - avaliação analítica da produção;

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS);

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;

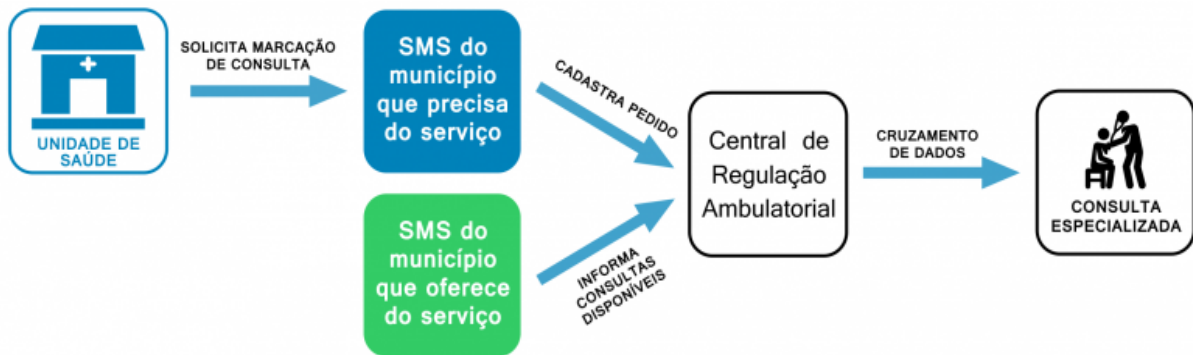
XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso (BRASIL, 2008).

A Regulação da Atenção à Saúde elaboram e incorporam protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais e podem ser observadas pelas ações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS). A Figura 4 representa o fluxo assistencial entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços contratados da atenção especializada, operacionalizado pelo Departamento de Regulação Estadual da SES. Este departamento tem entre suas competências, elaborar normas e padrões para o funcionamento das Centrais de Regulação sobre gestão estadual e propor e pactuar a Política Estadual de Regulação Assistencial, considerando necessidade, demanda e serviços de saúde contratados¹.

¹ Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/consultas>. Acesso em: 30 jul. 2023.

Figura 4 - Fluxo assistencial entre pontos de atenção à saúde



Fonte: Rio Grande do Sul (2023b).

Outro eixo de regulação do SUS é o de Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, que tem como objetivos a reorganização, o controle, o gerenciamento, a priorização do acesso e a organização dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Esta dimensão de regulação abrange a regulação médica, que atua com autoridade sanitária para que o acesso aos serviços seja realizado de acordo com protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. As ações que efetivam a atuação da Regulação Assistencial são apresentadas no artigo 5º da PNR:

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- I** - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II** - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III** - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV** - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2008).

Segundo Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018), regulação assistencial é um mecanismo de acessibilidade organizacional e envolve atividades que promovem a comunicação entre as unidades assistenciais e implementação de critérios para o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016, p. 63) definem acesso aos serviços de saúde como “a recepção do usuário, seu acolhimento e direcionamento às ações de saúde que respondam às suas necessidades”.

Neste contexto, de acordo com a PNR, a Regulação Assistencial no SUS deve garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada, garantir os princípios da equidade e da

integralidade, fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde, elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação, diagnosticar, adequar e orientar os fluxos de assistência, construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência, capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde, subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde, subsidiar o processamento das informações de produção e subsidiar a programação pactuada e integrada (BRASIL, 2017b).

O trabalho da Regulação Assistencial, ao ordenar os fluxos e contrafluxos da assistência, deve proporcionar um cuidado entregue a tempo, com custo e qualidade eficiente. Além disso, a regulação assistencial qualifica a oferta e a demanda dos serviços de saúde, de modo qualitativo e quantitativo, e implementa estratégias para ajustar a capacidade da oferta dos serviços de saúde com a demanda (MENDES, 2019).

Para implementação das ações da Regulação Assistencial, a PNR instituiu os complexos reguladores conforme área de atuação, e como parte destes complexos, as Centrais de Regulação. A Central de Regulação de consultas e exames regula o acesso aos procedimentos ambulatoriais, a Central de Regulação de Internações Hospitalares regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos, e ainda, conforme organização local, os leitos hospitalares de urgência. A Central de Regulação de Urgências regula o acesso ao atendimento pré-hospitalar de urgência, e de acordo com a organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. E a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade, integra as centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares (BRASIL, 2017a).

Entretanto, para Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018, p. 186), a regulação assistencial na organização do SUS ainda apresenta diversos desafios, entre eles, “limitada oferta de consultas e exames, precariedade dos sistemas de referência e contrarreferência, dificuldades para implementar as atividades de regulação, falta de protocolos consistentes de encaminhamento e absenteísmo de consultas ambulatoriais”.

A CIB do Rio Grande do Sul, para agilizar o acesso à atenção secundária e terciária ambulatorial, a partir de cotas definidas, organizar uma fila de espera única municipal, dar visibilidade ao cadastro de demanda, ao cadastro da oferta dos serviços e ao processo regulatório, publicou a Resolução nº 237/11, para implementar um instrumento online de ações regulatórias dos complexos reguladores. A resolução apresentou o cronograma e regras gerais de implantação da regulação ambulatorial no RS, utilizando para isso um sistema informatizado, compartilhado entre os municípios e os prestadores de serviços ambulatoriais da atenção secundária e terciária ambulatorial (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

A implementação do sistema supracitado teve início no município de Porto Alegre e se estendeu aos demais prestadores de serviços de saúde sobre gestão estadual. Com a resolução, os prestadores devem inserir as vagas de consultas no sistema, para que as Secretarias Municipais de Saúde realizem os agendamentos. Além disso, esta resolução determina que o cadastro da demanda por serviços de saúde e a inserção de agendas ambulatoriais seja realizada via sistema informatizado. Desta forma, ficou definido que a inserção da demanda é responsabilidade da Gestão Municipal, para assim compor uma fila de espera por procedimento e especialidade. Não obstante, os bloqueios de agendas e cancelamentos de consultas devem ocorrer mediante regulação, com tempo hábil para comunicar os pacientes e dentro de regras estabelecidas em contrato com os prestadores. Cabe destacar que, para controle e avaliação dos agendamentos realizados via sistema informatizado, a resolução mencionada previu o controle do aproveitamento da oferta e do absenteísmo ambulatorial, com emissão trimestral de relatórios e estabelecimento de regras, como definição de prazos para ocupação da agenda e fluxo para preenchimento de vagas a curto prazo.

No RS, o sistema online para regulação, agendamento de consultas, procedimentos e leitos hospitalares, o Aplicativo de Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde (AGHOS) foi utilizado em todo o estado até 2014, quando foi gradualmente desativado e substituído pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um software livre do Ministério da Saúde (PASTORINI, 2014). O SISREG é um sistema de gestão das demandas da regulação assistencial, desenvolvido para proporcionar maior controle no acesso e no fluxo dos serviços de saúde do SUS (SISREG, 2023).

No estudo desenvolvido por Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016), que objetivou analisar o serviço de regulação assistencial de um município e a aplicação do princípio constitucional da equidade na gestão, os autores identificaram que o SISREG é uma ferramenta da regulação assistencial que proporciona equidade no gerenciamento da oferta e da demanda, e sobre tais aspectos, afirmam o seguinte:

O SISREG, disponibilizado atualmente pelo Ministério da Saúde, possibilita o gerenciamento da cota de recursos disponível, bem como a constatação de necessidades de expansão ou limitação de serviços pontuais. Dessa forma, configura-se como significativa ferramenta para o gerenciamento da oferta e da demanda (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016, p. 72).

Entretanto, em 2021 foi publicada a Resolução nº 241, da CIB/RS, para implementar um novo sistema online de regulação no RS, conforme artigo 2º da referida resolução:

Artigo 2º - Todos os sistemas informatizados utilizados pelos prestadores de atendimentos aos SUS e pelas Centrais de Regulação Municipais deverão estar integrados aos sistemas de regulação oficial do SUS, no Estado do Rio Grande do Sul, pactuados nesta Resolução, visando a integração com as Centrais Estaduais, e ficam definidos os sistemas oficiais do Estado:

I – GERCON – Sistema para regulação de consultas e exames;

II – GERINT – sistema para regulação de internações;

III – GERPAC – sistema para autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade;

IV – SAPH/SAMU – sistema de Atendimento Pré-hospitalar e de Urgência Hospitalar (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Conforme Mendes (2019), apesar das dificuldades em atender aos princípios constitucionais, o SUS desde sua criação apresentou significativa produção de serviços, entretanto, o acesso adequado aos serviços representa a principal dificuldade apresentada pelos usuários, e portanto, proporcionar acesso de modo eficiente é o principal desafio a ser enfrentado pelos gestores para que o sistema seja consolidado.

Neste sentido, para Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012), é fundamental que os gestores pactuem as ações e cumpram todos os acordos para que o sistema funcione. Segundo os autores, o que contribui para o sucesso das ações são elementos facilitadores, como Atenção Primária à Saúde eficaz, encaminhamentos corretos e que atendam aos critérios e aos protocolos assistenciais e complexos reguladores estruturados.

2.2.2 A regulação do acesso a partir da Política Nacional de Atenção Hospitalar

De acordo com De Castilho e Souza (2018), a regulação assistencial intra-hospitalar é a dimensão de regulação em saúde responsável pela gestão do acesso aos serviços dos hospitais e pela integração destes com outros níveis de atenção da RAS, além de ser responsável pela organização do fluxo dos pacientes entre os serviços de saúde dos hospitais.

Sob tais aspectos, a Portaria nº 3.390/2013, implementou a PNHOSP, atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2, em 2017, anexo XXIV. Considerada como um marco histórico de política de atenção hospitalar, a PNHOSP reestruturou o nível terciário das Redes de Atenção à Saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015), com as “diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS, com disposições regulamentares direcionadas à organização dos hospitais públicos, e aos privados que prestam serviços ao SUS” (BRASIL, 2017a).

Partindo da concepção dada pela PNHOSP aos hospitais como instituições complexas, que atendem usuários que apresentam complicações do estado de saúde, que exigem internação ou continuidade do atendimento que promova a saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico,

tratamento e reabilitação, e inseridos na RAS, o artigo 4º, caput e respectivos parágrafos estabelecem o seguinte:

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS locorregional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

§ 2º Os hospitais, além da assistência, constituem-se, ainda, em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS (BRASIL, 2013a).

A integração dos hospitais com a Atenção Básica de Saúde, orientada pelas diretrizes da PNHOSP, representa uma vantagem para o financiamento do sistema de saúde e para os usuários, pois ao mesmo tempo que evita gastos desnecessários da atenção hospitalar com repetição de exames, que concentra atendimento ambulatorial na atenção básica, e evita internações prolongadas desprendendo recursos hospitalares, beneficia o usuário, pois esse é inserido em uma rede organizada em benefício de seu cuidado (CHIORO *et al.*, 2021a).

As diretrizes da PNHOSP estão definidas no capítulo II:

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;

II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;

III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;

IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;

V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;

VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;

VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;

VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;

IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;

X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;

XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;

XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;

XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e

XIV - monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013a).

Fundamentada em suas diretrizes, a PNHOSP é uma política que organiza as instituições hospitalares nas áreas da assistência, da gestão, da formação, do desenvolvimento e gestão da força de trabalho, do financiamento, da contratualização, e das responsabilidades das esferas de gestão (BRASIL, 2017a).

Em consonância com a PNHOSP, o Ministério da Saúde publicou em dezembro de 2013 a Portaria nº 3.410, revogada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, em que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, que se aplicam aos hospitais públicos, desde que atuem com no mínimo 50 leitos, e aos privados. Conforme as diretrizes da portaria, os hospitais deverão garantir equidade no acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratados, e aos contratantes compete a regulação das ações e dos serviços de saúde contratualizados, por meio de:

- a) estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;
- b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e
- c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2013b).

Os serviços hospitalares podem ser contratados pelos gestores dos estados ou municípios, mediante o processo de contratualização, recomendado pela PNHOSP, que representa a formalização da disponibilidade dos serviços hospitalares contratados, através de um instrumento contratual, em forma de convênio ou contrato, em que as partes, representadas pelo gestor municipal ou estadual do SUS e pelo representante legal do hospital, definem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar. O documento deve ser composto de duas partes, do contrato propriamente dito, e de outra parte, com a descrição das metas qualitativas e quantitativas, que serão acompanhadas e avaliadas por uma comissão de acompanhamento composta pelo gestor e pelo hospital (BRASIL, 2022).

No entanto, conforme Cardoso *et al.* (2020), as metas são avaliadas mediante indicadores qualitativos e quantitativos, e quando os resultados não são cumpridos, as instituições contratadas podem ter o pagamento suspenso, ou o contrato pode ser rescindido. Lima e Rivera (2012) observam que diversos países já utilizam este instrumento com a intenção de proporcionar melhorias em seus hospitais, especialmente os países desenvolvidos, pois é um mecanismo que insere transparência na prestação de contas aos usuários e ao governo e ainda melhora o desempenho do contratado e otimiza recursos das instituições, pois atua mediante

prestação de um contrato com metas definidas quanto a qualidade e quantidade dos serviços contratualizados.

Cabe destacar que, sobre o eixo da assistência, a PNHOSP estabelece que os hospitais devem atuar com base na regulação do acesso, com demanda referenciada ou espontânea, integrados aos demais pontos de atenção da RAS, mediadas pelo gestor, de forma que assegure a equidade e transparência, nos termos pactuados com as CIB ou Comissão Intergestores Regional (BRASIL, 2017a).

Em relação à atuação da gestão, a PNHOSP a orienta sobre os aspectos que constam na seção II, artigos 18 e 19:

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar será pautada:

- I - na garantia do acesso e qualidade da assistência;
- II - no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor;
- III - na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e
- IV - no planejamento participativo e democrático.

Art. 19. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com:

- I - o papel do hospital na rede;
- II - a implementação de fluxos regulatórios;
- III - a contratualização; e
- IV - os critérios de monitoramento e avaliação.

§ 1º O gestor estadual, distrital ou municipal de saúde será responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS, utilizando-se de protocolos assistenciais e de critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades, conforme pactuação da CIB ou da CIR, quando existir, para proporcionar acesso ao cuidado adequado no tempo oportuno.

§ 2º Os hospitais disponibilizarão ações e serviços de saúde às centrais de regulação de acordo com o pactuado no instrumento formal de contratualização (BRASIL, 2013a).

Destarte, sobre a garantia do acesso, qualidade da assistência e implementação de fluxos regulatórios, a PNHOSP recomenda que os hospitais insiram em suas estruturas o NIR, com a função de interagir de forma interligada e pactuada com as Centrais de Regulação, de acordo com o perfil de complexidade da assistência da instituição, para organizar o acesso às consultas ambulatoriais, aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e aos leitos de internação, conforme protocolos e critérios definidos, para que a assistência ao cidadão seja realizada de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2017a).

Machado *et al.* (2021) ao realizarem uma revisão de literatura sobre evidências científicas a respeito da implementação e operacionalização do NIR nos hospitais, identificaram a importância do NIR no processo de gestão do acesso aos serviços de saúde, pois observaram que o acesso aos serviços hospitalares quando administrados pelo NIR, proporciona a otimização dos recursos, e ainda, a tecnologia que dispõe os núcleos observados no estudo,

representam uma importante fonte de informação aos gestores, pois os *softwares* utilizados produzem informações como tempo de ocupação dos leitos e custos de internação.

Nessa direção, Chioro *et al.* (2021a), afirmam que o NIR, ao integrar a gestão do acesso à assistência hospitalar, dispõe estruturas capazes de reconhecer e monitorar o uso dos serviços hospitalares em tempo real, produzindo informações que auxiliam os gestores dos hospitais, com indicadores de utilização de ofertas e de desempenho, e assim proporcionam o uso racional dos recursos, gerenciam as altas e ainda participam da construção e gestão dos fluxos dos usuários pelos serviços da organização.

2.3 ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL

Conforme Santos (2008), absenteísmo ambulatorial significa o não comparecimento às consultas e aos procedimentos agendados, sem prévia comunicação da ação por parte dos usuários. Para Mazza *et al.* (2019), apesar do número de consultas ofertadas no SUS ser insuficiente diante do tamanho da demanda, parte das vagas são desperdiçadas pelo absenteísmo ambulatorial. Conforme os mesmos autores, há diversos motivos para que a redução do absenteísmo na assistência à saúde seja reconhecida como um importante desafio pelos gestores, pois acarreta uma série de problemas a todas as organizações, de ordem econômica, mas também social, pois causa prejuízo à assistência à saúde e à recuperação da saúde (MAZZA *et al.*, 2019).

Para Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018, p. 186), a regulação assistencial na organização do SUS ainda apresenta diversos desafios, entre eles, “limitada oferta de consultas e exames, precariedade dos sistemas de referência e contrarreferência, dificuldades para implementar as atividades de regulação, falta de protocolos consistentes de encaminhamento e absenteísmo de consultas ambulatoriais”. Neste sentido, o absenteísmo ambulatorial representa um desafio à gestão na saúde, que deve identificar os motivos que provocam este problema para combatê-lo (BELTRAME *et al.*, 2019).

Como consequências do absenteísmo ambulatorial Mesa, Asencio e Ruiz (2015) citam a subutilização dos recursos disponíveis, o desperdício dos recursos destinados ao atendimento programado, o trabalho para o reagendamento e prejuízo à saúde dos usuários, pois devem aguardar novo agendamento, conforme disponibilidade de vaga, além de prejudicar a tentativa de redução do tempo de espera por uma consulta, fatores, portanto, que comprometem além de recursos médicos, os administrativos das instituições.

Com o propósito de identificar o prejuízo financeiro referente ao absenteísmo de consultas e de exames agendados pelo SUS na Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), entre os anos de 2014 e 2016, Beltrame *et al.* (2019) realizaram um estudo com base nos dados obtidos do SISREG do Espírito Santo e da tabela de valores dos procedimentos do SUS. A pesquisa revelou que 38,6% das consultas não foram realizadas porque os usuários não compareceram e o custo desperdiçado foi de R\$ 3.558.837,88. Dos exames agendados, 32,1% não foram realizados por falta dos usuários, o que significa um recurso desperdiçado de R\$ R\$15.007.624,15. Diante dos resultados, os autores afirmam que os recursos desperdiçados com o absenteísmo de consultas e exames, representam um importante desafio aos gestores do SUS, que devem administrar o sistema visando a sustentabilidade das instituições. Ainda nesta perspectiva, Beltrame *et al.* (2019, p. 1016) afirmam que são consequências do absenteísmo ambulatorial, “o aumento da fila de espera e de demandas por urgência, diminuição da produtividade, da eficiência da clínica e da gestão”.

Bender, Molina e Mello (2010), após analisarem os relatos obtidos em entrevistas realizadas com os trabalhadores de uma unidade de saúde, identificaram diversas consequências do absenteísmo ambulatorial, entre elas, o prejuízo à saúde dos usuários provocado pela descontinuidade no tratamento e de resolução da demanda de saúde, prejuízo à instituição, pois são despendidos recursos para operacionalizar os agendamentos, há aumento do atendimento de emergência e da fila de espera por consulta, pois os faltos precisam aguardar novo agendamento em fila de espera.

Para reduzir os índices de absenteísmo ambulatorial, é necessário conhecer as razões das faltas. Neste sentido, no estudo realizado por Beltrame *et al.* (2019), os autores realizaram uma revisão de literatura sobre o tema com objetivo de identificar os motivos do absenteísmo ambulatorial. Entre os principais motivos identificados pelos autores, estão o esquecimento do agendamento por parte dos pacientes, ineficiência da comunicação entre o serviço e o usuário, boa evolução de doenças, agendamento em horário de trabalho e problemas de locomoção dos pacientes.

Mazza *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa de campo a fim de identificar os motivos que levaram os pacientes à não comparecerem às consultas agendadas no ambulatório de oncologia de um hospital universitário. Os autores telefonaram para 356 pacientes que faltaram, desses, 299 não atenderam às ligações. Entre os que atenderam, 31,6% responderam que não foram comunicados da consulta, 12,3% faltaram porque se consultaram em outra instituição, 7,02% informaram que não foram à consulta pois no dia tinham outro compromisso, e 7,02% não sabiam informar o motivo da ausência.

Para investigarem os motivos do absenteísmo ambulatorial em consultas especializadas agendadas em uma instituição de saúde, referenciada por uma UBS, Bender, Molina e Mello (2010) realizaram um levantamento de dados no SISREG. Os autores identificaram que das 844 consultas agendadas no período entre janeiro e julho de 2008, 34,4% não ocorreram por ausência dos usuários. Na pesquisa, os autores entrevistaram os usuários faltosos e entre os principais motivos relatados estão, o esquecimento da data da consulta, possivelmente pelo longo de tempo de espera pela consulta, dia agendado que coincidiu com outro compromisso, estavam doentes no dia da consulta, não localizaram o local da consulta, não tinham recursos para o transporte e não podem faltar ao trabalho para comparecerem às consultas.

Pinto *et al.* (2022), para identificarem os motivos dos pacientes para o não comparecimento às consultas e exames e analisarem mecanismos para o combate ao absenteísmo ambulatorial, selecionaram 21 pesquisas para leitura na íntegra e análise, realizadas sobre absenteísmo ambulatorial, publicadas entre 2015 e 2020 e localizadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO e no Google Acadêmico. Após a leitura dos artigos, os autores revelam que o absenteísmo ambulatorial possui múltiplas, mas identificaram que os principais motivos se relacionam com questões trabalhistas, escolares, e dia e horário que foi agendado.

Os autores afirmam que para a redução do absenteísmo, é necessário a implementação de diferentes estratégias que envolvam toda a rede de atenção à saúde, para que o sistema de acesso aos serviços seja organizado de modo a reduzir as ausências aos agendamentos, o que inclui a participação da regulação assistencial, que deve considerar as necessidades da população e atuar facilitando possíveis cancelamentos, para que assim sejam liberadas vagas, menos pacientes sejam prejudicados e os recursos sejam otimizados. Os resultados do estudo podem ser observados na Tabela 1, que demonstra a frequência dos motivos identificados na literatura selecionada.

Tabela 1 - Frequência dos motivos de faltas aos exames e às consultas identificadas em revisão integrativa

Motivos das faltas à exames e consultas	Frequência (%)
Obrigações trabalhistas, escolares, dia e horário de agendamento	20,63%
Tempo de espera	15,87%
Falhas na comunicação	15,87%
Esquecimento	11,11%
Custos com alimentação e/ou locomoção	11,11%
Melhora da saúde	4,76%
Dependência para a locomoção	4,76%
Organização da agenda e disponibilidade de vagas para consultas e exames	4,76%
Insuficiência tecnológica nas unidades de saúde	4,76%
Falhas na operação ou no sistema de agendamento	1,59%

(conclusão)	
Motivos das faltas à exames e consultas	Frequência (%)
Treinamento insuficiente do agente comunitário de saúde para acompanhamento e lembrete dos agendamentos aos usuários	1,59%
Influência política na gestão nas unidades de saúde	1,59%

Fonte: Adaptada de Pinto *et al.* (2022, p. 14).

No estudo realizado por Santos (2008), com o objetivo de identificar os motivos do absenteísmo de consultas e exames, como amostra de análise as consultas e exames agendados em setembro de 2008, pelo SUS, em um município da Bahia. Após análise das respostas dos usuários que responderam ao questionário aplicado, os motivos identificados foram, medo de faltarem um dia de trabalho, falta de atualização dos dados dos cadastros dos usuários nas unidades de saúde, o que impede que os agentes de saúde responsáveis pela comunicação do agendamento se comuniquem com os pacientes. A autora afirma, com base nos resultados encontrados, que os principais motivos do absenteísmo ambulatorial justificam a implementação de políticas públicas que melhorem a vida da população, e aos funcionários das unidades de saúde, recomenda que conscientizem a população da importância do comparecimento às consultas, e ainda, caso haja desinteresse no agendamento, que solicitem aos usuários comunicarem em tempo hábil às unidades de saúde, para que seja agendado outro paciente, para que assim, o tempo da fila de espera diminua e os recursos sejam otimizados.

Para analisarem as causas do absenteísmo ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo, Bittar *et al.* (2016) realizaram um estudo descritivo com dados primários, do período de 2011 a 2015, de sete unidades da atenção especializada da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. É importante destacar que os autores perceberam que, numa destas instituições, a equipe responsável pelos reagendamentos pergunta ao usuário que faltou à consulta o motivo que o levou a faltar. Os resultados demonstram que 29% faltaram por que não tinham meio de transporte até a consulta, 23,5% esqueceu da consulta, o que demonstra, conforme os autores, a necessidade de intervenção da assistência social para mitigar o absenteísmo ambulatorial.

O esquecimento como motivo mais frequente de falta às consultas agendadas foi identificado nas pesquisas realizadas por Neal *et al.* (2005) no Reino Unido, e em Portugal, por Ferreira *et al.* (2011), com o objetivo de identificar os principais motivos de absenteísmo ambulatorial. Neal *et al.* (2005), com dados coletados por meio de questionário enviado aos faltantes, identificaram que 40% faltaram porque esqueceram da consulta. Ferreira *et al.* (2011) verificaram que, entre janeiro de 2008 a junho de 2010, das 6.290 consultas agendadas para um ambulatório de um hospital para adolescentes, 28,5% não foram realizadas por falta dos pacientes, e entre os principais motivos apontados pelos participantes selecionados como

amostra, 140 faltosos, 28,3% responderam que faltaram por incompatibilidade com horário, em função de coincidir com o horário da escola e 17% responderam que faltaram por esquecimento da consulta.

No Quadro 3 a seguir, apresenta-se uma síntese elaborada a partir da pesquisa realizada na literatura científica para identificar os principais motivos de absenteísmo ambulatorial.

Quadro 3 - Principais motivos de absenteísmo ambulatorial

Motivos	Autores
Esquecimento da consulta agendada	Beltrame <i>et al.</i> (2019) Bender, Molina e Mello (2010) Pinto <i>et al.</i> (2022) Bittar <i>et al.</i> (2016) Neal <i>et al.</i> (2005) Ferreira <i>et al.</i> (2011)
Falha na comunicação entre o serviço e o usuário	Beltrame <i>et al.</i> (2019) Mazza <i>et al.</i> (2019) Pinto <i>et al.</i> (2022)
Boa evolução da doença	Beltrame <i>et al.</i> (2019) Pinto <i>et al.</i> (2022)
Agendamento em horário de trabalho ou outro compromisso	Beltrame <i>et al.</i> (2019) Bender, Molina e Mello (2010) Pinto <i>et al.</i> (2022) Santos (2008) Mazza <i>et al.</i> (2019) Ferreira <i>et al.</i> (2011)
Problemas de transporte	Beltrame <i>et al.</i> (2019) Bender, Molina e Mello (2010) Pinto <i>et al.</i> (2022) Bittar <i>et al.</i> (2016)
Longo tempo de espera pela consulta	Bender, Molina e Mello (2010) Pinto <i>et al.</i> (2022)
Atendidos em outra instituição	Mazza <i>et al.</i> (2019)
Não localizaram o local da consulta	Bender, Molina e Mello (2010)
Falta de atualização dos dados dos cadastros dos usuários nas unidades de saúde	Santos (2008)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados identificados pelos autores citados.

O tempo de espera é considerado como causa do absenteísmo ambulatorial (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; PINTO *et al.*, 2022), o aumento da fila de espera pelo atendimento é considerado como consequência (BELTRAME *et al.*, 2019). Neste sentido, Farias *et al.* (2019), a fim de analisarem a relação entre o absenteísmo ambulatorial e tempo de espera por consultas, realizaram uma pesquisa na base de dados da Secretaria de Saúde do Espírito Santo, considerando as consultas agendadas entre 2014 e 2016. O método de análise utilizado pelos autores foi o de análise de correlação de Spermam e estatística descritiva. Os autores apontam que o tempo de espera por uma consulta apresentou uma média de 419 dias em 2014, de 687 dias em 2015, e de 1.077 dias em 2016. O absenteísmo das consultas, em 2014 foi de 36,9%,

em 2015 foi de 38,7% e em 2016, 39,8%. Os autores apontam que há correlação significativa entre o tempo máximo de espera para o agendamento das consultas e porte municipal e os índices de absenteísmo, o que demonstra, segundo os autores, que o tempo de espera e o tamanho do município influenciam o absenteísmo ambulatorial.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo são apresentados os procedimentos utilizados para responder ao problema e aos objetivos da pesquisa. Assim, no delineamento da pesquisa está descrito o planejamento da pesquisa, posteriormente é apresentada a unidade de análise e suas características, os procedimentos utilizados para a coleta dos dados e as técnicas utilizadas para análise dos dados coletados, as questões éticas do estudo e as limitações da pesquisa realizada.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A estratégia adotada para coleta de dados, tratamento e análise dos dados constitui o delineamento da pesquisa (GIL, 2019). No delineamento, são definidos os métodos utilizados para a execução da pesquisa científica. Para Matias-Pereira (2019, p. 43), “método são procedimentos, regras e técnicas que devem ser adotados em uma pesquisa científica”. Neste sentido, para este autor, a metodologia é o conjunto de métodos selecionados para o desenvolvimento de uma pesquisa.

Para melhor compreensão da metodologia a ser utilizada, retoma-se o objetivo geral deste estudo, que é identificar o efeito da implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM sobre o absenteísmo das consultas agendadas. Para delimitação da pesquisa, foram considerados os processos para gestão ambulatorial do HUSM como objetos de análise. Estes processos ordenam os fluxos dos serviços ambulatoriais, instrumentalizam a oferta dos serviços ambulatoriais, monitoram e regulam o acesso aos serviços de saúde na área ambulatorial do hospital e são realizados com a coordenação do Setor de Regulação e Contratualização do HUSM.

Neste sentido, foi realizado um estudo de caso visando a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial no HUSM e seus efeitos sobre os índices de absenteísmo ambulatorial. Optou-se pelo método estudo de caso, pois segundo Gil (2002), estudo de caso é um estudo profundo e detalhado de um ou mais objetos, que permite o seu amplo e detalhado conhecimento, muito utilizado em ciências sociais. Uma das vantagens do estudo de caso, conforme Yin (2015), é a capacidade de utilizar múltiplas evidências, de forma complementar ao estudo, para consolidar as informações coletadas da pesquisa documental. Entre as vantagens do uso de documentos, para Gil (2022), é conhecer o passado para identificar os processos de mudanças sociais e culturais. Desta forma, no estudo de caso, os dados são coletados de

memorandos, correspondências eletrônicas, relatórios de registros internos de uma organização, relatórios de dados estatísticos e entrevistas.

Assim, para atingir os objetivos do estudo, e resolver o problema da pesquisa, foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa, utilizando dados não numéricos e numéricos. Conforme Gil (2021), utiliza-se pesquisa qualitativa quando a intenção é aprofundar o conhecimento sobre a constituição de um processo. Na pesquisa qualitativa, foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva, que tem como finalidade, segundo Marconi e Lakatos (2021, p. 90), “aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realizar uma pesquisa futura mais profunda”, e do tipo documental, para a partir dos documentos organizacionais, identificar e descrever os processos que envolvem a gestão ambulatorial no HUSM, antes e após a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 4 profissionais do HUSM, que são responsáveis pelo processo de implementação das diretrizes. Conforme Creswell (2010), na pesquisa qualitativa, embora os pesquisadores utilizem um instrumento para a coleta dos dados, são eles que coletam as informações e realizam a entrevista com os participantes, além disso, os pesquisadores utilizam diversas fontes de dados, extraem sentido deles e os organizam em categorias ou em temas relativos a todas as fontes de dados.

Na pesquisa quantitativa, em que se utilizam números para extrair dados a partir deles (BAUER; GASKELL, 2022), foram utilizadas informações de relatórios estatísticos do hospital.

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE

A EBSEERH é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), 100% dependente da União, criada para prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, e para prestar serviços de apoio ao ensino, à pesquisa, à extensão e ao ensino-aprendizagem na área de saúde pública. A empresa atua por meio de uma rede composta pela sua sede e por 40 HUFs, com a proposta de prestar serviços de assistência à saúde de forma integral e ofertados via SUS (EBSEERH, 2022a).

O HUSM foi um dos três hospitais da rede EBSEERH, denominados de hospitais multiplicadores pelo Projeto Gestão da Oferta, selecionados para capacitar as equipes dos demais hospitais universitários da rede, com a realização de oficinas e encontros para trocas de

experiências, com o objetivo de expandir o modelo de regulação assistencial da EBSEH aos hospitais selecionados conforme critérios criados pela empresa.

O HUSM é um órgão que integra a estrutura da UFSM, e quando esta firmou o Contrato de Gestão Especial Gratuita (Contrato nº 263/2013), com a EBSEH em 2013, a estrutura de governança passou a ser constituída de acordo com o que determinada a empresa, provocando diversas mudanças na gestão do hospital, pautadas no Plano Diretor Estratégico que direciona ações de desenvolvimento do hospital nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa (EBSEH, 2016c).

A área física do hospital é de 30.000 m², em uma estrutura vertical e horizontal. Atualmente possui 50 leitos de cuidados intensivos e 370 leitos operacionais de internação, e conta com uma área construída para a Central de Laboratórios, de 3.200 m², e a nova Central de Unidade de Tratamento Intensivo. O HUSM ainda dispõe de uma ampla área de apoio didático, administrativo e serviços assistenciais, com ambulatórios, Farmácia Hospitalar e Laboratórios de Apoio e Diagnóstico. O quadro funcional é formado por 5.315 profissionais, que atuam nas áreas administrativa, assistencial, de docência, residência, acadêmica e alunos de outras instituições conveniadas com a UFSM para estágio obrigatório-curricular (EBSEH, 2016c).

Assim, com o objetivo de identificar os principais efeitos da implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial sobre os índices de absenteísmo ambulatorial, foi escolhido como unidade de análise o HUSM, delimitando para o objetivo da pesquisa, o Setor de Regulação e Contratualização.

3.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

O procedimento metodológico inicial do estudo para coleta dos dados parte da pesquisa de campo no Setor de Regulação e Contratualização, subordinado à Superintendência do HUSM. Na pesquisa de campo, os dados devem seguir uma ordem determinada, e categorizados de modo que possam ser valorizados na pesquisa e que façam sentido dentro do seu contexto, para que seja possível localizar diferenças ou semelhanças entre eles na construção das análises (MINAYO, 2012). Desta forma, para a construção do referencial teórico do estudo e análise documental, foi realizada uma pesquisa bibliográfica referente ao tema do estudo. Segundo Gil (2018), este tipo de pesquisa parte da escolha do tema e da formulação do problema, para as fontes que irão fornecer as respostas para o problema e podem estar localizadas em diversos materiais, como livros, teses, dissertações e periódicos científicos.

Para coleta de dados na pesquisa qualitativa, foi realizada uma pesquisa exploratória, pesquisa documental e entrevistas do tipo semiestruturada. Conforme Godoy (1995), a pesquisa documental consiste no exame de materiais escritos como memorandos e relatórios, com o objetivo de buscar novos entendimentos ou perspectivas complementares. Segundo Gil (2022), na pesquisa documental os achados são fontes primárias que proporcionam um tipo de informação que não recebeu tratamento analítico. Para Martins (2008, p. 46), a pesquisa documental é útil “para um melhor entendimento do caso e para corroborar evidências coletadas por outros instrumentos e outras fontes, possibilitando a confiabilidade dos achados através de triangulação de dados e de resultados”.

Neste sentido, a pesquisa documental foi realizada com uma busca ativa de documentos organizacionais do HUSM para gestão dos serviços ambulatoriais, para extrair informações relativas aos processos de gestão ambulatorial em protocolos, diretrizes, normativas, portarias, projetos institucionais e manuais operacionais.

Dos documentos organizacionais foram coletadas informações sobre os processos de gestão ambulatorial do documento “Diretrizes de Regulação Assistencial, Gestão do Processo Ambulatorial HUSM/EBSERH” em duas versões, a primeira de 2017 e a segunda de 2022, e em documentos institucionais que apresentam informações do projeto Desenvolvimento e Implantação de Dispositivos de Gestão no âmbito da EBSEH e dos Hospitais Universitários Federais.

Para Gil (2018, p. 106), “na maioria dos estudos de caso, a coleta de dados é feita mediante entrevistas, observação e análise de documentos, embora muitas outras técnicas possam ser utilizadas”. Deste modo, optou-se por realizar entrevistas do tipo semiestruturada, segundo Gil (2022), um método de coleta de dados vantajoso na pesquisa qualitativa, que permite reconstruir eventos vivenciados pelos entrevistados, e assim, contribui para o entendimento da situação presente a partir de situações passadas. Segundo Marconi e Lakatos (2021, p. 102), em uma entrevista semiestruturada, “o entrevistado tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada e as perguntas podem ser respondidas dentro de uma conversação informal”.

De acordo com Martins (2008, p. 27), “entrevista é uma técnica de pesquisa para coleta de dados cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados dão às questões e às situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente”. Neste sentido, a entrevista semiestruturada foi realizada para identificar o processo de implementação do novo modelo de gestão ambulatorial na perspectiva dos profissionais do HUSM,

responsáveis pelo processo de implantação das Diretrizes de Regulação Assistencial e consolidar as informações coletadas pela pesquisa documental.

Como critério de escolha dos entrevistados, foram selecionados servidores públicos vinculados ao HUSM pois integram o Núcleo Operativo do Projeto Gestão de Oferta, e são responsáveis pela elaboração das DRA, pela estruturação dos critérios para o fluxo dos agendamentos de consultas e comunicação com os pacientes, implementação e disseminação do projeto no HUSM. A escolha dos critérios para entrevista baseou-se na necessidade de identificar os principais desafios e dificuldades na implementação das diretrizes por parte dos gestores. Sendo assim, os participantes foram: a chefe do Setor de Contratualização e Regulação, o chefe da Unidade de Regulação Assistencial, o chefe da Unidade de Contratualização e o chefe do Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital. Para garantir o sigilo da identidade dos entrevistados, foram utilizadas codificações na análise (E1, E2, E3, E4).

O roteiro da entrevista foi composto por 18 questões abertas (Apêndice B), acerca do perfil dos entrevistados, quanto aos procedimentos adotados para a gestão dos serviços ambulatoriais antes e após as Diretrizes de Regulação Assistencial e a respeito da implementação do projeto Gestão de Oferta no HUSM. As entrevistas, autorizadas pela instituição, com Parecer Consubstanciado nº 70704323.6.0000.5346, foram realizadas em agosto de 2023 e aplicadas pelo entrevistador individualmente e presencialmente. Antes da entrevista foi apresentado aos entrevistados os objetivos, a justificativa e os benefícios pretendidos com os resultados da pesquisa. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e solicitado que fosse lido e assinado, caso concordem em participar.

Para a coleta de dados quantitativos, foi realizada uma pesquisa documental em relatórios estatísticos produzidos pelo serviço de estatística da Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial do HUSM. Segundo Marconi e Lakatos (2021, p. 69), na pesquisa documental, “as fontes estatísticas abrangem os mais variados aspectos das atividades de uma sociedade, incluindo as manifestações patológicas e sociais”. Dos relatórios foram coletados os índices mensais de absenteísmo ambulatorial relativos ao período de 2014 a 2022 das especialidades selecionadas. Os índices de absenteísmo ambulatorial demonstram a relação entre as consultas agendadas e não realizadas das especialidades médicas, dentro de determinado período. A taxa mensal de absenteísmo ambulatorial pode ser calculada de acordo com a seguinte fórmula, extraída do documento organizacional Diretrizes de Regulação Assistencial (EBSERH, 2022b).

$$T_{Absent} = \frac{\text{total de consultas não realizadas}}{\text{total de consultas agendadas}} \times 100 \quad (1)$$

3.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Para Gil (2018), em um estudo de caso, a análise e interpretação é um processo que ocorre simultaneamente com a coleta dos dados, já iniciada com a primeira entrevista e leitura de um documento. Neste tipo de pesquisa, conforme o autor, após as coletas dos dados, são definidas as categorias de análise, em que os dados serão organizados e relacionados, atribuídos significados a eles, para na sequência elaborar um texto discursivo.

Após leitura na íntegra dos documentos coletados com a pesquisa documental, para explorar informações sobre o tema do estudo nos documentos selecionados na pesquisa qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo e extraídas as informações para responder às questões da pesquisa. Para Bardin (2002, p. 38), “neste tipo de técnica é aplicado um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetos de descrição do conteúdo das mensagens”. A análise de conteúdo, de acordo com Gray (2012, p. 405), “essencialmente trata de fazer inferências sobre os dados (geralmente texto), identificando de forma sistemática e objetiva características especiais (classes ou categorias) entre eles”.

Considerando as definições acima para a técnica de análise de conteúdo, após a organização e seleção dos documentos relevantes, agrupou-se as informações para realizar a categorização e construir a análise das informações. Desta forma, as categorias de análise referem-se à estrutura organizacional para a gestão ambulatorial, às atribuições da unidade responsável pela gestão ambulatorial, aos procedimentos para agendamento de consultas e à sistemática para a remarcação e comunicação das novas datas de consultas aos pacientes.

Para apresentação dos resultados da pesquisa qualitativa, de forma mais clara e sintética, optou-se pela construção de diagramas. Segundo Gil (2022, p. 75), na exibição dos dados, “diagramas são representações gráficas que descrevem os dados e evidenciam os vínculos existentes entre os elementos que estão sendo estudados”. Para elaboração dos diagramas foi utilizado o *software* Lucidchart, um aplicativo de diagramação que disponibiliza de forma gratuita a construção de fluxogramas que mapeiam processos de trabalho. O aplicativo pode ser utilizado em sistema *Windows*, *Mac* e *Linux* e fornece uma plataforma online em que é possível um grupo de uma organização compartilhar e construir juntos diversos tipos de diagramas (LUCIDCHART, 2023).

A análise quantitativa foi adotada para explicar, a partir de dados coletados em relatórios estatísticos, a situação real do absenteísmo ambulatorial do HUSM considerando uma linha de tempo. Segundo Bauer e Gaskell (2022), na pesquisa quantitativa, os dados são explicados por meio de números e utiliza-se mecanismos estatísticos para coleta e tratamento dos dados. Sobre esta perspectiva, os dados coletados de relatórios estatísticos foram categorizados, tabulados em planilha *Microsoft Excel* e interpretados por meio da técnica de estatística descritiva e das técnicas de análise horizontal e vertical.

Conforme Becker (2015), a estatística descritiva avalia as características de uma série de dados, como gráficos e tabelas, e medidas relacionadas a um conjunto de dados e pode-se utilizar gráficos em formato de pizza ou barras para representar as categorias de acordo com sua frequência de ocorrência. Com os dados tabulados, para análise e interpretação do absenteísmo ambulatorial do período, foi calculada a taxa de absenteísmo ambulatorial por ano, do total das consultas agendadas para as especialidades, e apurada a média aritmética simples da taxa de absenteísmo ambulatorial entre os anos de 2014 e 2016, entre 2017 e 2019, e entre 2020 e 2022. A taxa de absenteísmo anual de cada especialidade corresponde a uma variável, para cálculo da média aritmética simples de cada triênio e análise das informações. Segundo Becker (2015), a média aritmética simples é uma medida descritiva calculada pela divisão da soma das variáveis pelo número de variáveis.

As técnicas de análise horizontal e vertical são ferramentas de análise tradicionais de análise de demonstrações contábeis. Conforme Iudícibus (2017), a técnica de análise horizontal informa uma tendência, com a análise do crescimento dos itens, em formato de índices, apresentados em demonstrativos, ao longo de um período. Quando o analista toma posse de relatórios que traduzem a realidade de uma organização, é possível fazer uma análise da organização. Neste sentido, a análise horizontal demonstra a evolução de uma conta ao longo dos anos e a análise vertical relaciona determinada conta ou um grupo de contas a um referencial ou a um valor (DINIZ, 2015).

Na análise vertical, segundo Diniz (2015), são analisados índices construídos utilizando regra de três. No cálculo, é utilizado a soma das contas e relaciona com o valor de cada conta. Na análise horizontal, conforme a mesma autora, são construídos números-índices, utilizando o valor de uma conta em uma certa data (Vd), e seu valor obtido na data base (Vb), com o uso da seguinte expressão:

$$\text{Números índices} = \frac{V_d}{V_b} \times 100 \quad (2)$$

Sobre tais aspectos, o presente estudo utilizou a técnica de análise horizontal para analisar a evolução das taxas de absenteísmo ambulatorial ao longo do período. Dos relatórios estatísticos foram extraídas as taxas de absenteísmo ambulatorial, para análise da evolução dos índices, considerando como índice base o absenteísmo ambulatorial de 2014. A análise vertical foi utilizada para analisar a variação das taxas anuais entre as especialidades no período. Neste sentido, foram analisados os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas das especialidades ofertadas pelo HUSM antes da implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial, de 2014 a 2016, e a partir de implementação das diretrizes, de 2017 a 2022. As especialidades são demonstradas no Quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis selecionadas para análise quantitativa

Especialidade	Ano
	Índice de absenteísmo anual
Cardiologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cardiologia
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia do Aparelho Digestivo	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia Geral	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Torácica
Cirurgia Vascular	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Vascular
Coloproctologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Coloproctologia
Dermatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Dermatologia
Endocrinologia e Metabologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Endocrinologia e Metabologia
Gastroenterologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Gastroenterologia
Ginecologia e Obstetrícia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Ginecologia e Obstetrícia
Infectologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Infectologia
Nefrologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Infectologia
Neurologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Neurologia
Oftalmologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Ortopedia e Traumatologia
Otorrinolaringologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Otorrinolaringologia
Pneumologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Pneumologia da Pneumologia
Reumatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Reumatologia
Urologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Urologia

Fonte: Elaborada pela autora com base no Instrumento de Contratualização com o Gestor SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/contratualizacao-sus/contratualizacao-gestor-sus>.

As especialidades selecionadas fazem parte do Instrumento formal de contratualização entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o HUSM e a EBSEH, em vigor no período de realização da pesquisa.

3.5 SÍNTESE DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Para atingir os objetivos específicos, apresenta-se a seguir o Quadro 5 com o resumo dos procedimentos utilizados.

Quadro 5 - Síntese dos procedimentos utilizados relacionados aos objetivos específicos

Objetivos específicos	Procedimentos	Técnicas de análise
Descrever e comparar a gestão dos processos da área ambulatorial e da estrutura organizacional antes e após a implementação do Modelo de Diretrizes da Regulação Assistencial da EBSERH no HUSM	Pesquisa exploratória Pesquisa descritiva Pesquisa documental	Análise de conteúdo
Analisar a percepção dos gestores e dos profissionais envolvidos no processo de implementação das Diretrizes da Regulação Assistencial da EBSERH no HUSM	Entrevistas semiestruturadas	Análise de conteúdo
Analisar indicadores do HUSM que demonstram a evolução histórica do absenteísmo ambulatorial na instituição	Pesquisa documental em relatórios estatísticos Dados tabulados em planilha Microsoft Excel	Estatística Descritiva Análise horizontal e vertical

Fonte: Elaborado pela autora.

Na seção seguinte são apresentados os aspectos éticos envolvidos no estudo.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização da presente pesquisa, foram observados e respeitados em seu desenvolvimento, os critérios que constam em regulamentos, normas e resoluções vigentes, quanto aos aspectos éticos, de confidencialidade, além do zelo pelas informações coletadas e assegurado o sigilo dos participantes das entrevistas.

Este trabalho está registrado no Portal de Projetos da UFSM sob o número 05969 e por estar de acordo com as normas de pesquisa do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde da Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM, obteve aprovação institucional para coleta de dados no hospital (Apêndice B). Considerando que a pesquisa envolveu a participação de pessoas, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM e foi aprovado com Parecer Consubstanciado nº 6.176.192 (Apêndice D), submetido ao Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos.

Conforme os critérios exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi apresentado aos participantes, no momento da entrevista, o documento impresso Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A privacidade dos dados informados e a garantia de modo exclusivo desses foi garantido por meio do Termo de Confidencialidade (Apêndice C) assinado pelo Coordenador da pesquisa.

Na seção seguinte serão elencadas as limitações do método da pesquisa.

3.7 LIMITAÇÕES DO MÉTODO DE ESTUDO

Como limitações do estudo, pode-se afirmar que os dados que representam as faltas dos pacientes às consultas ambulatoriais dependem da exatidão dos registros dos lançamentos das faltas realizadas pelos funcionários responsáveis por esta atividade, assim como falhas tecnológicas e de configuração no aplicativo de gestão utilizado pela gestão do hospital, o AGHUX, que não permitem estornar do sistema algumas consultas quando vinculadas a solicitações de exames.

Além disso, a pesquisa concentra-se em um caso específico, não podendo ser generalizado, pois refere-se apenas a mudança organizacional realizada no HUSM e seus efeitos sob os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas agendadas pelo hospital e sob gestão da instituição.

Ainda, na entrevista semiestruturada, a técnica limita-se a disponibilidade dos entrevistados fornecerem as informações solicitadas. Além disso, ressalta-se que a entrevista, por seu caráter subjetivo, resulta em informações obtidas de modo espontâneo, além da possibilidade de retenção, da parte dos entrevistados, de importantes informações para que os objetivos do estudo sejam alcançados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo os resultados são apresentados em 4 seções. Na primeira seção, é apresentada a contextualização da adesão do HUSM à EBSEH e a implementação do Projeto Gestão de Oferta. Na sequência, a descrição de dois modelos de gestão da área ambulatorial do HUSM, antes e após a implementação do Modelo de Diretrizes de Regulação Assistencial, produto do Projeto Gestão da Oferta. Na terceira seção, a análise da percepção dos gestores do HUSM sobre a implementação do Projeto Gestão de Oferta, com base nas informações coletadas por meio de entrevistas aos gestores. Na seção seguinte, a análise da evolução histórica dos índices de absenteísmo ambulatorial. Por fim, as propostas de mitigação do absenteísmo ambulatorial para contribuir com o novo modelo de gestão ambulatorial implementado no HUSM.

4.1 A ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA À GESTÃO DA EBSEH

O HUSM é caracterizado como um hospital geral, de ensino, público, de nível terciário e tem por finalidade formar profissionais da área da saúde, desenvolver o ensino, a pesquisa e extensão, através da assistência à população de forma gratuita, e integra a estrutura da Universidade Federal de Santa Maria (EBSEH, 2023b).

Verificou-se no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que o HUSM, conveniado ao SUS, presta serviços ambulatoriais e hospitalares de alta e média complexidade sob a gestão estadual (CNES, 2023). O HUSM é considerado um órgão suplementar da UFSM, de modo que no âmbito do ensino, está vinculado ao Ministério da Educação, e no âmbito da assistência, está vinculado ao SUS. Desta forma, o HUSM é financiado pelo Ministério da Educação e ainda pelo SUS, através de contrato firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o hospital.

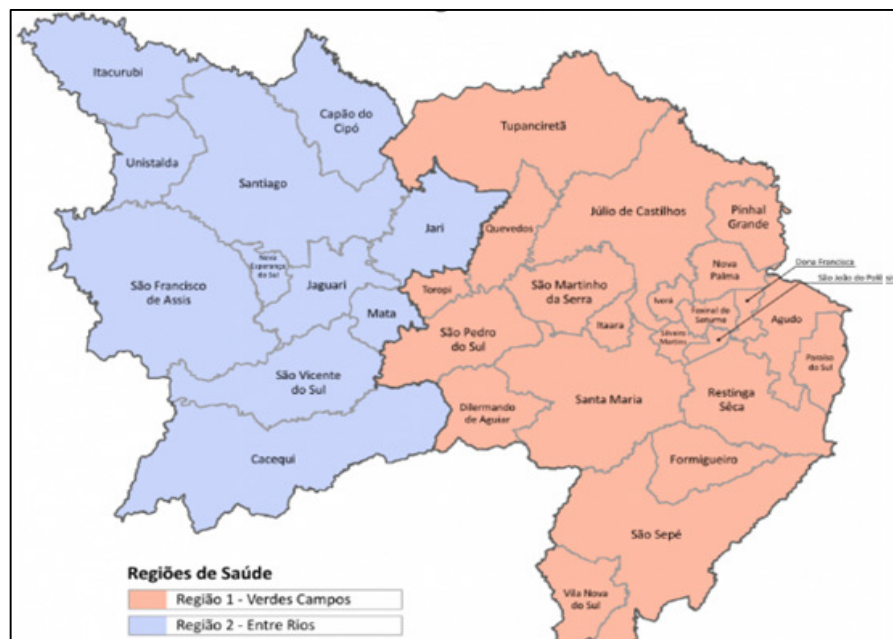
O atendimento prestado pelo HUSM é realizado de forma integral e exclusivamente pelo SUS, de acordo com as metas qualitativas e quantitativas definidas em contrato, relacionadas à assistência, ao ensino e à pesquisa, remunerado com orçamento fixo para os atendimentos de média complexidade e por produção para os procedimentos de alta complexidade (EBSEH, 2023b).

Desta forma, observa-se que o HUSM, integrado à Rede de Atenção à Saúde, deve seguir as orientações da Portaria nº 3.410, revogada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, aplicadas

aos hospitais públicos de porte do HUSM (BRASIL, 2013b, 2017a). Conforme a portaria, os hospitais devem garantir equidade no acesso e qualidade do atendimento aos usuários nas ações e serviços contratados, e aos contratantes compete a regulação das ações e dos serviços de saúde contratualizados (BRASIL, 2017a).

Na data de realização desta pesquisa, vigora o contrato nº 028/2019² que contempla o mecanismo de contratualização para que os serviços do hospital sejam ofertados ao SUS, alinhados com as diretrizes e com o sistema de financiamento e de gestão estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017 que dispõe a Política Nacional de Regulação do SUS e a Política Nacional de Atenção Hospitalar. O contrato visa a promoção de ações de educação permanente em saúde para os profissionais do hospital, para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde, e a prestação gratuita de serviços ambulatoriais e hospitalares aos habitantes dos municípios da 1ª e 2ª região de saúde, que pertencem à região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, conforme a Figura 5.

Figura 5 - Municípios que pertencem à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde



Fonte: Rio Grande do Sul (2023a).

De acordo com a terceira cláusula do contrato, as partes contratantes deverão observar: “as regras estabelecidas pela regulação do SUS, para os mecanismos de referência e contrarreferência, ressalvadas as situações de urgências e emergências”, que contempla os

² Contrato que entre si celebram o Estado do Rio Grande do Sul, por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado, e EBSEH juntamente com o HUSM - 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, para a execução de serviços no âmbito do SUS (EBSEH, 2023b).

mecanismos de encaminhamento e atendimento dos pacientes (EBSERH, 2023b, p. 2). Desta forma, para o atendimento integral aos usuários do SUS, prestados por atendimentos ambulatoriais e hospitalares do HUSM, os pacientes deverão ser encaminhados por unidades básicas de saúde, exceto em caso de urgências e emergências. Entre as obrigações do HUSM firmadas em contrato com o SUS, destaca-se a quinta cláusula, que estabelece a obrigação do hospital em “acompanhar, supervisionar, coordenar, prestar assessoria técnica, regular, controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados” (EBSERH, 2023b, p. 2). Sobre tais aspectos, é responsabilidade do hospital cumprir e fazer cumprir as regras que regulam a assistência no âmbito da instituição.

Observa-se que o contrato especifica os mecanismos necessários para a regulação das ações e dos serviços de saúde contratualizados. Assim, para a regulação dos serviços contratualizados, o hospital deve estabelecer fluxos de referência e contrarreferência de abrangência municipal e estadual, implementar protocolos de regulação em centrais de regulação e definir suas atribuições na Rede de Atenção à Saúde, para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Diante da crescente demanda dos serviços, da necessidade de qualificar a gestão e a organização da oferta dos serviços de saúde, inclusive para cumprir as normativas estabelecidas pela PNHOSP, pela Política Nacional de Regulação e pelas diretrizes da contratualização entre o SUS e o hospital, em 17 de dezembro de 2013, a UFSM contratou a EBSERH para a gestão do HUSM. A adesão ocorreu com a assinatura do Contrato de Gestão nº 263/2013 e seus anexos: Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa, Plano de Reestruturação do HUSM, Metas de Desempenho, Indicadores e Prazo de Execução.

A criação da EBSERH foi autorizada pela Lei nº 12.550, publicada no Diário Oficial da União em 15 de dezembro de 2011. A empresa é vinculada ao Ministério da Educação, tem personalidade jurídica de direito privado e possui sede em Brasília. Criada com a possibilidade de ter filiais em outras unidades federativas, a empresa tem por finalidade, de acordo com o artigo 3º da referida lei:

Art. 3º A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

§ 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSEH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

§ 3º É assegurado à EBSEH o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, na forma estabelecida pelo art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2011b).

Assim, com a adesão à gestão da EBSEH, o hospital passou por mudanças em sua estrutura organizacional e no seu modelo de gestão para o ensino e para assistência, se transformando em uma organização pública de ensino e assistência à saúde, administrada por uma empresa pública. Deste modo, o hospital foi reorganizado de acordo com as determinações da EBSEH, que constituiu uma governança formada por Superintendentes, Gerentes, Chefes de Setores, Chefes de Unidades e Assessorias.

Desta forma, são apresentados os documentos que contemplam as mudanças ocorridas na gestão do hospital com a adesão à EBSEH: Contrato de Gestão Especial n. 263/2013 e seus anexos, Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa (abril de 2013), Plano de Reestruturação do HUSM (dezembro 2013), Metas de Desempenho, Indicadores e Prazo de Execução (dezembro 2013).

São objetivos estratégicos da EBSEH, “empregar os recursos de maneira eficiente, visando a perenidade e ao equilíbrio da Rede” e “otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas” (EBSEH, 2022c).

Neste sentido, a UFSM, ao contratar a EBSEH para a gestão de seu hospital, teve como expectativa o desenvolvimento de uma gestão de qualidade e moderna no hospital e a implementação de mecanismos informatizados de gestão hospitalar. As atribuições da EBSEH, definidas no contrato de gestão, são: oferta de serviços hospitalares, ambulatoriais e terapêutico à população, de forma gratuita, no âmbito do SUS, o apoio ao ensino, a pesquisa, a extensão ao ensino-aprendizagem, a formação de profissionais da área da saúde, a implementação de um sistema de gestão único, baseado em indicadores quantitativos e qualitativos com o estabelecimento de metas.

A EBSEH em conjunto com a direção do HUSM, elaborou em abril de 2013, na época de adesão à empresa, o documento “Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa”, para apresentar de acordo com o perfil do hospital, a dimensão de atendimento do hospital, referente a estrutura física, organizacional, de pessoal e produção dos serviços, considerando como base o ano 2012. Ao analisar o documento, observa-se que para a

área ambulatorial, o HUSM possui um modelo de assistência direcionado às necessidades de saúde da população, formação, ensino e pesquisa, organizando as especialidades em linhas de cuidado. Percebe-se que o dimensionamento foi elaborado de forma a apresentar as lacunas de oferta de serviços por falta de pessoal, apesar de ter estrutura física para comportar os serviços. Neste documento, foram especificados os setores e as unidades, alinhados com o modelo de estrutura organizacional da EBSEH, especificadas as capacidades técnicas e nível de formação das equipes necessárias para a efetivação dos serviços com a adesão à empresa.

O Plano de Reestruturação do HUSM foi elaborado por diretores, chefes e coordenadores, vinculados às áreas do hospital, em conjunto com a Assessoria de Planejamento e Avaliação da EBSEH. O documento versa sobre as metas e as ações a serem desenvolvidas de acordo com as necessidades do hospital no prazo de um ano a partir da contratação, para promover a mudança proposta com a adesão, para melhoria da qualidade da gestão e dos resultados, além do dimensionamento de pessoal.

Para a reestruturação da atenção à saúde, destacam-se as propostas de reorganização dos ambulatorios, dos serviços especializados organizados em linhas de cuidado, de ampliação da oferta de consultas especializadas, de serviços de apoio diagnóstico e de leitos, e implementação de uma estrutura organizacional de acordo com o perfil de assistência do hospital

Entre as propostas de melhorias do plano de reestruturação estão: (i) a implementação do serviço interno de regulação, (ii) avaliação em saúde, (iii) a submissão à regulação do acesso pelo gestor do SUS, (iv) qualificar as informações, (iv), manter atualizados os sistemas nacionais de informação do SUS, (v) atualizar a contratualização do HUSM com o SUS, (vi) melhorar a qualidade dos serviços de saúde, (vii) melhorar o processo regulatório e os mecanismos de referência e contrarreferência, (viii) desenvolver atividades de educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS.

Destaca-se como proposta para qualificar as informações, a implementação do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários, o AGHU, em áreas onde os processos de trabalho poderiam ser informatizados.

Ao analisar o documento “Metas de Desempenho, Indicadores e Prazo de Execução”, que contempla as metas das ações a serem realizadas pela gestão EBSEH, para execução das atividades contratadas, destacam-se:

- a) mapear os processos de trabalho chave do hospital, de forma alinhada à estratégia organizacional e ao planejamento estratégico e realizar a modelagem e o redesenho desses processos;

- b) expandir a utilização do Sistema de Gestão Hospital (AGHU) e intensificar o uso de tecnologia da informação no hospital;
- c) submeter à regulação do acesso pelo gestor do SUS, disponibilizando, no mínimo, 10% a mais das consultas e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em relação ao ano anterior;
- d) adequar o perfil assistencial do hospital, considerando o caráter formador, as necessidades de saúde da população e o papel do hospital na rede de atenção à saúde;
- e) desenvolver estratégias, projetos e atividades para qualificar a atenção à saúde e ampliar as ações que visem garantir a segurança do paciente.

As propostas de melhorias para o HUSM justificaram a contratação de serviços de consultoria em gestão de saúde do Consórcio Hospitalar da Catalunha, na Espanha, em 2014, para que os gestores do HUSM adquirissem conhecimentos e experiências que os capacitassem para desenvolverem e implementarem melhorias no hospital. Neste sentido, a próxima seção aborda a análise do projeto implementado no HUSM, resultado da consultoria, o Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial, também denominado Projeto de Gestão da Oferta.

4.1.1 O Projeto Gestão da Oferta

Com o objetivo de cumprir as metas elencadas no Contrato de Gestão Especial entre os hospitais, a EBSEH contratou os serviços de consultoria especializada em gestão de rede de hospitais, do Consórcio Hospitalar de Catalunha – Consultoria e Gestão, para que os gestores da Diretoria de Atenção à Saúde da EBSEH e gestores dos hospitais contemplados com a consultoria adquirissem conhecimentos e capacidades técnicas para implementar melhorias nas atividades que envolvem a regulação assistencial intra-hospitalar.

Entre 2014 e 2016, consultores do Consórcio Hospitalar de Catalunha visitaram o HUSM e os outros dois hospitais selecionados, para mapearem as rotinas assistenciais nas dimensões: urgências, consultas ambulatoriais, internação, processo hospital-dia clínico e cirúrgico, circuito cirúrgico, organização das agendas dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e gestão da documentação clínica. Nestes encontros, os consultores foram recepcionados nos hospitais pelos gestores da Gerência de Atenção à Saúde, da Gerência de Ensino e Pesquisa e por chefes de setores (EBSEH, 2016d).

Como produto da consultoria, foi entregue à EBSEH o documento “Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSEH/Hospitais

Universitários Federais”, com os critérios e o cronograma de um plano de implantação dos mecanismos de regulação assistencial nas áreas ambulatoriais, de arquivo e documentação clínica e nas áreas cirúrgicas. O novo modelo de gestão foi apresentado por meio do documento “Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede EBSEH”.

Para disseminação dos mecanismos entre os demais hospitais, a empresa elaborou o projeto denominado “Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial”, também chamado de “Projeto de Gestão da Oferta”, a ser desenvolvido pelo HUSM, pelo Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande (HUOL-URFN) e pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), em conjunto com a EBSEH-Sede.

Pela declaração do Diretor de Atenção à Saúde da EBSEH, é possível observar as expectativas que a empresa manifestava com a consultoria, durante os encontros com os consultores³:

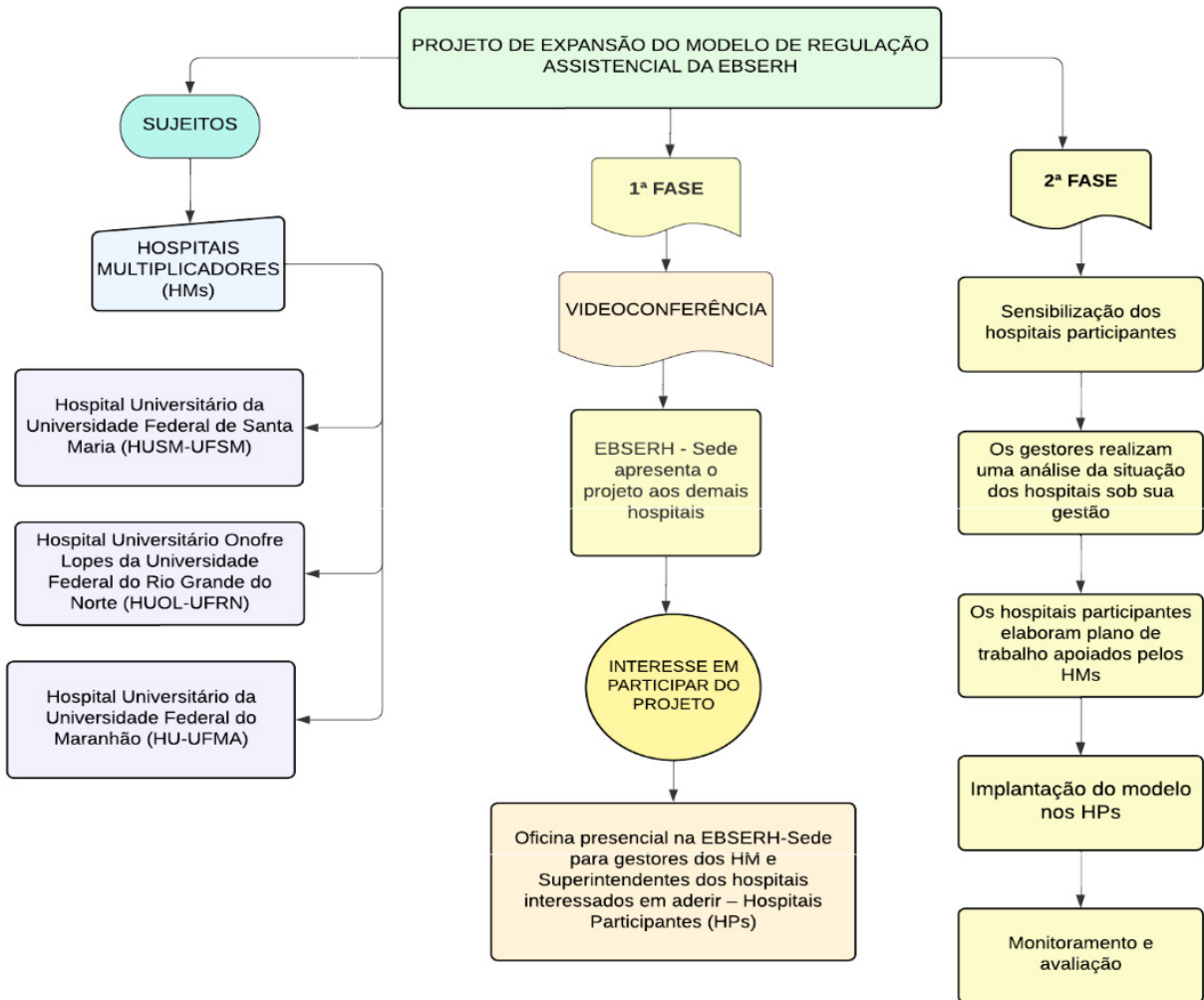
Tivemos ganhos para os hospitais que foram contemplados com o projeto no sistema organizacional, nas normas e nos procedimentos operacionais. Percebemos aqui no evento que as unidades mudaram a cultura e seus conceitos. Somos favoráveis a ações como essa que dão resultados efetivos. O projeto encerra um diagnóstico que teve implantações importantes, mas que o trabalho nas unidades deve ser contínuo para aprimorar ainda mais a gestão da oferta (EBSEH, 2016d).

Ao acessar a página eletrônica da UFSM identificou-se que o Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial, está registrado no Portal de Projetos⁴ da Universidade, sob nº 046792, através do processo nº 23081.028000/2017-73, classificado como um projeto de extensão, com execução a partir de 01.05.2017. No registro é possível observar suas etapas de execução e as atividades de cada uma delas, para implementar o modelo de regulação assistencial nos hospitais sobre gestão da EBSEH. Os gestores dos hospitais contemplados com a consultoria do Consórcio Hospitalar de Catalunha, transmitiram os conhecimentos adquiridos e informaram a tecnologia adotada para execução das rotinas e explicaram as funções de cada etapa discriminadas na Figura 6.

³ Disponível em: <https://www.ufsm.br/2015/01/20/consorcio-hospitalar-da-espanha-desenvolvera-projeto-de-dois-anos-no-husm>. Acesso em 25 Março 2023.

⁴ Portal de Projetos da UFSM. Disponível em: <https://portal.ufsm.br/projetos/publico/projetos/list.html>. Acesso em: 25 mar. 2023.

Figura 6 - Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial



Fonte: Elaborado pela autora com base no Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial.

O Projeto Gestão de Oferta foi estruturado para implementar mecanismos de regulação assistencial nos hospitais sobre gestão da EBSEH, que integrem um sistema de informação eficiente e homogêneo entre os hospitais, capaz de produzir informações seguras que possibilitem o planejamento e a construção de indicadores de produção e inserir o gestor do SUS nos processos que mapeiam os fluxos de acesso dos pacientes aos serviços dos hospitais.

Com a análise do documento “Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSEH/Hospitais Universitários Federais”, observa-se que os novos mecanismos foram desenvolvidos para aumentar a produtividade da área ambulatorial e otimização dos recursos. O documento “Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede EBSEH” foi elaborado para que os gestores dos hospitais adaptassem o documento na construção das diretrizes de regulação assistencial, de acordo com a realidade de cada hospital (EBSEH, 2016a).

O modelo apresenta a estrutura organizacional responsável pela operacionalização das atividades de regulação assistencial, a composição da equipe responsável, as áreas onde os novos mecanismos serão implementados, ou seja, a área ambulatorial, cirúrgica, de internação, de documentação clínica e de arquivo de prontuários clínicos, e os mecanismos de regulação assistencial nestas áreas. Para implementar as ações necessárias de regulação assistencial, no âmbito ambulatorial, recomendou-se designar uma equipe, e para qualificar a regulação assistencial, foram sugeridas, a gestão das agendas dos ambulatórios pela equipe, concentrar os agendamentos de exames e consultas em um único lugar, para reduzir os deslocamentos dos pacientes pelo hospital, consultas programadas em horários organizados de acordo com o perfil do ambulatório e necessidade do ensino e em blocos de horários, para evitar aglomeração de pacientes nos espaços do hospital.

Nesse sentido, a regulação assistencial intra-hospitalar, atribuição de uma estrutura organizacional, corresponde às atividades de gestão da oferta e ao processo de conexão do paciente com os demais serviços do hospital para a promoção do cuidado, ordenamento e coordenação das atividades que envolvem os serviços de assistência médica, de modo que facilite o acesso da população aos recursos disponíveis e ofertados pelo hospital, organizado segundo princípios do SUS, de equidade e de eficiência na utilização dos recursos (EBSERH, 2016a).

Com a análise das informações coletadas nos produtos da consultoria, Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSEH/Hospitais Universitários Federais, Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede EBSEH e Expansão do Modelo de Regulação Assistencial, Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM para a gestão ambulatorial, e com base nas informações coletadas do portal da EBSEH e do Portal de Projetos da UFSM, foi possível identificar os processos implementados para a reestruturação dos mecanismos de gestão da área ambulatorial do HUSM que compreende as atividades de regulação assistencial intra-hospitalar dos serviços ambulatoriais.

Com base nas Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da EBSEH, em 2017, os gestores das áreas que contemplam o novo modelo de gestão do HUSM, finalizaram a elaboração dos documentos denominados “Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM - para gestão ambulatorial, para gestão do arquivo e documentação clínica e para gestão da internação”. O documento foi aprovado pela Superintendência do hospital, pela Gerência Administrativa, pela Gerência de Ensino e Pesquisa, de Atenção à Saúde, pelo líder do Núcleo Operativo do Projeto “Desenvolvimento e Implantação de Ferramentas de Gestão de Oferta” e pela chefia do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde.

Ao analisar o documento “Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM - Gestão do processo ambulatorial”, observa-se que o documento elenca as principais atividades desenvolvidas para gestão do acesso aos serviços ambulatoriais e apresenta os responsáveis por estas atividades, que envolve a regulação assistencial da área ambulatorial. Além disso, as diretrizes especificam os critérios para agendamento de consultas e procedimentos ambulatoriais, de modo que proporcionem equidade, eficiência e integralidade sobre o acesso do paciente ao hospital e alinham a oferta de consultas ambulatoriais especializadas com o quantitativo contratualizado com o SUS. Desta forma, as diretrizes para a regulação assistencial regulam uma das portas de acesso ao SUS e por isso os encaminhamentos dos agendamentos precisam da participação do gestor do SUS para incluir a Rede de Atenção à Saúde no contexto das diretrizes de regulação assistencial.

Isto posto, com a consultoria é possível observar que foi desenvolvida uma série de atividades no HUSM, a fim de cumprir com as metas contratualizadas entre a UFSM e a EBSEH, desde o mapeamento dos processos, a intensificação do uso das tecnologias a um conjunto de estratégias para qualificar a atenção à saúde.

Observadas as características do Projeto Gestão de Oferta e para análise dos efeitos da gestão ambulatorial sobre os índices de absenteísmo ambulatorial no hospital, passa-se a apresentação da análise dos processos da gestão ambulatorial e da estrutura organizacional do HUSM, considerando como série temporal os anos de 2014 a 2016, anterior a implementação das diretrizes e a partir da implementação ocorrida em 2017 ao ano de 2022, quando foi publicada a última edição das Diretrizes de Regulação Assistencial.

4.2 GESTÃO AMBULATORIAL ANTERIOR À IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Conforme a metodologia adotada, nesta seção são apresentados os resultados da análise após a pesquisa exploratória no site do HUSM/EBSEH e de pesquisa documental em documentos organizacionais do HUSM, que compreendem o Manual de Gerenciamento de Rotina – Procedimento Operacional Padrão – Serviço Administrativo Ambulatorial, de 2011 e documentos desenvolvidos pela empresa em conjunto com o HUSM em 2013, ou seja, Diretrizes Técnicas da EBSEH e Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa.

Os documentos organizacionais utilizados para análise documental contemplam os processos para a gestão ambulatorial e a estrutura organizacional do HUSM do período anterior

à implementação das DRA, disponíveis na unidade de análise para a análise da gestão ambulatorial referente ao período de 2014 a 2016.

Após leitura na íntegra do Manual de Gerenciamento da Rotina (MGR), identificou-se que foi elaborado pela Chefia Administrativa dos ambulatórios do HUSM, conforme organograma da instituição, em outubro de 2011, vinculada a Coordenação de Apoio Operacional, com o objetivo de orientar atividades exercidas pelas secretarias dos ambulatórios.

Ressalta-se que, o MGR localizado no presente estudo apresenta-se como versão 01, entretanto, não foram localizadas versões posteriores. O conteúdo identificado no MGR descreve o perfil do serviço de ambulatórios, o organograma do serviço, as atribuições dos profissionais que exercem atividades no âmbito dos ambulatórios do hospital, as normas gerais de funcionamento dos ambulatórios, as normas para agendamento de primeira consulta e orientações para agendamentos de exames.

Para análise do conteúdo do MGR, e identificação do fluxo de acesso aos serviços ambulatoriais anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial no hospital, foram selecionadas como categorias de análise documental, as atribuições dos profissionais, organograma do serviço e orientações para agendamento de consultas, remarcação de consultas e aviso de cancelamento de consultas agendadas ou remarçadas.

O documento “Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSEH: Diretrizes Técnicas”, de março de 2013, é de autoria do Ministro da Educação e do Presidente da EBSEH. Como fonte de dados para sua elaboração, foi consultada a equipe da sede empresa formada pela Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de Atenção à Saúde e Gestão de Contratos, de Gestão de Pessoas, de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação, de Logística e Infraestrutura Hospitalar, pela Auditoria, Coordenadoria Jurídica e Ouvidoria, e organizado e coordenado pela Assessoria de Planejamento e Avaliação.

O documento supracitado foi construído a partir das considerações da empresa para que os objetivos da criação da EBSEH fossem atingidos, ou seja, a modernização da gestão, reestruturação da força de trabalho, reestruturação física e tecnológica, qualificação da gestão orçamentária e financeira, com base no reordenamento dos serviços assistenciais e implantação de uma nova estrutura organizacional. Deste modo, as diretrizes técnicas apresentam a fundamentação técnica e as orientações para a construção das estruturas organizacionais das instituições sob gestão da empresa, de acordo com o porte de cada hospital e integra o contrato de gestão entre HUSM e EBSEH.

O documento “Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa” foi construído em parceria com o HUSM e a Diretoria de Atenção à Saúde e Gestão

de Contratos da sede da EBSEERH e integra o contrato de gestão firmado entre o hospital e a empresa. Elaborado com o objetivo de subsidiar o processo de redimensionamento de pessoas e revisar a contratualização do hospital com o SUS, o documento descreve todas as áreas do hospital, sua complexidade, identifica cada serviço de saúde realizado pelo hospital, instalações físicas, número de profissionais, especialidades e serviços habilitados pelo SUS prestados no hospital, quanto aos eixos ambulatorial, de urgência, emergência, internação, apoio diagnóstico, apoio terapêutico, e ainda, descreve a estrutura necessária para compor a equipe de Regulação e Avaliação em Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Vigilância em Saúde.

Após coleta dos documentos organizacionais e pesquisa exploratória, os dados foram separados por categorias, para análise e apresentação dos resultados visando identificar o modelo de gestão ambulatorial que compreende a estrutura organizacional e os critérios para a gestão ambulatorial, que corresponde aos processos para agendamento de consultas, remarcações e avisos de agendamentos aos pacientes, anterior ao modelo de gestão implementado pelas Diretrizes de Regulação Assistencial – Gestão Ambulatorial do HUSM.

4.2.1 A estrutura organizacional anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial

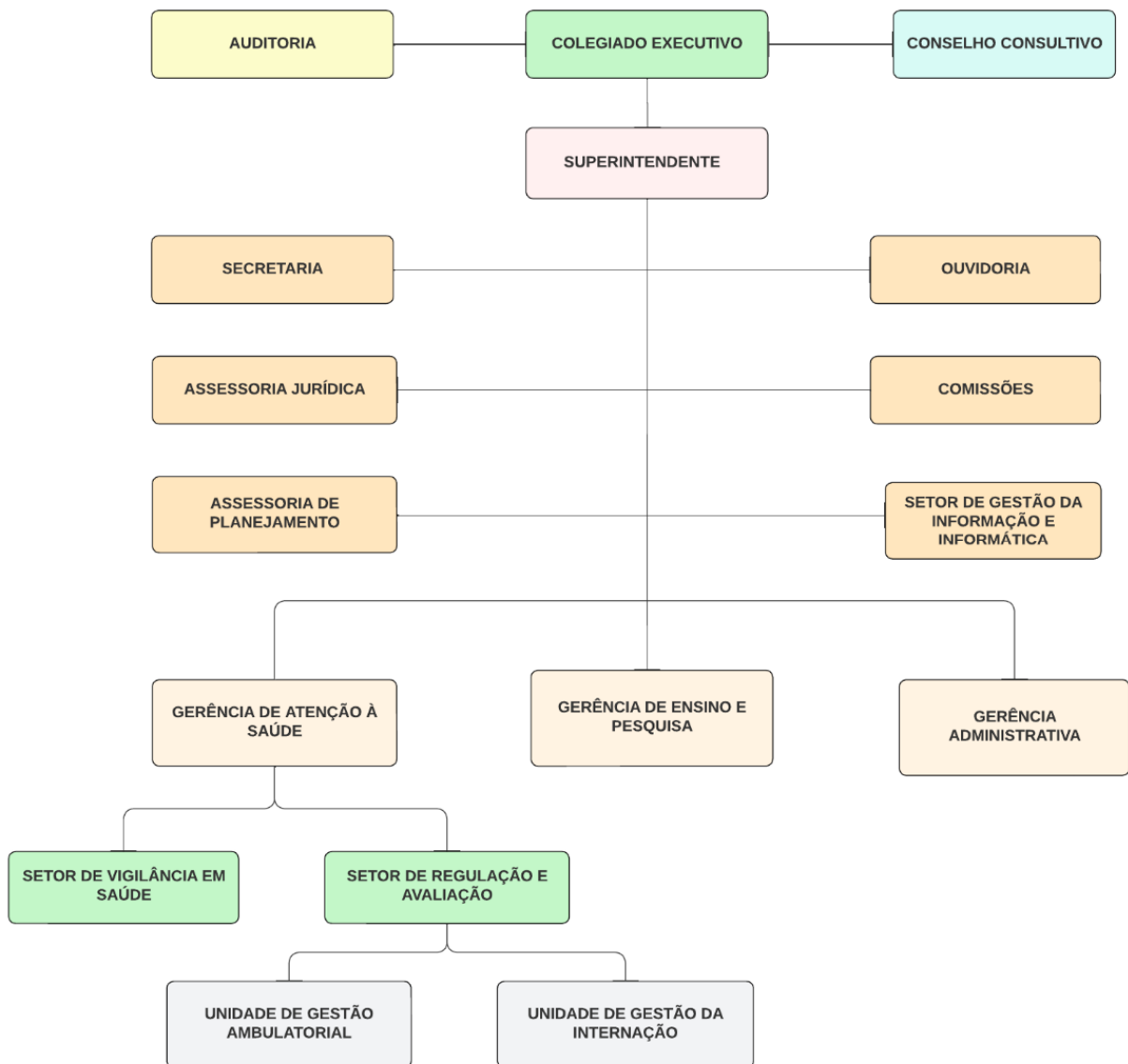
Com a adesão do HUSM à gestão da EBSEERH, a estrutura organizacional do hospital passou a ser orientada pelas diretrizes técnicas da empresa. Observou-se que a construção da estrutura organizacional dos hospitais da EBSEERH considerou a realidade de cada hospital, de modo a ajustar as necessidades de cada instituição com a nova arquitetura organizacional implementada com a adesão. Além disso, identificou-se que as diretrizes técnicas da EBSEERH estão alinhadas com os objetivos da política pública que deu origem à criação da empresa, o REHUF, quanto à promoção de melhorias na gestão dos hospitais, adequação da estrutura física e reestruturação do quadro de recursos humanos (BRASIL, 2010a).

Nesta perspectiva, a estrutura organizacional do HUSM, durante o primeiro período analisado, era formada por um núcleo operacional, organizado em setores e unidades, responsáveis pela coordenação das atividades que são as finalidades do hospital, os serviços de saúde e as atividades de ensino. E ainda, na estrutura organizacional, estão as Gerências e as Divisões. As Gerências tem funções decisórias, e as Divisões, devem intermediar as atividades das Gerências e do Núcleo Operacional.

Ao analisar o documento que compõe as diretrizes técnicas, observou-se que as ações de regulação e avaliação dos serviços de saúde do hospital, a gestão do fluxo de atendimento e

dos instrumentos de referência e contrarreferência entre os hospitais e os serviços da RAS, são competências da Gerência de Atenção à Saúde (GAS). Subordinadas à esta gerência, estão o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, a Unidade de Gestão Ambulatorial e a Unidade de Gestão da Internação. Assim, conforme as Diretrizes Técnicas da EBSEH de 2013, cada hospital deve ter como estrutura básica de governança, o modelo apresentado na Figura 7, em que se observa a estrutura da Gerência de Atenção à Saúde.

Figura 7 - Estrutura Organizacional HUSM/EBSEH 2013



Fonte: Elaborada pela autora com base em Diretrizes Técnicas Estrutura Organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH – Versão 1.0 – março 2013.

Desta forma, alinhada aos objetivos da pesquisa, a próxima seção apresenta os resultados da análise do documento organizacional Diretrizes Técnicas Estrutura Organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH – Versão 1.0 – março 2013, com o

propósito de identificar as atribuições e competências do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e da Unidade de Gestão Ambulatorial, subordinados à GAS e responsáveis pela gestão ambulatorial no HUSM.

4.2.2 As competências e atribuições do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

A implementação da estrutura de governança no HUSM, seguiu as diretrizes do dimensionamento dos serviços assistenciais realizado pela EBSERH para o HUSM, desse modo, foi constituído o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde para coordenar as atividades de duas unidades: a Unidade de Gestão Ambulatorial e a Unidade de Gestão da Internação.

Constatou-se que as responsabilidades do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, são atribuídas a um servidor público da instituição, com a função de chefe de setor. As competências abrangem a organização e gerenciamento do fluxo dos pacientes pelos serviços de saúde, ambulatoriais e de internação, gestão e controle do acesso dos usuários aos serviços de saúde do hospital, em conjunto com as Centrais de Regulação do SUS. E ainda, identificar e gerenciar as informações que resultam da produção dos serviços de saúde, registrados nos sistemas eletrônicos da instituição. Além disso, a coordenação dos processos de registro da produção hospitalar e ambulatorial, monitoramento dos indicadores de produção ambulatorial e hospitalar e alimentação de sistemas de informação do SUS e do Ministério de Saúde.

Cabe destacar que o dimensionamento de serviços assistenciais e as diretrizes técnicas não especificaram as atribuições da Unidade de Gestão Ambulatorial, assim, após análise da documentação produzida pela EBSERH, foram identificadas apenas as competências do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Com base nas informações dos documentos institucionais, elaborou-se o Quadro 6, com as principais competências do setor.

Quadro 6 - Competências do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

(continua)

SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	
COMPETÊNCIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regulação do fluxo assistencial intra-hospitalar, ambulatorial e de internação, em articulação com o gestor local do SUS; 2. Acompanhar protocolos de referência e contrarreferência de pacientes; 3. Instituir o processo de avaliação da satisfação de pacientes; 4. Estruturar o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME); 5. Acompanhar o funcionamento do AGHU nas unidades assistenciais; 6. Coordenar atividades da equipe multiprofissional vinculada ao setor; 7. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas no hospital;

(conclusão)

SETOR DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	
COMPETÊNCIAS	8. Manter atualizado o cadastro do HUSM no SCNES ⁵ ; 9. Alimentar o sistema SIMEC ⁶ do SIS-REHUF ⁷ ; 10. Avaliar produção ambulatorial e hospitalar; 11. Revisar programação física e orçamentária dos sistemas SIA e SIH/SUS; 12. Consolidar produção ambulatorial e hospitalar e efetuar o processamento do SIA/SUS e SIH/SUS e enviar para o gestor local do SUS; 13. Avaliar e autorizar internações e procedimentos ambulatoriais de maior complexidade e custo; 14. Revisar contas médicas; 15. Participar do planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde; 16. Monitorar e avaliar os indicadores de desempenho do HUSM; 17. Monitorar e avaliar o processo de contratualização do hospital com o SUS, da área assistencial e em articulação com a área de planejamento.

Fonte: Elaborada pela autora com base em Diretrizes Técnicas Estrutura Organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH – Versão 1.0 – março 2013.

Ao analisar o MGR utilizado para orientação da gestão ambulatorial, observa-se que as atividades de rotina para a gestão da área ambulatorial, integram o núcleo operacional do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e envolvem atividades operacionais atribuídas a uma equipe composta por servidores públicos que exercem o cargo de chefe administrativo e assistente administrativo, e por funcionários terceirizados para exercer o cargo de recepcionista.

Ainda nesta perspectiva, o chefe administrativo além de ser responsável pela capacitação do assistente administrativo e de recepcionistas, a ele atribuiu-se a organização das agendas ambulatoriais, a distribuição das salas ambulatoriais para os atendimentos, apoio aos médicos e demais profissionais da área da saúde, para organização dos processos ambulatoriais e agendamento de consultas. Desse modo, a oferta de consultas especializadas do hospital, e os agendamentos, assim como a interrupção de atendimento, seja por afastamentos legais, como férias e licenças, era intermediada pelo chefe administrativo. Percebe-se que a oferta dos serviços ambulatoriais era organizada pelos médicos e demais profissionais da área da saúde e a organização do acesso era atribuição da equipe administrativa atuante nos ambulatórios e ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde.

As atividades necessárias para a resolução de problemas em relação aos agendamentos, conforme MGR, foram identificadas como atribuições comuns ao chefe administrativo e ao

⁵ Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 27 mar. 2023.

⁶ Sistema Integrado de Monitoramento e Controle do Ministério da Educação (SIMEC). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conaes-comissao-nacional-de-avaliacao-da-educacao-superior/114-conhecaomec-1447013193/sistemas-do-mec-88168494/143-simec>. Acesso em: 27 mar. 2023.

⁷ Sistema de Informações sobre o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (SIS-REHUF). Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programas-projetos-acoes-obras-e-atividades/programa-rehuf>. Acesso em: 27 mar. 2023.

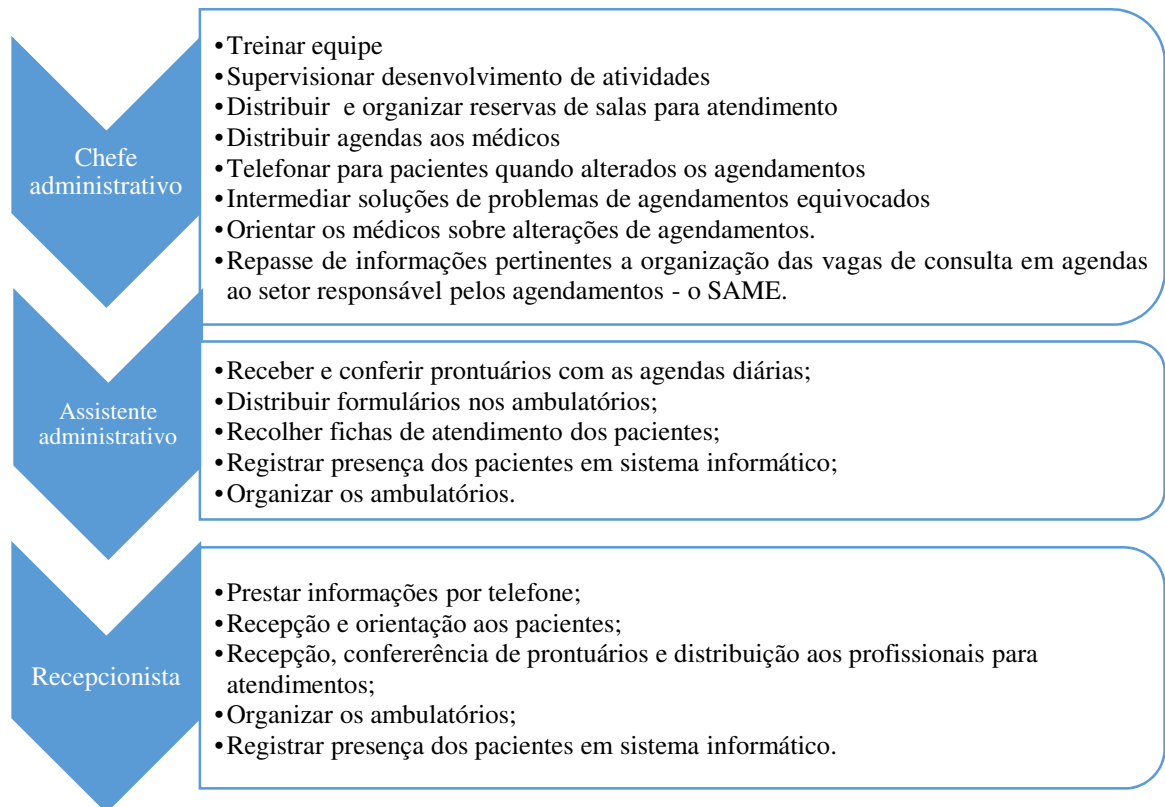
assistente administrativo. Observa-se que, neste período, os atendimentos eram realizados com o apoio do prontuário físico dos pacientes, pois conforme o manual, os assistentes administrativos e os recepcionistas eram os responsáveis pela recepção dos prontuários oriundos do setor de arquivo solicitados para os atendimentos. Além disso, os recepcionistas eram os responsáveis pelo registro de presença e falta dos pacientes, registrando essas ocorrências no computador, no final dos atendimentos, de acordo com as fichas de agendamento entregue pelos pacientes.

O chefe administrativo era responsável pela recepção dos períodos solicitados pelos profissionais de saúde, para fechamento de suas agendas, em função de férias, afastamentos legais, ou motivos diversos, e ainda recebiam informações dos profissionais de saúde para elaboração da programação das agendas, ou seja, o total de vagas ofertadas para agendamento em cada uma delas, e informações necessárias para alteração das programações. Estas informações eram repassadas ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), onde eram realizados os agendamentos, serviço integrado à Unidade de Gestão Ambulatorial.

Assim, observou-se, a partir da identificação das funções desempenhadas pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, pelo SAME e pela equipe administrativa atuante diretamente nos ambulatórios, que o conjunto das atividades faz parte de uma engrenagem, em que cada atividade está interligada na outra, para que a gestão ambulatorial seja efetuada. A Figura 8 apresenta a distribuição de atribuições da equipe administrativa dos ambulatórios.

Ao analisar os documentos organizacionais que apresentam as atribuições da gestão ambulatorial, não foi identificado o controle do absenteísmo ambulatorial e a mitigação do absenteísmo ambulatorial e até o final da série temporal selecionada para análise dos documentos, observou-se que não foi implementado o processo de avaliação de satisfação dos pacientes, o que não possibilitou, portanto, identificar insatisfações dos pacientes quanto ao acesso aos serviços ambulatoriais.

Figura 8 - Atribuições da equipe de apoio administrativo aos ambulatórios



Fonte: Elaborado pela autora, com base no Manual de Gerenciamento da Rotina do Serviço administrativo dos ambulatórios do HUSM.

4.2.3 Fluxo de acesso aos serviços ambulatoriais anterior às Diretrizes de Regulação Assistencial

Para identificar o fluxo de acesso dos pacientes aos serviços ambulatoriais do HUSM, anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial, foi realizado uma pesquisa exploratória e documental, com a coleta de dados de publicações no site da EBSEERH, onde estão noticiados os eventos relacionados ao hospital e em documentos organizacionais do HUSM, o MGR - Procedimento Operacional Padrão (POP) – Serviço Administrativo nos ambulatórios.

4.2.3.1 Agendamento de consultas, remarcação e aviso de cancelamento de agendamento

Para agendamento de consultas, segundo o MGR, o hospital mantinha em sistema informático, agendas eletrônicas para as especialidades médicas ou não médicas, programadas conforme solicitado pelos profissionais, com data, hora e quantitativo de vagas de consultas definidas por eles.

Para a inclusão dos pacientes no sistema, e assim, efetivar o agendamento, era inserido no sistema eletrônico, ocupando uma vaga cadastrada, o número do prontuário do paciente, onde constam seus dados pessoais e histórico clínico. No entanto, as consultas deveriam ser agendadas conforme critérios descritos no MGR. No caso de primeira consulta, referente ao primeiro atendimento do paciente em determinada especialidade, eram inseridos em sistema informático, de forma manual, as informações identificadas em formulários, em que constavam os dados dos pacientes referenciados pela Secretaria de Saúde Municipal, dos municípios em que o HUSM é referência para atendimento ambulatorial e hospitalar.

Entretanto, identificou-se que as vagas de primeiras consultas poderiam ser preenchidas por pacientes encaminhados por médicos da especialidade, de acordo com a data indicada por esse e assinatura em formulário próprio. Desta forma, constatou-se que o primeiro acesso aos serviços ambulatoriais, segundo o MGR, poderia ocorrer de modo regulado pela Central de Regulação do Estado do RS, mas também por intermédio de um médico da instituição, sem considerar a fila de espera que detém a Secretaria Estadual de Saúde. Observou-se que estas práticas desconsideravam o princípio organizativo do SUS de equidade e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2017a), que determinam que o acesso aos hospitais deve ocorrer de forma regulada de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS.

Para o agendamento de consultas de retorno, os profissionais da assistência em saúde entregavam formulário específico, com indicação de data para agendamento e assinado pelo profissional. Com o porte deste formulário, o paciente deveria dirigir-se ao setor responsável pelos agendamentos.

Com base nas informações coletadas do site da EBSEH (2020), identificou-se que, utiliza-se no HUSM o módulo ambulatorial do AGHU desde 2014, para cadastro de agendas, registro de consultas e monitoramento dos registros relativos às consultas. O aplicativo utilizado no hospital foi inicialmente desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o qual era denominado de Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGH), e em 2009 o Ministério da Educação, considerando as deficiências nos hospitais universitários federais apontadas pelo Tribunal de Contas de União, e os resultados positivos conquistados pelo HCPA a partir da modernização da gestão com a implementação do AGH, solicitou que o HCPA replicasse nos hospitais universitários federais o modelo de gestão utilizado com base no aplicativo, e assim, teve início o projeto AGHU - Sistema .AGHUse - Disseminação do Modelo Gestão (HCPA, 2016).

Com isso, até o ano 2022, todos os hospitais da EBSEERH passaram a utilizar o *software* AGHU, atualmente sob gestão da empresa, considerado aspecto importante para a modernização da gestão hospitalar:

O objetivo do aplicativo é apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais universitários e permitir a criação de indicadores nacionais, o que facilita a execução de programas de melhorias comuns para todos esses hospitais. Em sua 10ª versão, o AGHUX é a plataforma de apoio à gestão hospitalar em toda a Rede Ebserh, conforme decisão da Diretoria Executiva da Ebserh em sua 261ª reunião, em abril de 2019, e estabelecido na Portaria-SEI nº 630, de 20/12/2019 (EBSEERH, 2022a).

Quanto às melhorias nos sistemas informatizados, identificou-se em pesquisa exploratória realizada no site do Tribunal de Contas da União (TCU), que a Tomada de Contas nº 032.519/2014-1 tratou de Auditoria de Natureza Operacional, realizada pela Secretaria de Controle Externo da Educação da Cultura e do Desporto, solicitada pelo TCU para analisar as ações da EBSEERH direcionadas a proporcionar melhorias nos hospitais universitários federais, nos exercícios de 2012 a 2014 e avaliar a eficiência e eficácia da empresa. Fez parte do escopo do planejamento da auditoria, verificar se a utilização do AGHU facilitou a gestão dos principais processos administrativos da EBSEERH sede e suas filiais, inclusive relativa à gestão do cadastro de pacientes. Desta forma, pelas evidências, os auditores apontam:

A utilização do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) como padrão para todos os HUFs da rede EBSEERH é uma das estratégias adotadas pela empresa no sentido de padronizar práticas assistenciais e administrativas dos hospitais, permitindo a criação de indicadores nacionais e, conseqüentemente, facilitando a formulação de programas voltados para a melhoria da gestão dos HUF. Durante as visitas aos HUF filiados à EBSEERH, foi possível observar que a implantação do aplicativo supracitado, que é composto por diversos módulos, encontra-se em estágio diferente nos hospitais da rede (quadro completo de módulos implantados por hospital à peça 172, p. 7-12). Tal situação era esperada, pois a implantação de cada um dos módulos depende do nível de maturidade de cada hospital no uso do aplicativo, o que demanda tempo. Foi possível notar que o aplicativo, de fato, traz melhorias na gestão dos hospitais da rede, em virtude, principalmente, da padronização de procedimentos, dando maior capacidade para a EBSEERH de gerir sua rede e sanar problemas comuns enfrentados (TCU, 2015).

Com a implementação do módulo ambulatorial do AGHU no HUSM, todos os prontuários físicos existentes foram cadastrados no aplicativo, e ainda, foram criadas agendas eletrônicas para cada especialidade médica ou não médica, com o perfil de atendimento, que inclui número de vagas e condição de atendimento, ou seja, retorno, primeira consulta, interconsulta e pós-alta. Retorno e pós-alta são agendadas pela Central de Marcação. As demais, pela Unidade de Gestão Ambulatorial (EBSEERH, 2016b).

No período em análise, o HUSM aderiu ao sistema online utilizado pelo gestor do SUS, o SISREG, conforme explica a chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde:

Regulação, nada mais é do que a organização das portas de entrada de pacientes no hospital. Atualmente, ocorre de duas formas: via consulta e via internação. A regulação somada à implantação do AGHU e a adesão ao SISREG (Sistema de Regulação do Governo Estadual que faz a organização de entrada dos pacientes pelos municípios) possibilitou, desde agosto do ano passado, o agendamento online de consultas. Funciona da seguinte forma: até o dia 10 de cada mês, o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde do HUSM lança no sistema SISREG o número de consultas a ser ofertadas no mês seguinte, bem como as especialidades médicas disponíveis e os horários que os profissionais irão atender. Os municípios entram no SISREG e realizam o agendamento. Três dias antes da data das consultas, o hospital importa as informações do SISREG para o AGHU para que tenha tempo hábil de localizar e separar todos os prontuários médicos dos pacientes que irão consultar. Esse sistema resultou em agilidade e transparência na marcação de consultas. Antes, a marcação das primeiras consultas era regulada pelo HUSM e feita toda no papel (EBSERH, 2016d).

Em síntese, com a adesão ao SISREG, as vagas de primeiras consultas passaram a ser inseridas no sistema pelos funcionários da Unidade de Gestão Ambulatorial. As vagas inseridas são distribuídas pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde entre os municípios que pertencem à região desta coordenadoria e os agendamentos de consultas são realizadas por funcionários das Secretarias Municipais de Saúde, que detém a fila de espera para os agendamentos. Após o agendamento pelos municípios, o HUSM realiza a importação de dados dos agendamentos para o AGHU.

Com todos os serviços registrados em sistema, a instituição foi ressarcida de modo integral pelos serviços ambulatoriais e de internação prestados, e ainda, proporcionou ao gestor do SUS a regulação do acesso das primeiras consultas contratualizadas com o HUSM. Desta forma, observa-se que a partir desta mudança, o hospital alinhou-se à Política Nacional de Regulação, legitimando equidade ao acesso, além de integralidade do cuidado, pois o novo mecanismo de agendamento para o primeiro atendimento ambulatorial no HUSM integra atenção primária à atenção terciária em saúde realizada no hospital, para que todas as necessidades de saúde dos usuários do SUS sejam atendidas.

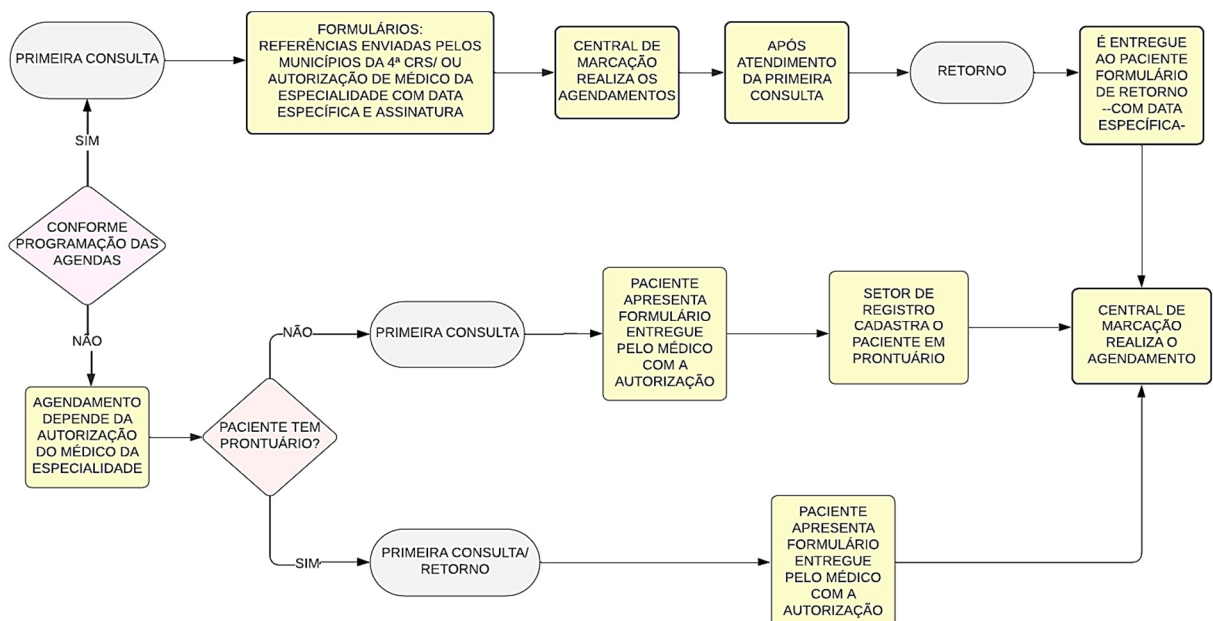
Neste sentido, observou-se com a adoção das práticas de agendamento utilizando o SISREG, a consolidação do HUSM no processo de regulação assistencial prevista na legislação que regula o SUS. Além disso, observou-se que a implementação do módulo ambulatorial do AGHU repercutiu em melhorias ao sistema de financiamento do hospital e em modernização e agilidade no agendamento das primeiras consultas. Neste sentido, observa-se que estes aspectos da gestão ambulatorial do HUSM alinham-se com as propostas do REHUF, ou seja,

implementar um sistema de informações que como ferramenta de administração e acompanhamento de metas estabelecidas (BRASIL, 2010a).

Identificou-se no MGR o controle da presença dos pacientes, pois os funcionários deveriam recolher as fichas de agendamento dos pacientes que compareciam às consultas, para registro de presença em computador. E ainda, para que o paciente fosse atendido, era estabelecido um horário limite para entrega da ficha de consulta e caso ultrapassasse o limite de tempo estabelecido, a consulta seria remarcada e o paciente dispensado. Se fosse uma primeira consulta, a Secretaria de Saúde que encaminhou o paciente, deveria remarcar a consulta, e se fosse retorno, o funcionário poderia indicar uma data para agendamento, respeitando o limite de consultas liberadas para agendamento pelo profissional da especialidade, quando este tinha autorização do médico para essa conduta, ou então o paciente deveria voltar ao hospital em um dia de atendimento de seu médico para que esse indicasse uma nova data. No entanto, o MGR não especifica qual é este tempo, desta forma, percebe-se que os profissionais de saúde definiam o tempo de tolerância de atraso dos pacientes.

De acordo com o MGR, as consultas canceladas eram reagendadas com indicação de nova data em formulário preenchido pelo profissional de saúde. Os avisos de alteração dos agendamentos aos pacientes eram realizados por telefone, pela equipe administrativa dos ambulatórios. No entanto, era necessário que os pacientes comparecessem ao hospital para retirar esse formulário no setor de marcação do HUSM, antes da consulta. Na Figura 9, pode-se observar o fluxo e os critérios de agendamento de consultas.

Figura 9 - Fluxo de agendamento de consultas anterior às Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/EBSERH



Fonte: Elaborada pela autora com base no Manual de Gerenciamento de Rotina – HUSM – 2011.

Após análise do conteúdo do MGR e das informações coletadas de documentos organizacionais da gestão e após pesquisa exploratória no site do HUSM, não foram identificadas ações ou orientações para mitigação do absenteísmo ambulatorial ou acompanhamento da atividade programada através de indicadores. Não obstante, conforme o fluxo para remarcação de consultas, os pacientes deveriam se locomover até o hospital para a retirada do formulário de agendamento com a indicação da data indicada pelo médico. Isso demonstra que o fluxo de remarcação de consultas envolvia duas locomoções dos usuários até o hospital, para o agendamento e para a nova data de consulta de retorno. Percebe-se, desta forma, que os fluxos definidos desconsideravam os motivos para absenteísmo ambulatorial identificadas na revisão bibliográfica realizada nesta pesquisa, relacionados a outros compromissos dos pacientes e problemas de transporte. Segundo a literatura analisada, entre os principais motivos para o absenteísmo ambulatorial estão problemas de locomoção dos pacientes até as instituições de saúde (BELTRAME *et al.*, 2019; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BITTAR *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2022) e insegurança para faltarem ao trabalho (BELTRAME *et al.*, 2019; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; PINTO *et al.*, 2022; SANTOS, 2008).

4.3 GESTÃO AMBULATORIAL DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Nesta seção, apresenta-se análise da gestão do acesso aos serviços ambulatoriais e a gestão da oferta de consultas a partir da implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA) no HUSM para a gestão ambulatorial, ocorrida em 2017, alinhadas com o Projeto Gestão da Oferta e com as Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede EBSEH.

Conforme a metodologia adotada, foi realizada uma pesquisa exploratória e pesquisa documental com base nos documentos da instituição pertinentes à gestão ambulatorial. Desta forma, a análise dos processos para a gestão ambulatorial tem como marco temporal o ano de 2017 que se refere ao ano de implementação das diretrizes de regulação assistencial no hospital e parte da análise do conteúdo das DRA – Gestão do Processo Ambulatorial, nas versões 1.0 de 2017, e 2.0 de 2022 (EBSEH, 2022b). DRA contemplam os objetivos das diretrizes, a estrutura organizacional da unidade responsável pela gestão ambulatorial, as competências e atribuições da unidade e os processos para gestão das consultas. Assim, foi analisado o modelo

de gestão ambulatorial a partir da implementação das DRA em 2017 até o ano de 2022, quando publicado a última versão.

As diretrizes foram elaboradas e atualizadas pelo Núcleo Operativo do Projeto de “Desenvolvimento e Implantação de ferramentas de gestão da oferta”, que trata sobre a implementação do projeto de “Expansão do Modelo de Gestão de Oferta” no HUSM, desenvolvidas com base no modelo de Diretrizes de Regulação Assistencial da rede EBSERH. O Núcleo Operativo é formado por colaboradores designados pelo superintendente do hospital, apresentados pela Portaria EBSERH/HUSM nº 108, de 07 de junho de 2017 e tem entre suas atribuições, “realizar a gestão das atividades planejadas, viabilizar a execução das operações definidas, executar as atividades programadas nos prazos acordados e disseminar o projeto no hospital” (EBSERH, 2023a).

A implementação das DRA conta com a aprovação dos gestores do HUSM, ou seja, do Superintendente, Gerente Administrativo, Gerente de Ensino e Pesquisa, Gerente de Atenção à Saúde e do Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que é presidente do Comitê de Monitoramento da Implantação do Modelo de Regulação Assistencial “Gestão da Oferta”, do chefe do Setor de Contratualização e Regulação, do chefe da Unidade de Regulação Assistencial, do chefe da Unidade de Contratualização, e do Presidente do Núcleo Interno de Regulação.

Pode-se observar que as DRA foram construídas considerando os princípios doutrinários do SUS, de universalidade, equidade, integralidade e os princípios organizativos do SUS, de regionalização e hierarquização. E ainda, as DRA configuram um modelo de gestão que identifica os responsáveis pela gestão da oferta das consultas na instituição, observando o princípio de descentralização, ao inserir a Rede de Atenção à Saúde na oferta das consultas à rede:

O modelo aborda o conjunto de atividades sequenciais implicadas na gestão da oferta de consultas além de definir uma terminologia homogênea e identificar os responsáveis pela realização destas atividades no HUSM. A Rede de Atenção à Saúde deve ser inserida neste contexto, pois o encaminhamento das consultas de Atenção Especializada precisa do envolvimento do gestor e deste nível de atenção, que na organização assistencial do SUS configura-se como a "porta de acesso ao sistema" materializado na dimensão sistêmica da regulação e formalizado por intermédio das metas contratualizadas junto ao Gestor SUS (EBSERH, 2022a).

Desta forma, identificou-se que os gestores do HUSM construíram as DRA observando os princípios que devem ser seguidos pelos hospitais que prestam serviços ao SUS, ou seja, garantia da universalidade de acesso, equidade, integralidade na atenção hospitalar,

continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS e acesso regulado de acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS, e além disso, foi incluída na gestão ambulatorial, a participação do gestor estadual do SUS, responsável pela regulação da atenção hospitalar, nos termos da Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2017a).

Após coleta dos dados, eles foram separados por categorias, para fins de uma análise com maior acuidade dos resultados. Assim, foram analisadas a estrutura organizacional para a gestão ambulatorial, as atribuições e competências da unidade responsável pela gestão ambulatorial e o processo de gestão que promove o acesso às consultas.

4.3.1 A estrutura organizacional de acordo com as Diretrizes de Regulação Assistencial

Nos HUFs administrados pela EBSEH, os organogramas são elaborados pelos hospitais, alinhados com as diretrizes técnicas da sede da empresa, em Brasília e implementados nos hospitais se aprovados pela administração central da EBSEH. Conforme a “Estrutura Organizacional da rede EBSEH versão 2023”, a estrutura organizacional destas instituições hospitalares depende do tipo da classificação do hospital, diferenciado pelo grau de complexidade tecnológica, área física, instalações e a capacidade física instalada (EBSEH, 2013b). Desta forma, a estrutura organizacional está relacionada com a classificação dos hospitais que dispõe a Portaria nº 479, de 16 de abril de 1999, revogada pela Portaria de Consolidação nº 3 de 2017, que classifica os hospitais especializados e gerais, conforme área física, instalações e recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis para os atendimentos (BRASIL, 2017b).

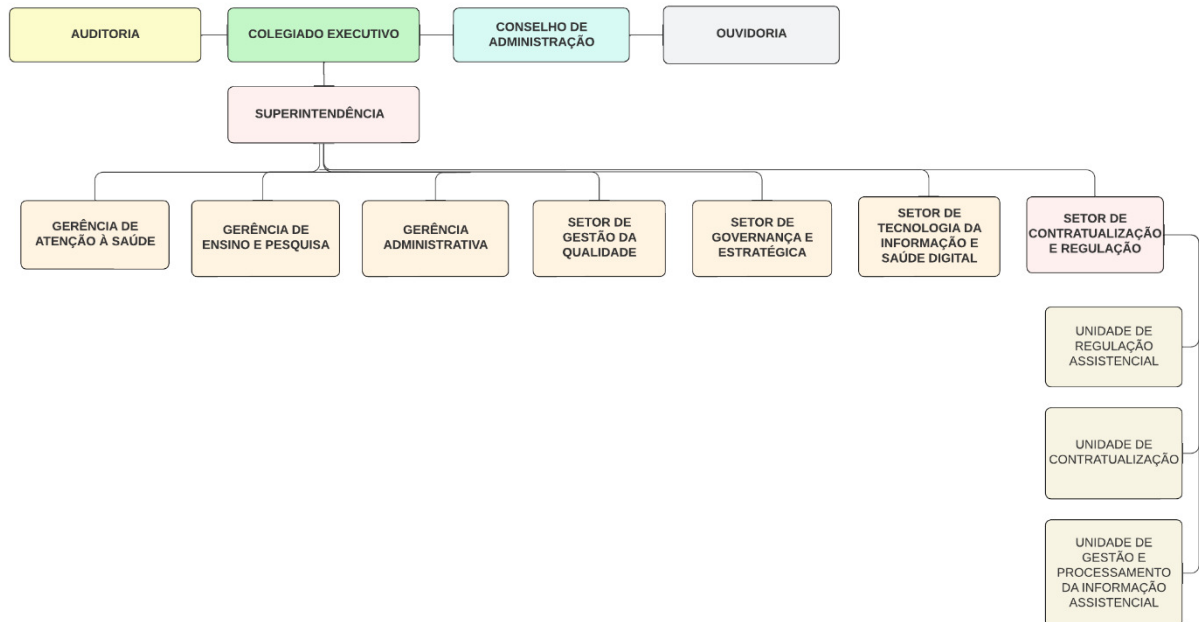
O HUSM faz parte da rede de hospitais sob gestão da EBSEH, de classificação tipo II, e compõe sua estrutura organizacional, o Conselho de Administração (CONAD), órgão máximo do hospital, de caráter consultivo e deliberativo em questões referentes à administração e a gestão econômica, financeira e de ensino e o controle social previsto na Lei nº 8.080/1990, o Colegiado Executivo, a Auditoria e a Ouvidor. A responsabilidade pela gestão dos HUFs compete a um superintendente indicado pela universidade, que estrutura a composição de um colegiado executivo, formado por ele e mais três gerentes (ANDREAZZI, 2013). Assim, integra a estrutura organizacional do HUSM, a Superintendência, a quem são subordinadas a Gerência de Atenção à Saúde, a Gerência Administrativa e a Gerência de Ensino e Pesquisa.

Até 2021, a Unidade de Gestão Ambulatorial, responsável pelas atividades de gestão ambulatorial e subordinada ao Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SERAS) era

vinculada à Gerência de Atenção à Saúde. Com a nova estrutura organizacional implementada no HUSM em 2022, como demonstrado na Figura 10, o SERAS foi reestruturado e denominado Setor de Regulação e Contratualização (STCOR), e passou a ser subordinado à Superintendência, e vinculada a este setor, a Unidade de Regulação Assistencial, unidade que absorveu as demandas e competências da Unidade de Gestão Ambulatorial, da estrutura organizacional anterior.

Como demonstrado na Figura 10, vinculada ao STCOR está a Unidade de Contratualização, responsável pela condução do termo formal de instrumentalização da contratualização para pactuação com o gestor do SUS, pelo monitoramento de indicadores de desempenho da contratualização no âmbito do hospital e monitoramento do Contrato com o gestor SUS. A Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial é responsável pelas atividades do serviço de arquivo de prontuários e pelo processamento da informação da assistência, referente à produção ambulatorial e hospitalar, nos sistemas do SUS, para fins de faturamento da produção e ressarcimento, e subsídios para construção de indicadores. E a Unidade de Regulação Assistencial (URA), responsável pela gestão do processo ambulatorial, gestão da internação, e executa as atividades do NIR.

Figura 10 - Estrutura Organizacional HUSM/EBSERH 2023



Fonte: Elaborado pela autora com base na Estrutura Organizacional da rede EBSEH versão 05012023 (EBSEH, 2023c).

Deste modo, pode-se observar que o HUSM inseriu em sua estrutura para a gestão ambulatorial, a estrutura recomendada pela PNHOSP do SUS, o NIR. De acordo com esta

política pública, o núcleo deve integrar a estrutura organizacional dos hospitais vinculados ao SUS, conforme artigo 5º da referida portaria, inciso XIV, que coincide com o texto do artigo 2º da portaria que compõe o NIR do HUSM:

O Núcleo Interno de Regulação constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2017a).

Alinhados aos objetivos deste estudo, na próxima seção são apresentados os resultados da análise das competências e atribuições da Unidade de Regulação Assistencial para a gestão do processo ambulatorial.

4.3.2 As competências e atribuições da Unidade de Regulação Assistencial

As atribuições identificadas nas DRA para a gestão ambulatorial do HUSM, realizada pela URA, e coordenada pelo STCOR, orientam as ações de todos os profissionais envolvidos com os serviços ambulatoriais da instituição, neste sentido, as DRA descrevem as atribuições da governança, da equipe assistencial, da equipe médica e da equipe administrativa.

De acordo com as DRA, a URA tem na esfera de suas atribuições, as ações do NIR, constituído por colaboradores designados pelo Superintendente do hospital, conforme Portaria-SEI nº 210 - NIR, de 17 de outubro de 2019. Assim, o NIR deve realizar a interface com os gestores dos demais níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo um canal de comunicação com o gestor do SUS, vinculado às Secretarias Municipais de Saúde.

Sobre tais aspectos, identificou-se que as competências do Setor de Regulação e Contratualização estão alinhadas com a caracterização funcional definida pela PNHOSP para a constituição do NIR, especialmente quanto às da URA, de acordo com a estrutura organizacional vigente em 2022. Não obstante, conforme as Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da EBSEH, gestores da sede da EBSEH reconhecem o alinhamento das características do NIR descritas pela PNHOSP com as atribuições e constituição da URA. Deste sentido, a empresa faculta aos hospitais a utilização do termo NIR à Unidade de Regulação Assistencial.

Assim, entre as competências da URA destacadas nas DRA do HUSM, estão a elaboração de critérios para estruturação e gestão da programação de consultas ambulatoriais, organizadas em agendas segundo a realidade dos atendimentos, a elaboração de protocolos de

regulação intra-hospitalares para consultas, o monitoramento do absenteísmo de pacientes e ações que promovam a redução do absenteísmo ambulatorial. Além disso, as ações da URA, coordenadas pela chefia do Setor de Contratualização e Regulação, incluem a coordenação e a supervisão das atividades desenvolvidas pela Central de Marcação de Consultas e divulgar e fazer cumprir as normas técnicas de funcionamento do processo de acesso da rede de serviços do SUS (EBSERH, 2022a).

Para a programação de consultas ambulatoriais, a URA realiza a habilitação das agendas utilizando o *software* AGHUX. A habilitação compreende a construção de agendas eletrônicas para a programação das consultas, conforme o perfil do ambulatório e atendimento realizado pelo profissional que realiza o atendimento de saúde, com o horário e o dia das consultas, o tipo de consulta, o quantitativo de consultas, realizando assim, a configuração, a programação e gestão das agendas de consultas ambulatoriais, agendadas por funcionários administrativos da Central de Marcação.

Após leitura das DRA, versão 1.0 e versão 2.0, para a gestão ambulatorial, foi elaborado o Quadro 7, que apresenta as atribuições da equipe da URA, composta pela chefia da unidade e por funcionários que atuam na unidade e na Central de Marcação de Consultas.

Quadro 7 - Atribuições da Unidade de Regulação Assistencial para gestão ambulatorial de acordo com as Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/EBSERH

(continua)

	ATRIBUIÇÕES
UNIDADE DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar capacidade instalada e ofertada de consultas ambulatoriais; 2. Definir critérios para programação de consultas ambulatoriais; 3. Avaliar protocolos de regulação intra-hospitalares para consultas; 4. Coordenar a gestão da atividade ambulatorial; 5. Estabelecer e cumprir as metas contratualizadas com o gestor SUS; 6. Estabelecer e avaliar, conjuntamente com o Gestor SUS e com as Secretarias Municipais de Saúde a normatização dos fluxos de informação sobre consultas ambulatoriais; 7. Gestão das agendas dos ambulatórios, que inclui a programação e configuração das consultas ambulatoriais no AGHUX; 8. Monitoramento do absenteísmo ambulatorial e da perda primária no acesso aos serviços assistenciais; 9. Promover ações para redução do absenteísmo ambulatorial e da perda primária nos serviços assistenciais; 10. Gestão das ações de referência e contrarreferência de pacientes; 11. Disponibilizar ofertas de primeiras consultas em sistema informatizado – SISREG; 12. Monitorar agendamentos realizados no AGHUX e no SISREG; 13. Prestar informações quanto a evolução da demanda, gestão e planejamento dos agendamentos; 14. Realizar as comunicações necessárias entre regulação regional e estabelecimentos de saúde.
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recepção e acolhimento de pacientes; 2. Atualização dos dados cadastrais de identificação dos pacientes; 3. Agendamento de consultas no sistema informatizado (AGHUX) mediante solicitação da equipe assistencial do HUSM;

(conclusão)

	ATRIBUIÇÕES
CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS	4. Registrar a presença dos pacientes nas consultas e confirmação dos atendimentos assistenciais; 5. Realizar abertura de prontuários mediante critérios estabelecidos pela instituição; 6. Registrar as informações nos sistemas informatizados relativas aos atendimentos dos pacientes.

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas Diretrizes de Regulação Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria – Gestão Ambulatorial versão 1.0, 2017 e versão 2.0, 2022.

Conforme atribuições e competências identificadas nas DRA, a URA tem a capacidade técnica de identificar e monitorar os índices de absenteísmo ambulatorial e deve criar instrumentos de gestão ambulatorial capazes de reduzir as faltas dos pacientes aos agendamentos. Identificadas as competências e atribuições da URA e os responsáveis pelas realizações das atividades de gestão ambulatorial, a próxima seção dedica-se a análise do fluxo de acesso aos serviços ambulatoriais.

4.3.3 Fluxo de acesso aos serviços ambulatoriais

Para análise do fluxo de acesso dos pacientes aos serviços ambulatoriais do HUSM, foi realizado uma pesquisa exploratória e documental, com base nos documentos institucionais do hospital, utilizados para orientar as rotinas do serviço administrativo da área ambulatorial, “Diretrizes de Regulação Assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria para gestão ambulatorial”, de 2017, em sua primeira versão, e de 2022, em sua segunda versão, e em publicações no site da EBSEH, onde são noticiados os eventos relacionados ao hospital. Para análise de conteúdo, os dados coletados foram divididos em categorias. Deste modo, serão analisadas as categorias agendamento de consultas, remarcação de consultas e aviso de cancelamento de consultas agendadas.

4.3.3.1 Agendamento de consultas, remarcação e aviso de cancelamento de agendamento

As DRA apresentam os critérios para a criação de agenda ambulatorial, construídas com hora, dia e organizadas em blocos de horários para evitar aglomeração de pacientes, os processos para os agendamentos e remarcações de consultas, os critérios para alteração de programação de agenda, e o mecanismo de comunicação ao paciente, nos casos de agendamentos, cancelamentos e remarcações.

O agendamento de consultas compreende a inclusão de consultas em sistema informático conforme a programação das agendas dos serviços ambulatoriais. De acordo com

as DRA, as consultas são diferenciadas como primeiras consultas, retornos, pós-alta, e interconsulta, e são inseridas nas agendas eletrônicas do aplicativo AGHUX, de acordo com a data, hora e especialidade solicitada para o agendamento.

Observou-se que os tipos de consultas apresentadas nas DRA são diferenciadas pela condição de atendimento, pelo tipo de cuidado dispensado em consulta, pelo tempo dispensado ao atendimento, e forma de acesso:

- a) primeira consulta: quando o paciente é atendido pela primeira vez na especialidade. O agendamento é realizado pelo gestor do SUS no SISREG, a partir da solicitação da rede básica, conforme as vagas cadastradas no sistema pela Unidade de Regulação Assistencial do HUSM;
- b) retorno: é a consulta posterior ao atendimento registrado como primeira consulta. Ainda podem ser registradas como retorno excedente, quando o profissional de saúde solicita que o paciente retorne ao ambulatório, porém a agenda não possui mais vaga disponível no sistema. Para o registro do agendamento, o profissional indica data e horário específico. E ainda, tem preferência, quando o retorno ocorre 30 dias após o último atendimento, retorno ordinário, quando acima de 30 dias, e pós-alta, quando a consulta em ambulatório se refere a um atendimento posterior a uma internação;
- c) interconsulta: consultas destinadas aos casos que necessitam de intervenção urgente, e quando o paciente ainda não é atendido pela especialidade médica, agendada através de uma solicitação, em formulário próprio, de médico de outra especialidade do hospital. A regulação do acesso a este tipo de consulta é realizada pela Unidade de Regulação Assistencial do hospital, e para o agendamento, é necessária avaliação da solicitação por um médico da instituição. Observa-se que esse atendimento visa diminuir o tempo de espera por uma consulta agendada pelo Gestor do SUS, e ocupar as vagas de primeira consulta ofertadas e não preenchidas, e ainda evitar a ociosidade dos recursos;
- d) retorno não presencial: realizada por telefone, para comunicar resultados de exames não alterados;
- e) pesquisa: tipo de consulta para execução de pesquisa clínica, condicionadas à aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa.

Pode-se observar que para oferta e agendamento das primeiras consultas pelo gestor SUS, a URA já cadastrava mensalmente as vagas no SISREG. Os agendamentos são realizados pelas Secretarias Municipais de Saúde, que comunica o agendamento ao paciente, que se desloca ao HUSM apenas no dia e horário agendado. Desta forma, observa-se que os

agendamentos das primeiras consultas são regulados pelo gestor SUS, ação que cumpre as diretrizes da PNHOSP, quanto ao acesso regulado pelo SUS conforme a Política Nacional de Regulação.

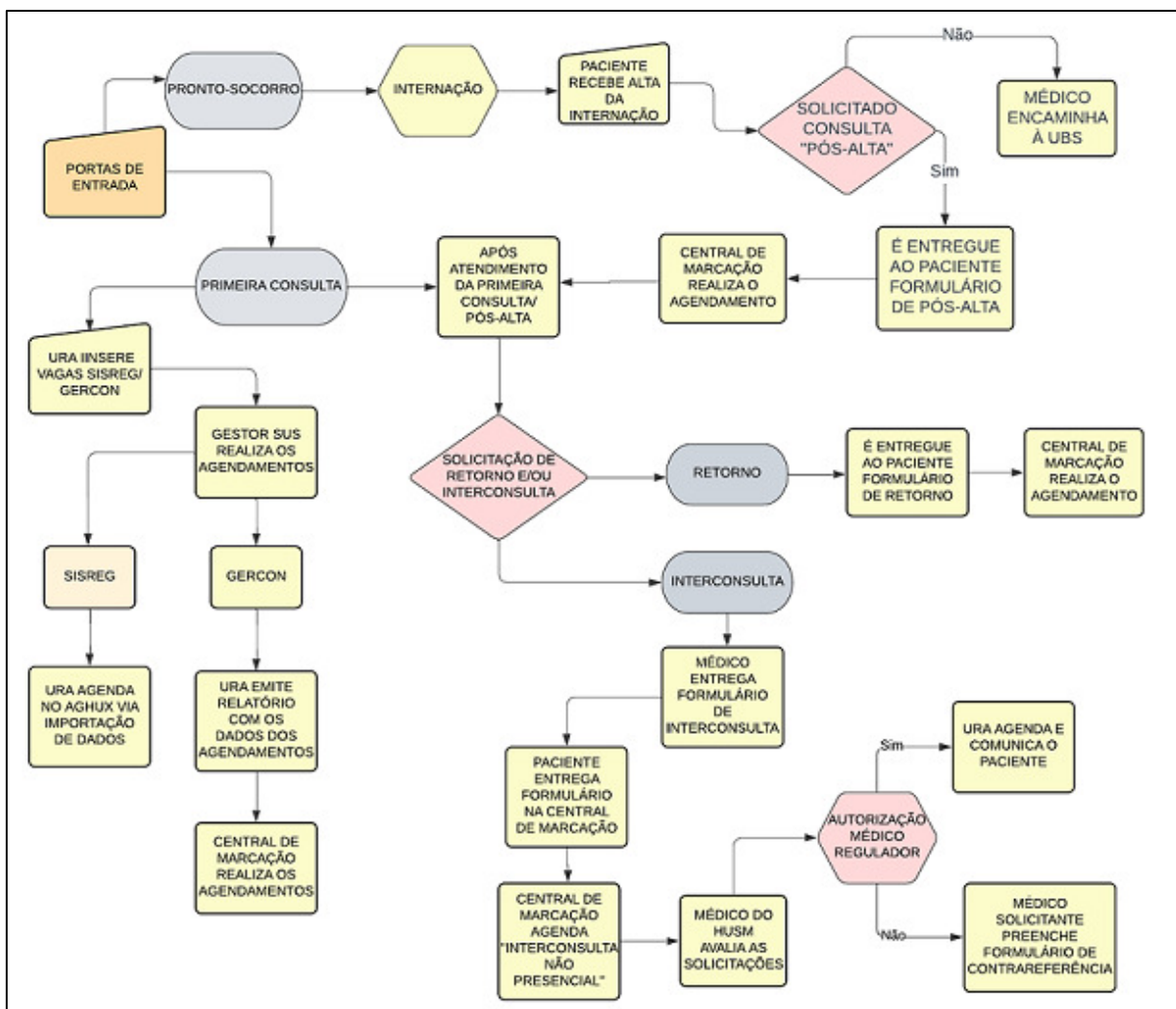
Para a inserção do agendamento das primeiras consultas no AGHUX, os funcionários da URA realizam a importação dos dados do SISREG, dois dias antes da data da consulta. Assim, observa-se que a regulação do acesso das primeiras consultas é realizada pelo gestor do SUS. Destaca-se que o número de vagas de primeiras consultas do HUSM ofertadas via SISREG, deve corresponder ao limite definido em contrato firmado entre a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e a EBSERH e o HUSM.

Quando as vagas de primeiras consultas inseridas no SISREG não são preenchidas pelo gestor SUS no prazo estabelecido, a URA pode ocupar estas vagas para agendar as interconsultas autorizadas pelo médico regulador da instituição, para os casos em que o profissional identifica urgência de atendimento, e assim diminuir o tempo de espera por uma consulta agendada pelo gestor SUS. Deste modo, observa-se que apesar da padronização das rotinas descritas nas Diretrizes de Regulação Assistencial, nas duas versões a instituição hospitalar assegura a gestão da URA sobre os agendamentos, dentro da capacidade instalada, para que sejam otimizados os recursos ambulatoriais.

Na APS o paciente realiza o primeiro contato com o SUS, nas UBS, mas esse primeiro contato para resolução de seu problema de saúde pode também ocorrer nos serviços de urgência e emergência do SUS, inclusive no serviço de urgência e emergência do HUSM. Nesse caso, quando o paciente é internado após receber o primeiro atendimento no serviço de urgência e emergência do HUSM, o acesso ao serviço ambulatorial do hospital ocorre, se a equipe médica do hospital solicitar agendamento de consulta tipo pós-alta, para a continuidade do tratamento em ambulatório.

Na Figura 11 é demonstrado o fluxo para agendamento de consultas no HUSM orientado pelas DRA.

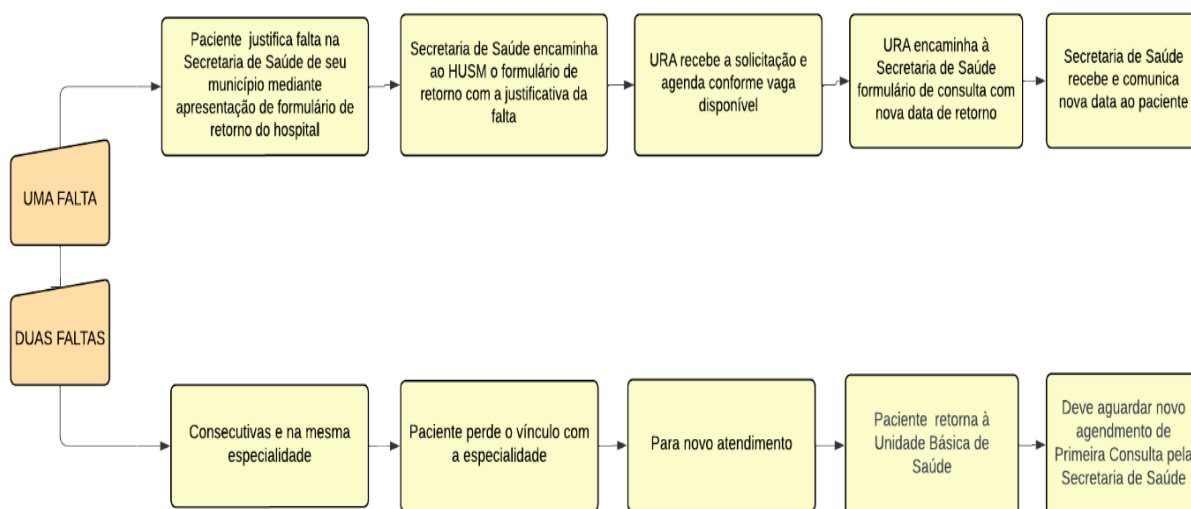
Figura 11 - Fluxo de agendamento de consultas após implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/EBSERH



Fonte: Elaborado pela autora com base nas Diretrizes de Regulação Assistencial – HUSM/UFMS - Gestão do Processo Ambulatorial - Versões 1.0 e 2.0.

Além do agendamento de consultas, as diretrizes descrevem os processos e as condições para as remarcações de consultas dos pacientes que não compareceram ao atendimento. No entanto, primeira consulta e interconsulta não são remarçadas, e os retornos são remarcados mediante justificativa e de acordo com o fluxo demonstrado na Figura 12.

Figura 12 - Fluxo para remarcação de consulta por motivo de falta do paciente



Fonte: Elaborada pela autora com base nas Diretrizes de Regulação Assistencial HUSM/UFMS – Gestão do processo ambulatorial - Versões 1.0 e 2.0.

Na segunda versão das DRA, as condições para remarcação das consultas dos pacientes faltosos permaneceram as mesmas, porém pode-se observar que os responsáveis pela construção das diretrizes reconhecem o absenteísmo ambulatorial como um problema da instituição, conforme trecho destacado, que trata dos fluxos para remarcação de consultas:

Com o número elevado de faltas em consultas e com o objetivo de reduzir o absenteísmo, indicador negativo para a gestão bem como reduzir o fluxo desnecessário do paciente no âmbito do HUSM e com esse objetivo foi instituído um fluxo de reagendamento das consultas dos retornos faltantes. Esse fluxo foi disponibilizado para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e a todas as Secretarias de Saúde dos municípios na qual o HUSM é referência (EBSERH, 2022b, p. 22).

Assim, a remarcação está condicionada ao tipo de consulta, da apresentação de justificativa da ausência e de quantas faltas o paciente possui na especialidade.

4.4 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO HUSM SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A implementação das DRA no HUSM faz parte do Projeto Gestão de Oferta, desenvolvido pela EBSEH e disseminado entre os hospitais sobre gestão da empresa. No HUSM, para organização dos ambulatorios, o projeto envolveu uma série de atividades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos com a gestão ambulatorial, para identificar a capacidade instalada referente a estrutura física para atendimento ambulatorial, identificar as agendas de docentes e de profissionais de saúde não docente na instituição, atuantes nos

ambulatorios, para então sistematizar as atividades necessárias para ordenar a oferta e a demanda dos serviços ambulatoriais e definir as responsabilidades dos profissionais da URA.

A primeira versão das DRA foi apresentada à comunidade hospitalar e aos gestores do SUS em 2017 e a última versão, em 2022. O trabalho de definir as atribuições dos gestores, ordenar serviços e ações de saúde, alinhados aos princípios do SUS, de universalidade e equidade na prestação de serviços, compõe o processo regulatório que qualifica as informações organizadas pela regulação no SUS (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). Neste sentido, a organização dos serviços ambulatoriais de acordo com as DRA foi realizada com o objetivo de qualificar as informações produzidas com a oferta e demanda dos serviços ambulatoriais do HUSM.

Os entrevistados são os profissionais do HUSM responsáveis pelo processo de implementação das DRA no hospital. As entrevistas foram divididas em três partes: na primeira foram apresentadas questões relacionadas ao perfil do entrevistado, sobre seu cargo na instituição e suas atribuições. Na segunda parte foram realizadas perguntas relacionadas a gestão ambulatorial anterior à implementação das DRA e na terceira parte, questões que envolvem a gestão ambulatorial a partir da implementação das DRA.

As entrevistas foram agendadas diretamente com os entrevistados, momento em que foi combinado data, horário e local para a realização. No dia das entrevistas, apresentou-se os objetivos da pesquisa e o motivo do convite para participar da pesquisa. A seguir foi garantida a confidencialidade do entrevistado, de modo que na análise das entrevistas, de acordo com o descrito na metodologia, foram identificados como E1, E2, E3 e E4, e pelo cargo que ocupam na instituição, garantindo a confidencialidade e o anonimato. Foi informado como seria o andamento da entrevista, e que seria gravada apenas com o consentimento do entrevistado, para posterior transcrição e análise do conteúdo das respostas para uso na pesquisa. Aos participantes, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e do Termo de Confidencialidade (Apêndice C).

A fim de analisar a percepção dos profissionais do HUSM sobre a gestão ambulatorial anterior às DRA, aos entrevistados E1, E2, E3 e E4 foram apresentadas questões que envolvem os processos para a gestão ambulatorial. Fazem parte destes processos, construção de indicadores sobre os serviços ambulatoriais, e ações que organizam os serviços e regulam o acesso a eles. A regulação do acesso ou regulação assistencial pode ser definida como “um sistema de estruturas, tecnologias, e ações voltadas aos profissionais envolvidos no fornecimento dos serviços de saúde, de modo a possibilitar o ingresso da população a esses atendimentos” (BERNARDI; ALBIERO; DE SANTA HELENA, 2021, p. 121).

A PNHOSP, publicada pela Portaria nº 3.390/2013, estabeleceu diretrizes para a organização hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013a). De acordo com a PNHOSP, o modelo de atenção hospitalar deve ser centrado no cuidado do usuário, de forma multidisciplinar e deve promover o acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS. Esta política foi publicada em 2008, pela Portaria n. 1.559, e apresentou a definição de regulação do acesso, ou regulação assistencial, ou seja, um conjunto de instrumentos e atividades que devem ser efetivados para organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS e seus instrumentos devem ser realizados pelos gestores públicos, baseados em protocolos, classificação de riscos, e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

A PNHOSP inseriu no contexto hospitalar, os princípios de universalidade do acesso, equidade, e integralidade e do acesso regulado de seus serviços. No entanto, conforme Pereira Júnior (2018, p. 28), “[...] seu processo de implementação tem enfrentado problemas relacionados à ausência de planejamento, ao alto custo dos serviços hospitalares, ao financiamento insuficiente, [...] e à baixa regulação da oferta assistencial hospitalar”.

Neste contexto, O HUSM, ao prestar serviços pelo SUS, deve seguir as diretrizes e recomendações da PNHOSP na gestão dos seus serviços de saúde. A fim de identificar a percepção dos profissionais do HUSM sobre o reconhecimento da PNHOSP nas atividades da gestão ambulatorial, observou-se que os participantes reconhecem que a gestão ambulatorial não era organizada para atender às necessidades dos pacientes do SUS, pois os serviços eram organizados de forma individual e centralizados pelos profissionais de saúde.

Vislumbra-se que os profissionais, na gestão ambulatorial anterior às DRA, executavam suas atividades sem normativas institucionalizadas de regulação assistencial, pois quando questionados sobre a existência de manuais e protocolos que orientavam a gestão ambulatorial no período, os entrevistados E1, E2 e E3 afirmaram que não recordam a existência de manuais utilizados para a gestão ambulatorial. Entretanto, E2 relatou que desenvolveram alguns relatórios que orientavam as atividades de gestão ambulatorial.

Com os relatos dos entrevistados, observou-se que os serviços ambulatoriais eram organizados sem a interferência de uma regulação assistencial, aquela que envolve mecanismos regulatórios que ordenam e orientam os fluxos assistenciais, que estabelece a relação entre o hospital e os pacientes, para fornecer a alternativa que atenda às necessidades de cuidado com equidade, de forma estruturada e apropriada (PEREIRA JÚNIOR, 2018).

Cada médico definia o quantitativo de consultas que iria atender, mas no contrato atual com o SUS são definidas metas quantitativas e qualitativas sobre a oferta de serviços, antes disso, o contrato era global com o Estado, não possuía metas em consultas ambulatoriais (E1).

O controle da oferta era realizado em planilhas, de acordo com a capacidade instalada pelos gestores da Divisão Médica do HUSM, e a partir das informações contidas nestas planilhas, eram ofertadas as consultas e inseridas no Sistema de Regulação (SISREG), utilizado pelo hospital e pelo contratante dos serviços, para que os agendamentos fossem realizados pelos municípios, dessa forma, o paciente chegava no hospital com a primeira consulta já agendada (E2).

Não recorro de ações desenvolvidas para a organização da oferta dos serviços ambulatoriais no período anterior à implementação das diretrizes (E3).

O módulo ambulatorial do AGHU foi implementado no HUSM em 2014, como proposta da EBSEH para introduzir melhorias na gestão dos hospitais, padronizar as práticas assistenciais e administrativas e possibilitar a criação de indicadores a partir das informações geradas com o aplicativo (EBSEH, 2020). A implementação do AGHU atende uma das metas de desempenho pactuadas com a empresa no contrato de adesão, que é de utilizar o aplicativo para intensificar o uso de tecnologia da informação no HUSM. Neste sentido, E4, chefe do Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital, quando questionado sobre os desafios no processo de implementação do AGHU, anteriormente à implementação das diretrizes, percebe-se que o principal desafio foi a dificuldade de adaptação ao uso do aplicativo, por parte dos profissionais de saúde.

Todos os dados do antigo sistema eletrônico, o SIE, utilizados nos registros ambulatoriais, foram transferidos de modo manual, pelos funcionários do setor de marcação de consultas, para o AGHU, e isso aconteceu de forma lenta. O médico atendia com uma pasta física onde constava as informações dos pacientes, e passou a ter que utilizar um sistema informático com as informações do paciente, e isso foi o que gerou resistência para a mudança, porque os médicos diziam que demoravam mais para atender os pacientes porque tinham que utilizar o computador (E4).

Entretanto, quando questionados sobre o desenvolvimento de indicadores no período anterior às diretrizes de regulação assistencial, os profissionais responsáveis pela gestão ambulatorial relataram que não utilizavam indicadores para monitoramento dos resultados da produção assistencial.

Nem sabia o que eram indicadores, apenas tínhamos conhecimento que eram desenvolvidos indicadores pelo serviço de estatística, através de relatórios estatísticos sobre agendamento de consultas. Esses relatórios não eram analisados pela gestão, e não se desenvolviam estratégias para implementar melhorias no hospital através dos indicadores, apenas tínhamos conhecimento sobre o absenteísmo ambulatorial, número de consultas agendadas e ofertadas (E1).

Havia registro do absenteísmo no AGHU, mas não utilizávamos indicadores para monitoramento (E2).

As DRA, para monitoramento dos resultados dos serviços de saúde do hospital, orientam que seja desenvolvido e monitorado pela URA, um conjunto de indicadores que “representam dados ou informações, utilizados para medir o negócio de uma organização, um processo ou um trabalho” (EBSERH, 2022a, p. 27). São eles: taxa de absenteísmo em consulta, oferta de consultas, taxa de agendamento de vagas disponibilizadas, perda primária, e índice de retorno. Na gestão dos hospitais, devido ao alto custo dos serviços ofertados e do grau de complexidade, cada vez mais os indicadores fazem parte do sistema de avaliação destas unidades, para avaliar e monitorar a qualidade da assistência proporcionada aos usuários (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Quando questionados sobre os principais desafios da gestão ambulatorial anterior à implementação das DRA, foi consenso entre E1, E2, E3 que as principais dificuldades envolviam a gestão das agendas relacionadas ao ensino e a identificação da capacidade de oferta dos serviços. Além disso, como pode-se observar nas falas a seguir, foi possível perceber que representava um desafio desenvolver a regulação do acesso na instituição, pois não havia uma padronização dos processos, nem critérios definidos para qualificar a forma de acesso aos serviços do hospital, função da regulação assistencial intra-hospitalar.

A gestão não conseguia identificar o que era ambulatório de ensino e o que era ambulatório assistencial, e não identificava os tipos de atividades de ensino realizadas nos ambulatórios, mas hoje a gestão consegue identificar quais são ambulatórios somente de graduação, pois os alunos não podem atender sozinhos, sem a presença de professor até o 7º semestre, após esse semestre ele pode atender com médico da assistência, que é o preceptor da disciplina (E1).

O maior desafio envolvia a dificuldade em expandir os serviços, com nada regrado é difícil expandir os serviços, porque não tinha a sistematização das atividades. Cada profissional de saúde definia o quantitativo que iria atender, e definia o tempo que iria ocupar uma sala ambulatorial, e a carga horária necessária para cada atendimento (E2).

Nós não tínhamos bem definido o que era agenda de ensino, e assim não tínhamos conhecimento do quantitativo de consultas que poderia ser ofertado por cada especialidade, cada profissional era dono de suas agendas de cirurgia, de ambulatório e de seus leitos no hospital. Além disso, era necessário alinhar processos para ficarem bem definidos e assim fortalecer a regulação assistencial, aliados a isso, o surgimento de legislações e da obrigatoriedade da implementação do Núcleo Interno de Regulação, que envolve o trabalho da Unidade de Regulação Assistencial atua (E3).

Diante do exposto, ao analisar a percepção dos profissionais sobre a gestão ambulatorial anterior à implementação das diretrizes, percebe-se que os profissionais, anteriormente à

implementação das DRA, estavam atentos à necessidade de identificar a capacidade instalada no HUSM, para terem conhecimento sobre a capacidade do HUSM para prestar serviços de saúde, e assim definirem um quantitativo possível de ser ofertado e contratualizado com o gestor SUS, organizarem fluxos de acessos aos serviços, e com o registros das informações e da produção ambulatorial em sistema informático, gerar relatórios estatísticos com informações confiáveis para monitoramento e avaliação dos serviços, e assim qualificar o processo de tomada de decisão.

As Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM - Gestão do Processo Ambulatorial, é um documento organizacional construído pelos profissionais do hospital que integram o Núcleo Operativo do Projeto “Desenvolvimento e Implementação de Ferramentas de Gestão da Oferta”. O documento representa um conjunto de normativas que orientam os processos de gestão ambulatorial, para compor um sistema regulatório sobre os serviços ambulatoriais da instituição. O documento organizacional contém os critérios para a gestão das atividades ambulatoriais programadas, define procedimentos de agendamentos de modo a favorecer a acessibilidade dos pacientes e padroniza a gestão para que os fluxos de acesso possam ser analisados, corrigidos e aperfeiçoados, para atender as necessidades de ensino e de assistência aos pacientes (EBSERH, 2022a).

Com a intervenção de um sistema regulatório na área ambulatorial do HUSM, ficou evidente entre os profissionais entrevistados, que a dificuldade inicial foi a mudança da cultura organizacional, pois perceberam a resistência dos profissionais de saúde para aceitarem um novo modelo de gestão ambulatorial. Neste contexto, um hospital, por suas características próprias e grau de complexidade, é considerado um ambiente em que qualquer mudança deve considerar as pessoas envolvidas com as atividades, pois os resultados dos serviços prestados dependem diretamente do comportamento dos envolvidos, que atuam no cuidado dos pacientes, que lidam com questões que envolvem a vida e o bem estar físico para quem os serviços são prestados, e portanto, possuem uma cultura distinta das demais organizações (JACQUES; GONÇALO, 2007).

Neste sentido, observa-se a mudança de cultura dos profissionais de saúde do HUSM como um importante desafio, pois o novo modelo de gestão trazido pelas DRA é aplicado sobre os serviços que os profissionais de saúde do HUSM executam. Nas falas a seguir, é possível observar a percepção de cada entrevistado sobre os desafios iniciais na implementação, unânimes ao apontarem a resistência detectada em relação à mudança na gestão implementada com as diretrizes:

Identifico muitos desafios, o primeiro é mudar a cultura dos profissionais de saúde, porque cada profissional era dono de um ambulatório e de uma sala e foi necessário a regulação realizar todo um redimensionamento, para a organização das salas, não sabíamos quantas salas ambulatoriais o hospital tinha, e para identificar, foi realizado um levantamento da capacidade instalada, para então identificar a capacidade de oferta de serviços ambulatoriais do hospital, e isso levou muito tempo, porque as pessoas eram donas do processo e pra gente como regulação assumir isso, foi muito doloroso. Quando tivemos conhecimento do espaço físico para ambulatório e quanto se conseguiu mudar a cultura das pessoas, resolveu em parte isso. A dificuldade maior foi tirar a gestão das mãos dos profissionais de saúde e passar para regulação (E1)

A maior dificuldade foi a retirada do poder do profissional em definir sua programação de agenda e uso da sala, os médicos docentes não tinham horário fixo para atender os pacientes e as ações do Projeto Gestão da Oferta reorganizaram isso, pois o uso das salas e a programação das agendas eram definidas pelos médicos. Hoje é mais tranquilo, os novos profissionais perceberam a regulação como parceira dos serviços. Entre as estratégias para superar as dificuldades, foram realizadas muitas reuniões e colaboração da Direção, conversas in loco com os médicos para explicar os novos fluxos. No início os profissionais achavam que a regulação iria exercer o controle total sobre eles, no entanto, entendo que as dificuldades foram superadas, pois percebo o aumento da oferta dos serviços após a implementação das diretrizes, os números mostram a evolução da oferta antes e após o Projeto Gestão de Oferta (E2).

A mudança de cultura dos profissionais de saúde e de convencimento de toda comunidade hospitalar, gestores de saúde dos municípios, profissionais do HUSM e os pacientes, porque modificou a forma de acesso aos serviços e de conduta dos pacientes a partir da implementação das diretrizes. A definição de critérios foi um divisor de águas, pois até então não tínhamos bem definido, no momento que se definiu os critérios, mudou a forma de acesso aos serviços. Hoje o desafio é de fortalecer a homogeneidade dos critérios para agendamentos, e de trabalhar com protocolos junto à assistência (E3).

Sobre a disseminação das DRA entre a comunidade hospitalar e entre o contratante dos serviços, ou seja, o SUS, representado pelos secretários de saúde dos municípios em que o HUSM é referência para atendimento, observa-se pelo conteúdo das respostas, que os novos mecanismos de acesso aos serviços ambulatoriais foram amplamente divulgados na comunidade hospitalar e entre os gestores do SUS.

Foram chamados todos os gestores municipais de saúde para apresentarmos como o hospital iria funcionar, foi passado as diretrizes para todos eles para entenderem como o hospital iria funcionar a partir das diretrizes [...] era uma mudança muito grande, por exemplo, todas as consultas eram agendadas as 7 horas das manhãs, mas com as diretrizes, essas passaram a serem agendadas por blocos de horários, que não precisava vir todo mundo no mesmo horário, mostrar aos profissionais que eles teriam mais espaço nos ambulatórios e não teriam mais aquele monte de gente batendo na porta, então a gente fez muita capacitação e até hoje continua fazendo quando muda alguma coisa das diretrizes, a gente faz com os servidores e com os profissionais de saúde (E1).

Houve um processo amplo de capacitação aos funcionários para a implementação, e um processo de sensibilização junto aos gestores do SUS, em reuniões, para que os secretários municipais de saúde conhecessem os serviços orientados pelas diretrizes (E3).

Sobre o desenvolvimento e monitoramento de indicadores hospitalares da área ambulatorial, os entrevistados relataram que a URA e o STCOR monitoram os índices de absenteísmo ambulatorial, orientados pelas DRA e informam os dados ao gestor SUS através de relatórios mensais enviados à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Depois do Projeto Gestão de Oferta, criamos o Caderno de Processos, onde constam os indicadores desenvolvidos e a desenvolver e tudo é produto do projeto. Especificamente para os ambulatórios, foram criados vários fluxos que o hospital adaptou a sua realidade [...]. Alguns indicadores ainda estão em construção, na realidade já eram para estarem sendo utilizados. Atualmente é feito relatório de absenteísmo ambulatorial, do número de consultas, mas tempo de uso de salas ainda não. Para a maturação da regulação assistencial é necessário implementar diversos indicadores da área ambulatorial, além da taxa de absenteísmo ambulatorial que já é monitorada. Novos indicadores ainda devem ser incluídos numa nova diretriz, a ser atualizada a qualquer momento, e são eles: percentual de horas de consultas destinadas ao ensino, capacidade instalada de oferta de consulta ambulatorial, percentual de programação de consulta de retorno por especialidade, e uma coisa importantíssima, a perda primária em consultas ambulatoriais. E outros indicadores, tempo efetivo por consulta por especialidade, percentual de pacientes contrareferenciados por meio de formulário, paciente com alta do ambulatório, capacidade de atendimento do ambulatório. No momento, o hospital tem as informações, mas ainda não constrói esses indicadores para monitoramento. (E1).

O uso de indicadores para monitoramento e avaliação do desempenho de hospitais, no cuidado aos pacientes, são desenvolvidos como prática da gestão dos serviços e regulação dos serviços no SUS, construídos a partir de registros clínicos e de dados produzidos nos hospitais (SCHOUT; NOVAES, 2007). Na gestão pública, os indicadores são utilizados, segundo Bahia (2021, p. 9), para “embasar a análise crítica dos resultados obtidos, contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais, e viabilizar a análise comparativa do desempenho da organização e do desempenho de diversas organizações em áreas de atuação semelhantes”.

Neste sentido, observa-se que os indicadores desenvolvidos pelos profissionais do HUSM, orientados pelas DRA, em especial o que demonstra o absenteísmo ambulatorial, podem ser utilizados para monitoramento do absenteísmo da instituição, como fonte de informação ao gestor SUS, para planejamento de estratégias que promovam a sua mitigação, e ainda como fonte de informação para comparar a taxa de absenteísmo ambulatorial entre os hospitais administrados pela EBSERH.

Quando questionados sobre estratégias desenvolvidas pela gestão para mitigação do absenteísmo, E1 relatou que são enviados relatórios mensais com as taxas de absenteísmo ambulatorial por especialidade às Secretarias Municipais de Saúde, em atendimento às diretrizes da PNHOSP, de monitoramento e avaliação, e às diretrizes da Portaria nº 3.410, revogada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, que estabelece as diretrizes para a

contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Os profissionais do HUSM afirmam que os relatórios são enviados para que os gestores do SUS tomem conhecimento do absenteísmo ambulatorial no HUSM, para que sejam tomadas providências para reduzir o absenteísmo, considerando que o prestador e contratante realizam a gestão compartilhada dos serviços.

A gente utiliza os dados de absenteísmo ambulatorial para informar gestor SUS, mas a URA não utiliza os esses índices para implementar ações, é mais para monitoramento e passar para as unidades de produção, porque a função da unidade é monitorar os indicadores e repassar aos serviços em forma de relatórios, pois a unidade não tem o poder de decisão, a unidade operacionaliza com base em que os serviços demandam. É exposto nas reuniões com os gestores do SUS o absenteísmo para que os responsáveis tenham conhecimento e realizem as ações necessárias (E2)

Acredito que os critérios para remarcação de consultas possa ser considerado como uma ação para reduzir o absenteísmo ambulatorial, para que pelo menos o paciente pense em não faltar [...] se tem os critérios bem definidos, e o paciente não cumpriu, a perda de vínculo dele com a instituição eu vejo como necessário para que possa vir outro paciente para acessar o serviço [...] mas ainda é necessário maior publicidade dos critérios para remarcação por parte do HUSM e dos gestores do SUS, como o hospital está inserido na Rede de Atenção à Saúde, realiza gestão compartilhada com o SUS, então todos são responsáveis pela publicização, e precisa ser fortalecido isso, e a regulação assistencial do hospital pode instigar a publicização junto aos gestores (E3).

Entretanto, é possível observar que E2 e E3 reconhecem que o absenteísmo ambulatorial pode ser consequência de problemas de transporte dos usuários até o hospital, e de comunicação entre os pacientes e os gestores do HUSM ou entre pacientes e gestores do SUS. Além dessas diversidades, os profissionais do hospital reconhecem o absenteísmo ambulatorial como um problema que gera consequências negativas aos serviços prestados pelo HUSM e aos pacientes, conforme as falas a seguir:

Com a prática da gestão, com relato dos pacientes, percebo que os motivos de absenteísmo ambulatorial estão relacionados aos meios de transporte e ao perfil do paciente do hospital, e das regiões que o HUSM atende, são pessoas que moram em locais de difícil acesso, e falta responsabilidade do paciente para comparecer às consultas [...] em relação às consequências, é um problema de âmbito geral, não apenas do HUSM, mas de todo sistema de saúde, que impacta em aumento do serviço de emergência, na quebra da continuidade do cuidado [...] para exemplificar, com o absenteísmo ambulatorial, não é feito o diagnóstico no início do desenvolvimento de um câncer, o paciente adoecer gravemente e daí procura um serviço de emergência, ocupa um leito, internação, aumenta o custo do hospital, prejudica sua saúde, e aumenta o tempo de permanência do leito, e provoca a lotação de emergências, maior uso de exames, é um efeito cascata, além de recurso público, com um profissional parado porque um paciente não compareceu à consulta. Reconheço que o absenteísmo ambulatorial é um desafio da regulação, mas não só do HUSM (E2).

Muitas vezes o absenteísmo acaba ocorrendo por falta de transporte, comunicamos o município e o município não comunica o paciente, ou as vezes o município agenda uma primeira consulta e não comunica o paciente. Um impacto importante é aquele paciente que não estamos nem sabendo que não está conseguindo acesso, porque

quem tem acesso não está usufruindo do acesso pela falta à consulta, e a regulação sempre tem que ver a questão dos pacientes que não estão conseguindo acesso (E3).

As DRA são constantemente avaliadas e podem ser modificadas a qualquer momento. Não obstante, no documento organizacional são descritos objetivos que a organização deve atingir, orientada pelas ações das diretrizes. Neste sentido, quando questionados quais objetivos ainda não foram atingidos, desde a implementação, cada entrevistado informou pontos específicos que ainda não foram alcançados, exceto E1, que considera que todos os objetivos das diretrizes foram alcançados. Nas falas de E1 e E2 pode-se perceber os desafios enfrentados na gestão ambulatorial:

Foram diversas atividades que as diretrizes sistematizaram, mas não conseguimos atingir ainda o controle das atividades ambulatoriais dos docentes, em relação a comunicação desses para bloqueios das agendas, que é a programação das agendas. Ainda não existe um processo bem estabelecido para o fluxo da comunicação entre os docentes e a URA que realiza a gestão das agendas. Existe a comunicação da Gerência de Ensino e Pesquisa conosco, para informar os bloqueios, mas muitos docentes não a comunicam. Ao final do período letivo, alguns docentes acham que automaticamente a agenda vai ser fechada e isso não acontece. E a gente tem nas diretrizes que a programação de todas as agendas deve ser comunicada. Hoje é tudo realizado manualmente, nada é automático, e suscetível a diversas falhas (E2).

Todos os objetivos das diretrizes ainda não foram alcançados justamente porque ainda estamos lidando com a quebra de cultura tanto da regulação como de toda a instituição (E2).

Ao questionar se os gestores possuem estratégias futuras para que os objetivos das DRA sejam plenamente alcançados, E2 relatou que pretendem realizar frequentes reuniões com a Gerência de Ensino e Pesquisa para discutirem e alinharem os fluxos para bloqueios das agendas dos docentes, e ainda “conscientizar os docentes em relação a gestão da oferta dos serviços de saúde ambulatoriais”. No relato de E1 observa-se que a construção de novos fluxos e novas estratégias para consolidar o papel da regulação assistencial no hospital, e atingir os objetivos das diretrizes, é um processo que está intimamente ligado a capacidade de expansão de serviços do hospital

Há muitas estratégias ainda a se implementar. Como o hospital vai crescendo, vão se remodelando os processos regulatórios, e se qualificando as informações, mas neste momento não tem nada específico a ser implementado. Mas da primeira versão das diretrizes até a atual, já foram modificados alguns processos, a gente sempre vai modificando alguma coisa para ela se tornar institucional [...] atualmente as primeiras consultas não são ofertadas via SISREG, são ofertadas via GERCON, então ainda deve-se atualizar a última versão (E1).

A partir dos relatos dos profissionais do HUSM, sobre o absenteísmo ambulatorial na instituição, observa-se que são construídos os índices de absenteísmo ambulatorial, sobre orientação das DRA, no entanto, conforme Bahia (2021, p. 9), “se um indicador sobe e desce e ninguém na organização toma alguma providência, o melhor a fazer é descartá-lo. Ou seja, a informação fornecida gera custos sem promover nenhum benefício à instituição”.

Neste sentido, compreende-se que a produção de relatórios com os indicadores fazem parte de ações contratualizadas com o SUS e das atribuições dos gestores do HUSM identificadas nas DRA – Gestão do Processo Ambulatorial, porém, fortalecer o trabalho de regulação do HUSM, na construção de adequados fluxos de assistência, para que os serviços sejam acessados de maneira oportuna e com eficiência, constitui um constante desafio e exige o reconhecimento dos problemas de acesso dos usuários e do papel da regulação no hospital, orientada por suas diretrizes, por parte de todos os gestores, para que sejam construídas e implementadas estratégias para que os problemas sejam superados, pois de acordo com Bahia (2021, p. 9), “a resolução de problemas depende da atuação dos gestores, [...], as partes interessadas, embasadas em informações, podem contribuir de fato com suas prioridades e visões”.

4.5 ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL NO HUSM ANTES E APÓS IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Para analisar o absenteísmo ambulatorial dos períodos em estudo, de 2014 a 2016, antes da implementação das DRA, e a partir da implementação, em 2017, foram utilizados dados coletados de relatórios estatísticos produzidos pelo serviço de estatística do HUSM, que utilizou como fonte de coleta dos dados o AGHUX.

Destaca-se aqui que os pacientes agendados para primeiras consultas são informados pelo gestor do SUS, a data de retorno é informada pelo hospital ao paciente, e quando o retorno é remarcado, o hospital entra em contato com o paciente para avisá-lo, porém em período superior a 30 dias do cancelamento até o dia da nova data, o hospital envia o comprovante da consulta à Secretaria de Saúde do município em que o paciente reside, para que o órgão público municipal avise o paciente.

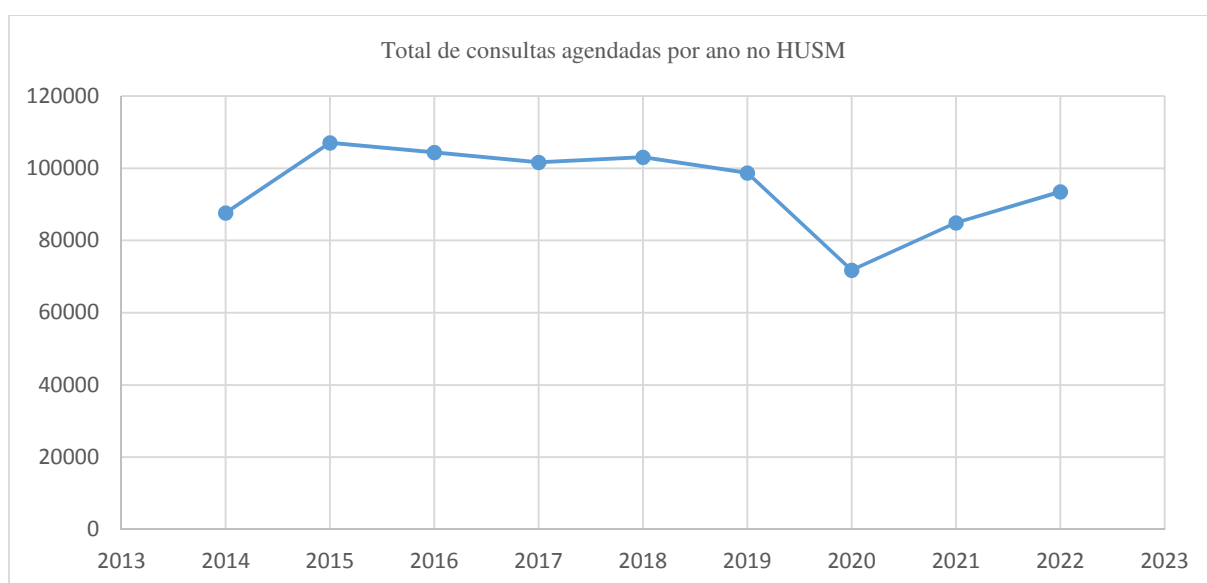
Dos relatórios foram coletadas as taxas anuais de absenteísmo ambulatorial por especialidade médica, o total de consultas médicas agendadas e realizadas por ano e por especialidade médica, de 2014 a 2022. Ressalta-se que foi considerado para análise os dados relativos às consultas médicas especializadas contratualizadas com o SUS durante os períodos

analisados, considerando que o hospital e o gestor do SUS realizam a gestão compartilhada dos serviços assistenciais e os dados referem-se às primeiras consultas, agendadas pelo gestor no sistema online de regulação, para atendimento do paciente no HUSM, e às consultas de retorno, agendadas no HUSM.

Para elucidar a análise do absenteísmo ambulatorial do HUSM e identificar o efeito das DRA sobre os indicadores analisados, considerando as variáveis destacadas e os critérios, foram utilizadas estatísticas descritivas, análise horizontal e vertical, e calculada a taxa de absenteísmo ambulatorial anual do HUSM sobre o total de consultas agendadas por ano para as especialidades médicas consideradas.

Com base nas informações, constata-se que foram agendadas de 2014 a 2016, 299.157 consultas, de 2017 a 2019, 303.507 consultas. O que representa um pequeno aumento de 1,43% em consultas agendadas no triênio em que as DRA foram implementadas. Entretanto, de 2020 a 2022 foram agendadas 250.180 consultas, que representou uma queda de 17,57% em relação ao triênio anterior, como pode ser observado no gráfico demonstrado pela Figura 13, o último triênio analisado (2020 a 2022), apresentou níveis inferiores aos anos anteriores. Ressalta-se que em 2020 foi o ano do início da pandemia de Covid-19, quando parte das consultas médicas especializadas foram temporariamente suspensas no hospital, como medida preventiva de circulação do vírus (UFISM, 2020). Nesse sentido, pode-se atribuir à pandemia em curso a motivação da redução do total de consultas agendadas.

Figura 13 - Total de consultas agendadas no HUSM entre 2014 e 2022

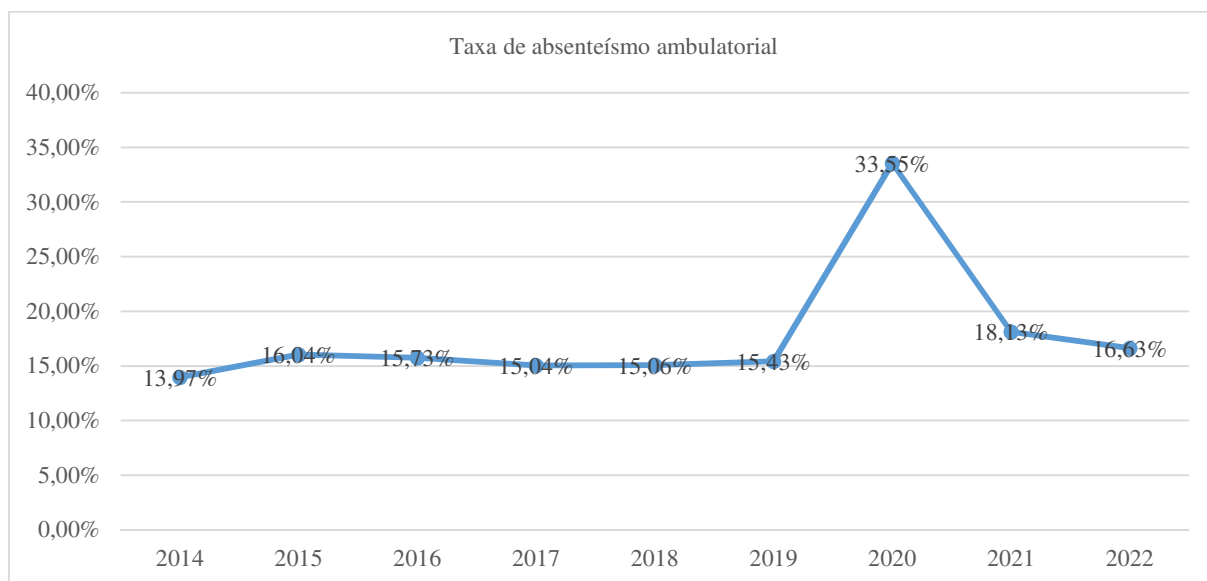


Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados de relatórios estatísticos do HUSM.

No período analisado, anterior às DRA, das 299.157 consultas agendadas, 45.845 não foram realizadas por motivo de falta dos pacientes às consultas, assim a taxa de absenteísmo ambulatorial foi de 15,32%. Após a implementação das DRA, das 553.687 consultas agendadas, 116.617 não foram realizadas por falta dos pacientes às consultas, o que representa uma taxa de absenteísmo ambulatorial de 21,06%.

Com base nos dados coletados dos relatórios estatísticos, foi calculada a taxa de absenteísmo anual do período 2014 a 2022. Observa-se que o absenteísmo ambulatorial manteve-se com pequenas variações de 2014 até 2019. Cabe salientar que em março de 2020 foi decretada a pandemia Covid-19, mesmo ano que o absenteísmo ambulatorial teve o pico de 33,55%. No entanto, apesar dos anos seguintes apresentarem importante queda em relação à 2020, como demonstrado na Figura 14, a taxa de absenteísmo ambulatorial de 2021 foi de 18,13%, e em 2022 foi de 16,63%, o que demonstra que as taxas de absenteísmo ambulatorial dos últimos anos se mantêm superiores ao período anterior às DRA.

Figura 14 - Taxa de absenteísmo ambulatorial anual



Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados de relatórios estatísticos do HUSM.

As taxas de absenteísmo ambulatorial anuais das especialidades médicas coletadas de relatórios estatísticos do HUSM, demonstradas na Tabela 2, permitem uma análise comparativa do absenteísmo ambulatorial entre as especialidades e análise da evolução do absenteísmo ambulatorial das especialidades dos ambulatórios do HUSM entre os anos 2014 e 2022.

Tabela 2 - Taxa de absenteísmo ambulatorial por especialidade e por ano

Especialidades	Antes das DRA			A partir das DRA					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cardiologia	11,18%	16,87%	18,20%	12,96%	10,82%	11,70%	32,37%	18,99%	18,77%
Cirurgia cabeça e pescoço	17,44%	15,72%	10,28%	11,24%	12,24%	12,54%	25,35%	12,86%	12,96%
Cirurgia geral	10,97%	12,15%	9,39%	13,18%	13,89%	16,93%	32,82%	21,84%	23,26%
Cirurgia torácica	18,47%	14,74%	13,74%	16,86%	16,15%	14,84%	25,00%	15,20%	16,55%
Cirurgia vascular	13,89%	15,22%	14,94%	14,58%	14,40%	13,77%	42,52%	16,71%	16,69%
Coloproctologia	16,16%	13,27%	16,77%	14,91%	15,62%	16,76%	26,12%	16,34%	16,51%
Dermatologia	14,79%	16,98%	16,95%	17,90%	17,45%	16,28%	40,24%	18,58%	13,98%
Endocrinologia	16,12%	14,82%	14,62%	13,99%	13,71%	15,63%	42,85%	20,45%	15,65%
Gastroenterologia	14,25%	15,70%	18,38%	16,53%	17,07%	20,00%	31,80%	17,06%	15,90%
Ginecologia e obstetrícia	21,14%	18,75%	16,82%	15,78%	16,77%	17,95%	23,49%	19,43%	19,63%
Infectologia	15,45%	15,97%	19,56%	18,66%	18,75%	17,59%	40,20%	23,97%	20,24%
Nefrologia	18,00%	14,61%	12,49%	13,93%	12,15%	12,71%	34,66%	16,36%	14,61%
Neurologia	18,90%	19,98%	16,14%	14,44%	13,28%	12,72%	41,83%	15,25%	13,72%
Oftalmologia	16,86%	21,20%	18,01%	21,12%	21,04%	18,39%	42,49%	21,15%	21,33%
Ortopedia e traumatologia	4,79%	16,58%	15,20%	12,87%	12,86%	12,55%	21,12%	15,04%	13,71%
Otorrinolaringologia	14,14%	18,07%	18,59%	17,36%	17,99%	18,81%	36,19%	18,47%	19,43%
Pneumologia	12,44%	17,74%	16,39%	15,09%	14,71%	14,28%	48,91%	20,71%	16,01%
Reumatologia	15,98%	15,21%	11,60%	10,54%	9,77%	9,32%	36,04%	10,29%	11,29%
Urologia	12,33%	11,41%	13,09%	13,50%	13,39%	14,10%	33,18%	18,40%	16,38%
Média	14,91%	16,05%	15,32%	15,02%	14,85%	15,10%	34,59%	17,74%	16,66%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados coletados de relatórios estatísticos do HUSM.

Conforme demonstrado na Tabela 2, em que constam as médias aritméticas simples das taxas de absenteísmo ambulatorial por ano, percebe-se que as maiores médias foram em 2021, de 17,74% e em 2022, de 16,66%, ou seja, após a implementação das DRA houve aumento da taxa média aritmética simples de absenteísmo ambulatorial em todos os anos, exceto em 2017, em que a taxa média foi de 14,85%, pouco menor que a de 2014, que foi de 14,91%.

Ao realizar uma análise comparativa, por meio da técnica de análise vertical, nota-se que as menores taxas de absenteísmo ambulatorial no período anterior às DRA, foram de 4,79% em 2014, em Ortopedia e Traumatologia, de 11,41% em 2015, de Urologia e de 9,39% em 2016, em Cirurgia Geral. Ressalta-se que a partir da implementação das DRA, em 2017 a 2022, as consultas em Reumatologia apresentaram as menores taxas de absenteísmo ambulatorial em relação às demais especialidades, exceto em 2020, quando a menor foi de 21,12% em Ortopedia e Traumatologia.

Por outro lado, as maiores taxas de absenteísmo ambulatorial no período anterior às DRA, foram de 21,14%, em 2014, em Ginecologia e Obstetrícia, de 21,20 %, em 2015, em Oftalmologia e em 2016, de 19.56%, também em Oftalmologia.

A partir da implementação das DRA, observa-se que as maiores taxas de absenteísmo ambulatorial foram em Oftalmologia, em 2017 e 2018, de 21,12% e 21,04% respectivamente. Em 2019, foi de 20% em Gastroenterologia, em 2020, de 48,91% em Pneumologia, em 2021 de 23,97% em Infectologia, e em 2022 a maior foi em Cirurgia Geral, de 23,26%.

Ressalta-se que as taxas de absenteísmo ambulatorial na especialidade de Oftalmologia, após a implementação das DRA, mantiveram-se próximas às maiores taxas em 2019, 2021 e 2022, pois foram de 18,39%, 21,15% e 21,33%, respectivamente. O que demonstra que Oftalmologia além de ter sido a especialidade que teve o maior absenteísmo ambulatorial em 2016, no período anterior às DRA, apresentou as maiores taxas entre as especialidades médicas analisadas, após a implementação das DRA.

Deste modo, percebe-se que as DRA não reduziram as taxas de absenteísmo ambulatorial das consultas em Oftalmologia, que apresentou as maiores taxas entre as especialidades durante os períodos analisados, mas por outro lado, a especialidade Reumatologia manteve-se com as menores taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação.

Ao analisar a evolução do absenteísmo ambulatorial das especialidades médicas, por meio da técnica de análise horizontal, foi possível identificar quais especialidades apresentaram queda, aumento ou pouca variabilidade das taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA. Na análise horizontal, são calculados números índices considerando

o valor de uma data base e o valor de uma certa data. Neste estudo, foi considerado a taxa de absenteísmo ambulatorial de 2014 como valor da data base e o valor do absenteísmo ambulatorial dos anos seguintes a que se pretendeu comparar como valor de certa data.

Desta forma, no período de gestão ambulatorial após a implementação das DRA no HUSM, observou-se que as especialidades Neurologia e Reumatologia foram as especialidades que apresentaram queda nas taxas de absenteísmo ambulatorial, de 2017 a 2022, exceto em 2020, ano atípico em função da pandemia de Covid-19. Destaca-se que Neurologia foi a especialidade que apresentou as maiores quedas de absenteísmo ambulatorial, chegando a diminuir sua taxa em 2021 em 8,07% em relação a taxa de 2014.

Por outro lado, diversas especialidades apresentaram aumento da taxa de absenteísmo ambulatorial em todos os anos após a implementação das DRA, entre elas Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia. E dos 6 anos (2017-2022) após a implementação das DRA, as seguintes especialidades apresentaram acréscimo nas taxas em 5 anos do período, Cirurgia Geral, Coloproctologia e Dermatologia. Os maiores aumentos de taxa ambulatorial foram identificados em Ortopedia e Traumatologia, de 2014 a 2022, respectivamente, de 26,85%, 26,83%, 26,18%, 44,06%, 31,37% e 28,6%. E, em Cirurgia Geral, de 2014 a 2022, respectivamente, de 12,01%, 12,65%, 15,43%, 29,91%, 19,9% e 21,19%.

Ao comparar as taxas de absenteísmo de outras instituições calculadas em outros estudos, constatou-se que as taxas do HUSM estão na mesma perspectiva e variam conforme a especialidade analisada, como também se constatou em outras pesquisas. O estudo de Bittar *et al.* (2016) verificou, com dados coletados de 2011 a 2015, que em 7 unidades de saúde da Administração Direta do Estado de São Paulo, o absenteísmo anual oscilou entre 19 % e 30,3%, e nas 3 Organizações Sociais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o absenteísmo anual em oftalmologia variou entre 19,7% e 40%, em cardiologia, os índices são bem menores, entre 11,4% e 14,9%.

No estudo realizado por Ferreira *et al.* (2011), das 6.290 consultas agendadas entre janeiro de 2008 a junho de 2010 em um ambulatório para adolescentes em Portugal, 28,5% não foram realizadas por falta dos pacientes às consultas.

Beltrame *et al.* (2019), com o propósito de analisar as taxas de absenteísmo ambulatorial de consultas ofertadas pelo SUS na região Metropolitana do Espírito Santo entre os anos 2014 e 2016, verificaram que 38,6% das consultas não ocorreram por falta dos pacientes. Com o mesmo objetivo, a pesquisa realizada por Bender, Molina e Mello (2010) demonstra que de 844 consultas agendadas em uma unidade básica de saúde de Florianópolis, a taxa de absenteísmo

foi de 34,4%. Santos (2008) verificou que das 10.181 consultas agendadas em março de 2008 em unidades básicas de saúde de um município da Bahia, 3.852 não foram realizadas porque os pacientes não compareceram, que representa uma taxa de absenteísmo ambulatorial de 27,5 %.

4.6 PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL DO HUSM

Para a construção de estratégias que contribuam com a redução das taxas de absenteísmo ambulatorial do HUSM e que integrem o conjunto de mecanismos de regulação assistencial da área ambulatorial, descritos nas Diretrizes de Regulação Assistencial para gestão ambulatorial, considerou-se necessário identificar na literatura científica as estratégias mais efetivas de redução do absenteísmo ambulatorial, considerando os principais motivos de faltas às consultas localizados na literatura.

Entre os motivos do absenteísmo ambulatorial identificados nesta pesquisa, os mais citados referem-se ao esquecimento da data da consulta (BELTRAME *et al.*, 2019; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BITTAR *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2022), falhas na comunicação entre o serviço de saúde e o usuário (BELTRAME *et al.*, 2019; MAZZA *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2022); agendamento em horário de trabalho ou de outro compromisso (BELTRAME *et al.*, 2019; BENDER; MOLINA, MELLO, 2010; MAZZA *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2022; SANTOS, 2008).

Neste sentido, observou-se que os principais motivos de absenteísmo ambulatorial relacionam-se à comunicação e sobre esta perspectiva, para elaborar uma estratégia que reduza o absenteísmo no HUSM, considerou-se necessário identificar propostas na literatura que visem facilitar o contato entre os pacientes e o hospital, seja para lembrá-los da data dos agendamentos, ou caso não possam comparecer por motivo de coincidência com outro compromisso, agilizar a remarcação da consulta com tempo suficiente para liberar a vaga para outro paciente.

Bueno *et al.* (2020) realizaram um estudo com o propósito de verificar como as recentes tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo das consultas dos pacientes de um ambulatório da atenção secundária de saúde de Curitiba. Como método, realizaram um ensaio clínico randomizado e como amostra, selecionaram 78 pacientes. Os dados foram submetidos ao teste do qui-quadrado de Pearson para identificar a associação entre as variáveis.

A amostra da pesquisa foi dividida de modo proporcional, em 3 grupos. Os grupos eram formados por pacientes contatados via *WhatsApp* ou mensagens curtas de texto (SMS) e por

ligação telefônica, para lembrá-los do dia, hora e local da consulta, e por pacientes em que não receberam nenhum tipo de intervenção para lembrete. Com o ensaio, Bueno *et al.* (2019) ao compararem os resultados das intervenções realizadas, quanto ao comparecimento ou não às consultas, observaram que a melhor intervenção para evitar o absenteísmo é o contato via *WhatsApp*, pois entre os pacientes que receberam mensagem por este tipo de tecnologia, a taxa de absenteísmo foi de 8,5%, a de que receberam ligação foi de 11,5%, além disso, afirmam que qualquer tipo de intervenção é melhor do que nenhuma.

Cabe salientar que, no estudo realizado por Bueno *et al.* (2019), foram realizadas entrevistas prévias às intervenções, com os pacientes selecionados, e perceberam que o principal motivo das faltas dos pacientes no período analisado foi o esquecimento da consulta (31,6% das causas), além disso, observaram que a maioria dos pacientes possuía aparelho *smartphone*, mas quando não tinham, indicavam um número de telefone para recado, fatores que facilitam o contato com eles por essa tecnologia, e conforme os autores, as características pessoais que distinguem os pacientes, como fatores sociais, não exerceram influência sobre os resultados da intervenção. Outro fato importante a destacar é que 83,3% afirmaram que gostariam de serem lembrados da consulta por *WhatsApp* e 16,7% por SMS, o que demonstra a adesão dos pacientes à tecnologia mais eficiente para redução do absenteísmo ambulatorial identificada na pesquisa de Bueno *et al.* (2019).

Outro estudo com o propósito semelhante, foi executado por Hasvold e Wootton (2011). Os estudiosos realizaram uma busca na PubMed, plataforma de busca na base de dados online da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, para identificarem artigos publicados após 1999, sobre o absenteísmo às consultas especializadas ofertadas por hospitais, para elaborarem uma revisão sistemática sobre estudos que relacionam os resultados de lembretes aos pacientes por meio de SMS enviadas para telefones, com taxas de absenteísmo ambulatorial. Dos 29 artigos que atenderam aos critérios, com a exceção de um, todos apontaram benefícios em enviar mensagens de texto para lembrar os pacientes dos agendamentos, pois os resultados dos estudos demonstram que houve redução do número de falta de pacientes agendados devido ao lembrete sobre o agendamento.

Ao considerarem que o esquecimento do dia do agendamento das consultas é o principal motivo do absenteísmo ambulatorial, Gurol-Urganci *et al.* (2013), realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de avaliarem os efeitos dos lembretes de consultas por mensagem de telefone enviados por profissional de saúde a pacientes, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial, comparando os índices quando não era realizado intervenção. Conforme os

critérios, foram selecionados ensaios clínicos randomizados que avaliaram mensagens de celular como lembretes para consultas.

No estudo de Gurol-Urganci *et al.* (2013), foram selecionados oito ensaios, e todos realizados com o objetivo de avaliar os efeitos de lembretes por meio de mensagem de texto sobre os índices de absenteísmo ambulatorial, enviados de 24 a 72 horas antes do dia da consulta. Os estudos envolveram 6.615 pacientes da atenção primária, secundária e de ambulatorios de hospitais, sem os distinguir por sexo, idade, etnia, estágio de doença ou tipo de doença. Os dados coletados foram submetidos a meta análise por meio do *software Cochrane Review Manager (RevMan)*. Os resultados demonstram que os lembretes reduziram as taxas de absenteísmo ambulatorial em comparação com nenhuma intervenção, pois os autores identificaram evidências de qualidade moderada em sete estudos (5.841 participantes) de que lembretes de mensagens de texto móveis melhoraram a taxa de comparecimento às consultas de saúde em comparação com nenhum lembrete (taxa de risco de 1,14, intervalo de confiança de 95%. Em síntese, as taxas de comparecimento às consultas foram de 67,8% para o grupo que não recebeu mensagem, e 78,6% para o grupo que recebeu lembretes de mensagens de celular. O que representa uma redução da taxa de absenteísmo de 10,8%.

Para propor a estratégia de envio de lembretes para os telefones dos pacientes, como ação para a redução do absenteísmo ambulatorial, é preciso que os dados de contato dos pacientes estejam atualizados na instituição de saúde e que essas informações possam ser compartilhadas entre a Rede de Atenção à Saúde (MAZZA *et al.*, 2019). Ademais, “é necessário que o cadastro dos pacientes seja bem elaborado, principalmente os de comunicação nos métodos de informação ao paciente” (BITTAR *et al.*, 2016, p. 12).

No SUS, para proporcionar o intercâmbio de informações no sistema, entre elas, dados pessoais entre os quais o número de telefone dos usuários do SUS, em 2011 foi publicada a Portaria nº 940 pelo Ministério da Saúde, para regulamentar o Sistema Cartão Nacional de Saúde e assim foi criado um cartão aos usuários do SUS, pelo Sistema Cartão, para identificar o usuário das ações e dos serviços de saúde e cadastrar suas informações na base de dados nacional, sob a guarda do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2011a).

A atualização dos dados é realizada pelos estabelecimentos constantes no CNES, ou em outro local determinado pelo gestor municipal, distrital, estadual ou federal. Para atingir os objetivos do sistema, o governo federal, dentro das propostas da política de e-Saúde, criou o Programa Cartão Nacional de Saúde (CNS), que emite um documento de identificação do usuário do SUS. No registro, contém as informações dos indivíduos, como dados pessoais

(nome da mãe, data de nascimento), telefone, endereço e documentos. O registro possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão no SUS, por meio do acesso à base de dados do sistema⁸.

O HUSM atende aos critérios do programa para acesso aos registros e com isso, por meio da plataforma online Cadweb SUS, pode consultar os números de telefones atualizados dos pacientes, e é habilitado para utilizar o Sistema de Gestão de Operadores (SGOP), para autorizar os profissionais da instituição a acessarem as informações da base de dados.

Neste sentido, além da consulta realizada no sistema próprio de banco de dados, o aplicativo de gestão AGHUX, que consta o prontuário eletrônico dos pacientes, com registros dos atendimentos e dos dados pessoais, o HUSM compartilha as informações que possibilitam a comunicação com os pacientes, que podem ser atualizadas em qualquer ponto de atenção à saúde. Deslumbra-se deste modo, mecanismos que facilitam a comunicação com os pacientes, fatores que contribuem com a implementação de estratégias que melhorem a comunicação entre a instituição e os pacientes, como o envio de lembretes de agendamento de consultas com o objetivo de reduzir suas faltas às consultas.

Integra o HUSM, o Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital, que tem entre suas atribuições, coordenar e monitorar ações de inovação relacionadas às soluções de tecnologia da informação e saúde digital, realizar o planejamento de contratações e gerir os contratos relacionados às soluções de Tecnologia da Informação e Saúde Digital no âmbito do hospital (EBSERH, 2023f).

Nesta perspectiva, acredita-se que a implementação da tecnologia mais eficiente identificada na literatura, de envio de mensagem de texto para celular por SMS e envio de mensagem por WhatsApp, para lembrete do agendamento da consulta aos pacientes, pode contribuir para redução do absenteísmo ambulatorial do HUSM, aliada a constante atualização dos dados dos pacientes operacionalizada por profissionais capacitados do hospital no aplicativo de gestão, o AGHUX.

Para implementação, é fundamental o apoio do Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital do HUSM visando operacionalizar as ações, desde a contratação de serviços de tecnologia, como uma central telefônica que envia mensagens de texto e a adesão ao uso da tecnologia chatbot, que permite conversa com os pacientes via *WhatsApp*.

⁸ Cartão Nacional de Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>. Acesso em: 20 set. 2023.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo identificar os efeitos das DRA, para os processos de gestão ambulatorial, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial do HUSM e propor melhorias para a redução dos índices de absenteísmo ambulatorial da instituição. Para isso, foram considerados os processos para a gestão ambulatorial realizados pelos mecanismos de regulação assistencial implementados no HUSM, desenvolvidos pela EBSEH.

Os objetivos específicos foram alcançados, iniciando-se com a descrição e comparação dos processos para gestão dos serviços de saúde ofertados pelos ambulatórios antes e após a implementação das DRA. Os dados foram coletados através da pesquisa documental e foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, o que possibilitou comparar os processos antes e após a implementação das DRA.

Em atendimento ao segundo objetivo específico, foram realizadas entrevistas com os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento e implementação das DRA no hospital a fim de analisar a percepção dos profissionais do HUSM sobre as Diretrizes de Regulação Assistencial para a gestão ambulatorial HUSM/EBSEH, e pode-se concluir, de acordo com as respostas dos entrevistados, que a principal dificuldade inicial na implementação foi a mudança da cultura organizacional provocada por novos mecanismos de gestão dos serviços. No entanto, todos reconhecem que as primeiras dificuldades já foram superadas e os mecanismos de regulação assistencial proporcionaram diversas melhorias à instituições, como o aumento do total de serviços ofertados, pois a capacidade instalada foi identificada e os serviços organizados para serem ofertados com qualidade, inclusive possibilitou o atendimento das metas contratualizadas com o gestor SUS, e gerar mais informações para construção de indicadores e análise dos resultados dos serviços, o que permite aos profissionais subsidiarem os gestores com informações sobre a produção dos serviços, e assim atuar como auxiliares no processo de tomada de decisão.

Na sequência, por meio da técnica de análise horizontal e vertical e estatística descritiva, foi realizada análise das taxas de absenteísmo ambulatorial de antes e após a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial para os processos de gestão ambulatorial HUSM/EBSEH, ou seja, de dois períodos, 2014 a 2016, e 2017 a 2022, respectivamente. Pode-concluir que a maioria das taxas de absenteísmo das especialidades analisadas nesta pesquisa apresentaram aumento com a implementação das DRA, ou mantiveram-se pouco alteradas desde 2014.

A especialidade reumatologia apresenta os menores índices de absenteísmo ambulatorial desde a implementação das DRA, com pequeno declínio das taxas após a implementação. A especialidade Oftalmologia apresenta a maior taxa de absenteísmo ambulatorial entre todos os anos analisados e entre todas as especialidades.

Deste modo, conclui-se que, de modo geral, houve aumento das taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA, principalmente após o ano 2020, em que houve a suspensão temporária dos atendimentos nos ambulatórios devido a pandemia Covid-19. Além disso, conclui-se que, há importantes diferenças entre as taxas de absenteísmo ambulatorial entre algumas especialidades, pois ao compará-las, algumas especialidades apresentam altas taxas de absenteísmo ambulatorial e outras, pequenas taxas.

Diante dos resultados apresentados, considerou-se pertinente propor melhorias para a redução do absenteísmo ambulatorial do HUSM, frente ao aumento geral do absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA no HUSM e dos principais motivos identificados na literatura. Para melhorar a comunicação entre os pacientes e a instituição, propõe-se o uso de tecnologias para enviar lembretes das datas das consultas aos pacientes, como mensagens de texto SMS e o uso de *WhatsApp* para contatá-los, além da capacitação e conscientização dos funcionários responsáveis pela recepção dos pacientes, para que mantenham os cadastros de telefone dos pacientes atualizados nos registros, utilizando inclusive o recurso do Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CadSUS) em que se tem todas as informações dos pacientes, inclusive atualizadas em outros pontos de atenção do SUS.

Em relação às limitações do trabalho, pode-se afirmar que o estudo não considerou o perfil dos pacientes atendidos pelo HUSM sobre os índices de absenteísmo ambulatorial da instituição, o que possibilitaria uma análise com melhor acuidade e uma proposta mais coerente com as particularidades com o perfil dos usuários dos serviços. Além disso, na literatura, não foram localizadas pesquisas sobre efeitos da adesão à EBSEH sobre a oferta dos serviços ambulatoriais, o que impossibilita comparar os resultados com outros estudos sobre a empresa.

Para pesquisas futuras, sugere-se uma análise comparativa do HUSM com outros hospitais administrados pela EBSEH, a percepção de outros profissionais que atuam na regulação assistencial sobre as mudanças implementadas com as DRA, e pesquisas que analisem a percepção dos usuários sobre a oferta dos serviços regulamentados pelas DRA. E ainda, estudos que analisem o perfil dos pacientes das especialidades médicas ofertadas pelos ambulatórios do HUSM e os motivos desses para as faltas às consultas agendadas.

REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F. A. O.; CECÍLIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. SPE, p. 184-195, 2015.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, 2018.
- ANDREAZZI, M. F. S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 275-284, 2013.
- ARAÚJO, M. S. C. **Saúde, desenvolvimento e políticas públicas**: o modelo de gestão da EBSEH no Hospital Universitário Alcides Carneiro. 2021. 100 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2021.
- BAHIA, L. O. **Guia referencial para construção e análise de indicadores**. Brasília: Enap, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6154>. Acesso em: 26 fev. 2023.
- BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 49-54, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BARROS, R. T. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista de Direito Social**, Porto Alegre, v. 34, p. 11-43, 2009.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2022.
- BECKER, J. L. **Estatística básica**: transformando dados em informação. Porto Alegre: Bookman, 2015.
- BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 1015-1030, 2019.
- BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BERNARDI, H.; ALBIERO, J. F. G.; DE SANTA HELENA, E. T. Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do Sul do Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 180-199, 2021.

BITTAR, O. J. N. V. *et al.* Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em: <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HUSM>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 27 jan. 2010a.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 28 jun. 2011a.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 52, p. 1, 18 mar. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 94, de 15 de dezembro de 2016. Altera o art. 100 da Constituição Federal, para dispor sobre o regime de pagamento de débitos públicos decorrentes de condenações judiciais; e acrescenta dispositivos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir regime especial de pagamento para os casos em mora. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 1, 16 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 11617, 2 set. 1977.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 241, p. 2, 16 dez. 2011b.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Atenção Primária?**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004**. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Sobre a SAES**. Brasília, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes>. Acesso em: 15 fev. 2023.

BUENO, N. S. *et al.* Como as novas tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo em consulta pediátrica? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, p. 1-7, 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Hospital Universitário de Santa Maria**. Brasília, 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4316902244306&VListar=1&VEstado=43&VMun=&VZera=1. Acesso em: 23 jun. 2023.

CARDOSO, V. V. *et al.* Política Nacional de Atenção Hospitalar: discussão conceitual de políticas públicas e aplicação prática. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, Blumenau, v. 8, n. 2, p. 189-214, 2020.

CASTILHO, G. G. C.; SOUZA, A. P. A. A regulação assistencial intrahospitalar no âmbito do SUS: As contribuições do assistente social em um hospital em São Luís (MA). *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16, 2018, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: UFES, 2018.

CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D. F.; PADILHA, W. W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.

CHIORO, A. *et al.* A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 5691-5700, 2021a.

CHIORO, A. *et al.* **Financiamento do SUS e garantia de direitos**: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; Laboratório de Saúde Coletiva, 2021b. *E-book*. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/06/ebook.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2023.

CORDEIRO, T. S. *et al.* Não comparecimento às consultas especializadas é um resultado indesejado do processo de regulação. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 49, n. 4, p. 25-40, 2020.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINIZ, N. **Análise das demonstrações financeiras**. 1. ed. Rio de Janeiro: SESES, 2015.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/agh>. Acesso em: 30 abr. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Boletim de Serviço nº 32, de 12 de junho de 2017**. Brasília, 14 abr. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/boletim-de-servico/2017/boletim-de-servico-no-32-12-de-junho.pdf/view>. Acesso em: 15 jun. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Conheça o AGHU, sistema de gestão hospitalar com foco no paciente**. Brasília, 01 nov. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/conheca-o-agh>. Acesso em: 28 abr. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Contrato de Gestão Especial Gratuita**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sul/husm-ufsm/contrato-de-gestao-especial>. Acesso em: 20 fev. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Contratualização Gestor SUS**. Brasília, 03 jul. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/aceso-a-informacao/licitacoes-e-contratos/contratualizacao-gestor-sus>. Acesso em: 02 maio 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Diretrizes de regulação assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria: gestão do processo ambulatorial**. Santa Maria: UFSM; HUSM, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-contratualizacao-e-regulacao/diretrizes-de-regulacao-assistencial/diretrizes-da-regulacao-assistencial-gestao-ambulatorial.pdf/view>. Acesso em: 14 nov. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Diretrizes do modelo de regulação assistencial da rede EBSEH**. Brasília, 2016a.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Ebserh assina contratos para desenvolvimento de modelos de gestão e de regulação**. Brasília, 26 fev. 2016b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ebserh-assina-contratos-para-desenvolvimento-de-modelos-de-gestao-e-de-regulacao>. Acesso em: 28 fev. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Estrutura organizacional da rede EBSEH**. Brasília, 05 jan. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/SITEEstruturaOrganizacionaldaRedeEbserh05jan23.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH**: diretrizes técnicas. Brasília, mar. 2013b. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/EBSEH_EstruturaOrganizacionaldosHUsobgestodaEBSEH.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Expansão do Modelo de Regulação Assistencial**. Brasília, 2016c.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **HUSM-UFSM - Hospital Universitário de Santa Maria**: governança. Brasília, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca>. Acesso em: 22 jun. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **HUSM-UFSM - Hospital Universitário de Santa Maria**: institucional: sobre. Brasília, 2023e. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/aceso-a-informacao/institucional/sobre>. Acesso em: 22 jun. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Informatização do sistema de marcação de consultas e internações melhorou faturamento no HUSM**. Brasília, 25 jul. 2016d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/comunicacao/noticias/informatizacao-do-sistema-de-marcacao-de-consultas-e-internacoes-melhorou-faturamento-no-husm>. Acesso em: 29 abril 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Institucional**: sobre. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/sobre>. Acesso em: 19 fev. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Mapa estratégico**. Brasília, 10 out. 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/mapa-estrategico>. Acesso em: 22 jun. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sector de contratualização e regulação**. Brasília, 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-contratualizacao-e-regulacao>. Acesso em: 15 jan. 2022.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sector de tecnologia da informação e saúde digital**. Brasília, 29 maio 2023f. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-tecnologia-da-informacao-e-saude-digital/STISD>. Acesso em: 20 set. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Unidade de Regulação Assistencial**. Brasília, 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-contratualizacao-e-regulacao/unidade-de-regulacao-assistencial>. Acesso em: 11 mar. 2023.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 131-139, 2013.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 208-223, 2018.

FADEL, C. B. *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 43, p. 445-456, 2009.

FARIAS, C. M. L. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 5, p. 190-204, 2019.

FERREIRA, S. *et al.* Faltas à consulta de adolescentes: motivos e dimensão do problema. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Lisboa, v. 42, p. 258-63, 2011.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 119-140, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GIL, A. C. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 1. ed. Barueri: Atlas, 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GODOY, A. S. A pesquisa qualitativa e sua utilização em administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, p. 65-71, 1995.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUROL-UĞRANCI, I. *et al.* Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 12, 2013.

HASVOLD, P. E.; WOOTTON, R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. **Journal of Telemedicine and Telecare**, London, v. 17, n. 7, p. 358-364, 2011.

HOLZ, C. B. *et al.* O hospital na rede de atenção à saúde: uma reflexão teórica. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta, v. 4, n. 1, p. 101-115, 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **AGHU – Modelo de Gestão do HCPA: inovando a assistência à saúde**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4075/1/AGHU%20%20Modelo%20de%20Gest%C3%A3o%20do%20HCPA%20Inovando%20a%20Assist%C3%AAncia%20%20C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2023.

IUDÍCIBUS, S. **Análise de balanços**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

JACQUES, J. É.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Innovation & Management Review**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 106-124, 2007.

LAPREGA, M. R. **Os hospitais de ensino do Brasil: história e situação atual**. 2015. 293 f. Tese (Doutorado em Livre Docência) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2507-2521, 2012.

LOBO, M. S. C. *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-445, 2009.

LUCIDCHART. 2023. Disponível em: <https://www.lucidchart.com/pages/pt>. Acesso em: 30 jun. 2023.

MACHADO, R. M. *et al.* Implantação e operacionalização do Núcleo Interno de Regulação hospitalar: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 6, 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARINHO, R. N. **Implicações estruturais e comportamentais na implementação do modelo de gestão da EBSE RH em um Hospital Universitário**. 2016. 104 f. Dissertação. (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual da metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MAYER, A. P. C. **Impactos nos níveis de eficiência no Hospital Universitário de Santa Maria: antes e após a contratação da EBSE RH**. 2018. 151 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações Públicas) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.

MAZZA, T. O. *et al.* Fatores do absentismo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um hospital universitário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 52, n. 1, p. 24-33, 2019.

- MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 1-26, 2021.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.
- MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Orgs.). **A política de regulação no Brasil**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2006.
- MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 58-70, 2020.
- MESA, M. L. J.; ASECIO, J. M. M.; RUIZ, F. R. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 38, n. 2, p. 235-245, 2015.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- NEAL, R. D. *et al.* Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. **BMC Family Practice**, [S. l.], v. 6, p. 1-6, 2005.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.
- OLIVEIRA, K. P.; PAULA, A. P. P. Herbert Simon e os limites do critério de eficiência na nova administração pública. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 64, jun. 2014.
- OLIVEIRA, F. V.; BENDER FILHO, R.; VIEIRA, K. M. Custo econômico do absenteísmo de consultas: estudo de caso em um ambulatório de atenção psicossocial. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 7, 2020.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. *E-book*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-e-book-interativo-o>. Acesso em: 16 ago. 2023.
- PASTORINI, C. Mudança no sistema de regulação hospitalar e ambulatorial no Estado é discutida em reunião do Comitê Executivo da Saúde. **Defensoria Pública Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 24 nov. 2014. Disponível em: . Acesso em: 30 jul. 2023.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 63-73, 2016.

PEREIRA JÚNIOR, N. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais**. 2018. 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018.

PERSSON, E. **Burocracia, ideologia e gestão social: uma abordagem crítica à luz da categoria habermasiana da esfera pública**. 2016. 353 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

PINTO, N. R. S. O direito à saúde na pandemia do Coronavírus e as perspectivas de acesso igualitário nas redes assistenciais públicas e privadas. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 18-36, 2020.

PINTO, R. B. *et al.* Estratégias para enfrentamento do absenteísmo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Epitaya E-books**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 127-150, 2022.

REVISTA CONSENSUS. Brasília: CONASS, 2018. ISSN 2594-939X. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-27-abril-maio-e-junho-de-2018/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **4ª CRS (Santa Maria)**. Porto Alegre, 2023a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/4-crs-santa-maria>. Acesso em: 30 jun. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Consultas e exames especializados**. Porto Alegre, 2023b. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/consultas>. Acesso em: 28 jun. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 237, 29 de julho de 2011 – CIB/RS**. Aprova o cronograma e regras gerais de implantação da regulação ambulatorial. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2011. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170219/23101904-1339534073-cibr237-11.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 241, 18 de outubro de 2021 – CIB/RS**. Regulação intermunicipal. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202110/21100725-cibr241-21-rep.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023.

SANSONOVE, T. G. B. **O impacto do modelo de administração pública gerencial na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH**. 2019. 80 f. Monografia (Especialização em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS: um estudo em um município baiano**. 2008. 34 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2008.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, p. 25-41, 2006.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 438-446, 2015.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, 2020.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 935-944, 2007.

SISREG. *In*: WIKIPEDIA: the free encyclopedia. [San Francisco, CA: Wikimedia Foundation, 2023]. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 18 mar. 2023.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 80-96, 2010.

SOUZA, J. S. *et al.* Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 58, p. 46-57, 2018.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 941-951, 2017.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **TC 032.519/2014-1**. Brasília: TCU, 2015. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/5F/14/53/92/52B31510ED8753152A2818A8/032.519%20Empresa%20Servi_os%20Hospitalares%20comp.pdf. Acesso em: 22 fev. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Husm orienta fluxo de pacientes, acompanhantes e acesso de funcionários**. Santa Maria, 19 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ufsm.br/2020/03/19/husm-orienta-fluxo-de-pacientes-acompanhantes-e-acesso-de-funcionarios>. Acesso em: 13 set. 2023.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 640-647, 2012.

WORLD BANK. **A fair adjustment**: efficiency and equity of public spending in Brazil: volume I: overview. Washington: World Bank Group, 2017. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/884871511196609355/volume-i-s%3%adntese>. Acesso em 17 fev. 2022.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas

Título do projeto: Adesão do hospital universitário da UFSM à EBSEERH: um estudo dos efeitos da regulação assistencial sob o absenteísmo ambulatorial

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel

Instituição/Departamento: UFSM - Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH).

Telefone e endereço postal: (55) 3220-9316, Avenida Roraima, nº 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Prédio 74 A, Sala 2314.

Local de coleta dos dados: Setor de Contratualização e Regulação, Unidade de Contratualização, Unidade de Regulação Assistencial, Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Eu, Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel, responsável pela pesquisa Adesão do hospital universitário da UFSM à EBSEERH: um estudo dos efeitos da regulação assistencial sob o absenteísmo ambulatorial, o convido a participar de forma voluntária, deste estudo. Por meio desta pesquisa pretende-se analisar o processo de implementação de um modelo padronizado de regulação assistencial dos serviços do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, (EBSEERH) e seus efeitos sobre os índices de absenteísmo ambulatorial, ao comparar com a gestão ambulatorial anterior a implementação do modelo de regulação assistencial e os índices de absenteísmo ambulatorial deste período. Este novo modelo de regulação assistencial implementado no HUSM, é produto da implementação do Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial da EBSEERH, também denominado de “*Projeto Gestão da Oferta*”. Para o desenvolvimento deste estudo será realizado um estudo de caso, com abordagem qualitativa para descrever e comparar dois períodos da gestão ambulatorial, antes e após a implementação do Modelo de Diretrizes de Regulação Assistencial para a gestão ambulatorial, da EBSEERH no HUSM, de 2014 a 2016 e de 2017 a 2019, através de observação direta, análise documental e entrevistas, e após a coleta dos dados, será realizada uma análise de conteúdo. Além disso, o estudo terá uma abordagem quantitativa, ao mensurar os índices de absenteísmo ambulatorial dos dois períodos, coletados de relatórios da gestão e diretamente do aplicativo utilizado pela gestão, o AGHUX. Os dados coletados serão tabulados em planilha Microsoft Excel, para posterior análise pela técnica de análise horizontal, quando será evidenciada a evolução histórica dos índices de absenteísmo ambulatorial. Sua participação constará em participar de uma entrevista, respondendo questões pertinentes a implementação do Projeto Gestão de Oferta. Com sua participação voluntária,

você não receberá benefício financeiro. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Antes de concordar em participar, é fundamental que você compreenda as informações e instruções apresentadas neste termo de consentimento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Durante a entrevista, se desejar, fique à vontade para desistir de participar da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo à sua decisão. A participação neste projeto pode envolver riscos mínimos, tais como cansaço ou constrangimento no decorrer da entrevista. Caso isso se manifeste, o participante poderá desistir de seu envolvimento no projeto. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Os benefícios que esperamos como estudo são contribuir com a implementação de um novo modelo de gestão da oferta de serviços de saúde em um hospital público, que tem como objetivo primordial proporcionar uma estrutura eficaz e eficiente de gestão hospitalar, transparente e padronizada, aos hospitais sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, e neste sentido, servir como instrumento de apoio aos gestores nas tomadas de decisões. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Santa Maria _____, de _____ de 2023.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas

I. Informações gerais

1. Qual o seu cargo na Instituição?
2. Qual sua formação?
3. Em qual ano você iniciou o exercício do seu cargo no HUSM?
4. Em qual unidade/setor você exerce suas atividades?
5. Comente sobre suas funções e suas responsabilidades em sua unidade/setor.

II. Gestão do processo ambulatorial anterior a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial da EBSEH no HUSM

1. A gestão utilizava protocolos e manuais que descreviam a organização dos fluxos dos pacientes e critérios para agendamento de consultas? Comente sobre eles.
2. Quais indicadores de gestão hospitalar eram desenvolvidos sob a área ambulatorial?
2. Anteriormente a implementação do Modelo de Regulação Assistencial, quais ações estratégicas eram implementadas para organizar a oferta dos serviços ambulatoriais para atender as metas contratualizadas com o gestor do Sistema Único de Saúde?
3. De que forma era gerenciada a demanda da área ambulatorial, antes da implementação das diretrizes que regulam a assistência?
4. Antes do projeto Gestão da Oferta ser implementado no HUSM, o hospital realizava o cálculo e controle dos índices de absenteísmo ambulatorial, compreendido como o índice que demonstra a proporção entre consultas ofertadas e não realizadas por falta dos pacientes às consultas?
5. O hospital adotava ações estratégicas com o objetivo de redução dos índices de absenteísmo ambulatorial?
6. Quais os maiores desafios que a gestão da área ambulatorial do HUSM enfrentavam até a implementação do Modelo de Regulação Assistencial? Comente sobre eles.

III. Gestão do processo ambulatorial após implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial da EBSEH no HUSM

1. Na implementação do Modelo de Regulação Assistencial da EBSEH no HUSM, você considera que o hospital possui particularidades, que o difere dos demais hospitais administrados pela EBSEH? Comente sobre elas.
2. Quais as principais dificuldades/desafios no processo de implementação?

3. No processo de expansão do Modelo de Regulação Assistencial, de que forma os funcionários da instituição, responsáveis pelas atividades envolvidas na gestão da área ambulatorial, foram capacitados? Comente sobre o processo de treinamento para uso do aplicativo de gestão hospitalar (AGHU) e instrumentos de regulação assistencial.
4. Com a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial no HUSM, quais ações estratégicas foram desenvolvidas para a redução do absenteísmo ambulatorial?
5. Quais objetivos das Diretrizes de Regulação Assistencial ainda não foram alcançados e a que você atribui?
6. Quais estratégias futuras a gestão pretende implementar para que todos os objetivos sejam atingidos?

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas

Título do projeto: Adesão do hospital universitário da UFSM à EBSEH: um estudo dos efeitos da Regulação Assistencial sob o absenteísmo ambulatorial

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel (coordenador) e Daniela Gomes Ciocari (participante).

Instituição/Departamento: UFSM - Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH)

Telefone: (55) 3220-9316

Local de coleta dos dados: Setor de Contratualização e Regulação, Unidade de Contratualização, Unidade de Regulação Assistencial, Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de levantamento de dados em documentos utilizados pela gestão, observação nas unidades do hospital, e entrevistas no Setor de Contratualização e Regulação, Unidade de Contratualização e Unidade de Regulação Assistencial.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas pelo Programa de Pós-graduação em Gestão de Organizações Públicas (PPGOP), situado na Avenida Roraima nº 1000, prédio 74B, sala 3250 - Cidade Universitária, UFSM, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., e recebeu o número Caae 70704323.6.0000.5346.

Santa Maria, ____ de _____ de 2023.

Prof. Dr. Daniel Arruda Coronel
Pesquisador responsável

APÊNDICE D - APROVAÇÃO INSTITUCIONAL



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
Avenida Roraima 1000, Prédio 22 - Bairro Camobi
Santa Maria-RS, CEP 97105-900
- <http://husm-ufsm.ebserh.gov.br>

Carta - SEI nº 30/2023/SGPITS/GEP/HUSM-UFSM-EBSEERH

Santa Maria, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA - APROVAÇÃO INSTITUCIONAL HUSM - projeto UFSM 059699

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEERH, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSEERH: UM ESTUDO DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOB O ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal DANIEL ARRUDA CORONEL.

Declaro ainda ser de nosso conhecimento o teor do projeto 059699 UFSM, estando o mesmo de acordo com a documentação e metodologia apresentadas, em conformidade com as normas de pesquisa do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde - SGPITS da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria - GEP/HUSM/UFSM.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução no âmbito do HUSM/UFSM nos termos propostos.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa



Documento assinado eletronicamente por **Ivana Beatrice Mânica da Cruz, Gerente**, em 11/05/2023, às 09:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **29696483** e o código CRC **D46776F4**.

Referência: Processo nº 23081.028776/2023-31 SEI nº 29696483

APÊNDICE E - PRODUTO TECNOLÓGICO

Produto Tecnológico**ESTRATÉGIAS PARA MITIGAÇÃO DO
ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Daniela Gomes Cioccarl
Daniel Arruda Coronel



Produto Tecnológico

**ESTRATÉGIAS PARA MITIGAÇÃO DO
ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Daniela Gomes Cioccarl
Daniel Arruda Coronel

Novembro/2023 - Santa Maria/RS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Gestão de
Organizações Públicas

Reitor

Luciano Schuch

Vice-Reitora

Martha Bohrer Adaime

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas

Leander Luiz Klein

Autores

Daniela Gomes Cioccarri
Daniel Arruda Coronel

Projeto Gráfico e Editoração

Nathan Marques Silveira

Apoio:



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	05
Impacto.....	05
Aderência.....	05
Complexidade.....	06
Sigilo.....	06
RESUMO.....	07
ABSTRACT.....	08
1 INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	09
2 MÉTODO E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS.....	10
3 RESULTADOS.....	14
4 PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE ABSENTÉISMO AMBULATORIAL DO HUSM.....	19
REFERÊNCIAS.....	23

APRESENTAÇÃO

Este relatório é um produto técnico-científico resultado da dissertação de mestrado da primeira autora sob orientação do segundo, cujo título é **“Adesão do hospital universitário da UFSM à EBSEH: Um estudo dos efeitos da regulação assistencial sobre o absenteísmo ambulatorial”**. O relatório é fruto da análise da implementação de mecanismos de regulação assistencial no hospital e seus efeitos sobre o absenteísmo ambulatorial da instituição. Este relatório está fundamentado em dados secundários de documentos organizacionais do HUSM e de relatórios estatísticos elaborados por profissionais do hospital. Além disso, foram analisadas as taxas de absenteísmo ambulatorial de 2014 a 2016, e de 2017 a 2022, após a implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM, documento que contempla o conjunto de mecanismos que orientam a gestão ambulatorial, para gerar as estratégias recomendadas neste trabalho, para mitigação do absenteísmo ambulatorial no HUSM.

Impacto

As estratégias propostas têm médio potencial de serem implementadas na instituição e um médio potencial para impacto. O impacto do produto é reduzir de forma geral o absenteísmo ambulatorial das consultas ofertadas ao SUS, considerando que o absenteísmo ambulatorial resulta em subutilização dos recursos disponíveis, o desperdício dos recursos destinados ao atendimento programado, o trabalho para o reagendamento e prejuízo à saúde dos usuários, pois devem aguardar novo agendamento, conforme disponibilidade de vaga, além de prejudicar a tentativa de redução do tempo de espera por uma consulta, fatores, portanto, que comprometem além de recursos médicos, os processos administrativos das instituições.

Aderência

O produto tecnológico é aderente com a linha de pesquisa “Ferramentas de Avaliação e Controle da Gestão Pública”, pois tem entre seus objetivos aprimorar mecanismos de gestão ambulatorial de um hospital público, com foco na otimização de recursos médicos e administrativos.

Complexidade

Quanto ao grau de interação dos atores, relações e conhecimentos necessários à elaboração e ao desenvolvimento, o produto tem média complexidade, pois o produto exigiu a conciliação de conhecimentos teóricos sobre a legislação que organiza e regula os serviços de saúde ofertados pelo SUS e especificidades da regulação assistencial intra-hospitalar de um hospital universitário federal e informações da implementação de novos mecanismos de regulação assistencial oriundas de profissionais da instituição e de documentos organizacionais.

Sigilo

O produto tecnológico desenvolvido não está sob sigilo.

RESUMO

Este trabalho busca identificar os efeitos das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA), para os processos de gestão ambulatorial, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Por meio de uma pesquisa qualitativa e analisadas pelo método análise de conteúdo, foram descritos e comparados os processos de gestão ambulatorial antes e após a implementação das DRA. Na parte quantitativa, foram coletados dados de relatórios estatísticos do HUSM para analisar os índices de absenteísmo ambulatorial dos dois períodos, antes e após a implementação das DRA por meio da técnica de estatística descritiva, análise horizontal e vertical. De modo geral, os resultados demonstram aumento geral das taxas de absenteísmo ambulatorial das especialidades selecionadas na análise, com redução consecutiva durante os anos analisados, da taxa do absenteísmo ambulatorial apenas na especialidade Reumatologia, e destacou-se Oftalmologia como a especialidade de maior aumento e crescente taxa de absenteísmo ambulatorial. A partir desses dados, foi possível desenvolver uma proposta que contribua com as atribuições da unidade responsável pela gestão ambulatorial, de mitigar o absenteísmo ambulatorial e racionalizar os recursos disponíveis, visando uma gestão mais moderna e eficaz

Palavras-chave

Regulação assistencial; Absenteísmo ambulatorial; EBSERH.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the effects of Assistance Regulation Guidelines (DRA) on the outpatient management process and outpatient absenteeism rates at Santa Maria University Hospital (HUSM). Through qualitative research analyzed via content analysis, the study describes and compares the outpatient management process before and after the implementation of DRA. In the quantitative phase, statistical data from HUSM were collected to analyze outpatient absenteeism in the two periods, before and after the implementation of DRA, using descriptive statistics, horizontal and vertical analysis. Altogether, the outcomes demonstrate a general increase in outpatient absenteeism across selected specialties, with a consecutive reduction over the years only in the Rheumatology specialty. Notably, Ophthalmology stands out as the specialty with the greatest increase and growing rate of outpatient absenteeism. Based on these data, a proposal has been developed to contribute to the responsibilities of the unit responsible for outpatient management, aiming to mitigate outpatient absenteeism and rationalize available resources for a more modern and effective management approach.

Keywords

Care regulation; Outpatient absence; EBSERH.

1 INTRODUÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A regulação do acesso ou regulação assistencial contribui com o planejamento dos serviços de saúde, implementação dos protocolos de regulação para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada e com equidade, estabelecendo mecanismos de comunicação entre diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação assistencial regula o acesso à atenção pré-hospitalar e hospitalar por meio do controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados, para garantir a efetividade de procedimentos por meio de protocolos assistenciais (BRASIL, 2017).

Considera-se como objetivo de análise a gestão dos serviços ambulatoriais do HUSM, As atividades de gestão da oferta dos serviços ambulatoriais, referem-se à regulação do acesso dos pacientes referenciados, como usuários dos serviços do HUSM, conforme critério estabelecidos nas diretrizes desenvolvidas pela administração do hospital.

A análise dos efeitos do novo modelo de gestão sobre os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas especializadas ofertadas ao SUS, partiu da importância em subsidiar a gestão do HUSM com informações para o acompanhamento e controle dos índices de absenteísmo ambulatorial, contribuir com os gestores do hospital em suas tomadas de decisões no âmbito da gestão ambulatorial e otimização dos recursos e desta forma ser útil como ferramenta para implementar estratégias de regulação assistencial.

Para identificar os efeitos das diretrizes sobre o absenteísmo ambulatorial das consultas especializadas ofertadas pelo HUSM, foram comparados os processos para gestão ambulatorial referente ao período anterior à implementação, de 2014 a 2016, com os processos para a gestão ambulatorial a partir da implementação das DRA, referente ao período de sua implementação, em 2017, ao ano de 2022, e os índices de absenteísmo ambulatorial referente aos períodos analisados.

Este relatório apresenta estratégias sobre os aspectos relacionados a gestão ambulatorial, relacionados aos mecanismos utilizados pelo hospital para comunicação com os pacientes.

2 MÉTODO E PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

O procedimento metodológico inicial do estudo para coleta dos dados partiu da pesquisa de campo no Setor de Regulação e Contratualização, subordinado à Superintendência do HUSM. Na pesquisa de campo, os dados devem seguir uma ordem determinada, e categorizados de modo que possam ser valorizados na pesquisa e que façam sentido dentro do seu contexto, para que seja possível localizar diferenças ou semelhanças entre eles na construção das análises (MINAYO, 2012).

Para coleta de dados na pesquisa qualitativa, foi realizada uma pesquisa exploratória e documental. Segundo Gil (2022), na pesquisa documental os achados são fontes primárias que proporcionam um tipo de informação que não recebeu tratamento analítico. Neste sentido, a pesquisa documental foi realizada com uma busca ativa de documentos organizacionais do HUSM para gestão dos serviços ambulatoriais, para extrair informações relativas aos processos de gestão ambulatorial em protocolos, diretrizes, normativas, portarias, projetos institucionais e manuais operacionais.

Após leitura na íntegra dos documentos coletados com a pesquisa documental na pesquisa qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo e extraídas as informações para responder às questões da pesquisa. Para Bardin (2002, p. 38), “neste tipo de técnica é aplicado um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Considerando as definições para a técnica de análise de conteúdo, após a organização e seleção dos documentos relevantes, agrupou-se as informações para realizar a categorização e construir a análise das informações. Desta forma, as categorias de análise referem-se aos procedimentos para agendamento de consultas e à sistemática para a remarcação e comunicação das novas datas de consultas aos pacientes.

Na pesquisa quantitativa, em que se utilizam números para extrair dados a partir deles (BAUER; GASKELL, 2022), os dados foram coletados em uma pesquisa documental em relatórios estatísticos produzidos pelo serviço de estatística da Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial do HUSM. Segundo Marconi e Lakatos

(2021, p. 69), na pesquisa documental, “as fontes estatísticas abrangem os mais variados aspectos das atividades de uma sociedade, incluindo as manifestações patológicas e sociais”.

Dos relatórios foram coletados os índices anuais de absenteísmo ambulatorial relativos ao período de 2014 a 2022 das especialidades selecionadas. Os índices de absenteísmo ambulatorial demonstram a relação entre as consultas agendadas e não realizadas das especialidades médicas, dentro de determinado período. A taxa mensal de absenteísmo ambulatorial pode ser calculada de acordo com a seguinte expressão, extraída do documento organizacional Diretrizes de Regulação Assistencial (EBSERH, 2016).

$$T \text{ Absent} = \frac{\text{total de consultas não realizadas}}{\text{total de consultas agendadas}} \times 100$$

A análise quantitativa foi adotada para explicar, a partir de dados coletados em relatórios estatísticos, a situação real do absenteísmo ambulatorial do HUSM considerando uma linha de tempo. Sobre esta perspectiva, os dados coletados de relatórios estatísticos foram categorizados, tabulados em planilha Microsoft Excel e interpretados por meio da técnica de estatística descritiva e das técnicas de análise horizontal e vertical.

Conforme Becker (2015), a estatística descritiva avalia as características de uma série de dados, como gráficos e tabelas, e medidas relacionadas a um conjunto de dados. Com os dados tabulados, para análise do absenteísmo ambulatorial do período, foi apurada a média aritmética simples da taxa de absenteísmo ambulatorial anual de 2014 a 2022, calculada pela divisão da soma das variáveis pelo número de variáveis. A taxa de absenteísmo anual de cada especialidade corresponde a uma variável, para cálculo da média aritmética simples de cada ano e análise das informações.

O presente estudo utilizou a técnica de análise horizontal para analisar a evolução das taxas de absenteísmo ambulatorial ao longo do período e análise vertical para comparação das taxas de absenteísmo ambulatorial anuais entre as especialidades. As técnicas de análise horizontal e vertical são ferramentas de análise tradicionais de análise de demonstrações contábeis. Quando o analista toma posse de relatórios que

traduzem a realidade de uma organização, é possível fazer uma análise da organização. Neste sentido, a análise horizontal demonstra a evolução de uma conta ao longo dos anos e a análise vertical relaciona determinada conta ou um grupo de contas a um referencial ou a um valor (DINIZ, 2015).

Na análise vertical, segundo Diniz (2015), são analisados índices construídos utilizando regra de três. No cálculo, é utilizado a soma das contas e relaciona com o valor de cada conta. Na análise horizontal, conforme a mesma autora, são construídos números-índices, utilizando o valor de uma conta em uma certa data (Vd), e seu valor obtido na data base (Vb), com o uso da seguinte expressão:

$$\text{Números Índices} = \frac{Vd}{Vb} \times 100$$

Neste sentido, foram analisados os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas das especialidades ofertadas pelo HUSM antes da implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial, de 2014 a 2016, e a partir de implementação das diretrizes, de 2017 a 2022. As especialidades são demonstradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis selecionadas para análise quantitativa.

Ano	
Especialidade	Índice de absenteísmo anual
Cardiologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cardiologia
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia do Aparelho Digestivo	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia Geral	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Torácica
Cirurgia Vascular	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Vascular
Coloproctologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Coloproctologia
Dermatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Dermatologia
Endocrinologia e Metabologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Endocrinologia e Metabologia
Gastroenterologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Gastroenterologia

Ginecologia e Obstetrícia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Ginecologia e Obstetrícia
Infectologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Infectologia
Nefrologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Infectologia
Neurologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Neurologia
Oftalmologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Cirurgia Vascular
Otorrinolaringologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Coloproctologia
Pneumologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Dermatologia
Reumatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Endocrinologia e Metabologia
Urologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Urologia

Fonte: Elaborado pelos autores com base no Instrumento de Contratualização com o Gestor SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/contratualizacao-sus/contratualizacao-gestor-sus>

As especialidades selecionadas fazem parte do Instrumento formal de contratualização entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o HUSM e a EBSERH, em vigor no período de realização da pesquisa.



3 RESULTADOS

No período analisado, de 2014 à 2016, anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA), para análise dos processos para agendamento de consultas, remarcações, e mecanismos de comunicação com os pacientes, foram coletados os dados do Manual de Gerenciamento de Rotinas – Procedimento Operacional Padrão do serviço administrativo dos ambulatórios (MGR). Observou-se que as consultas canceladas eram reagendadas com indicação de nova data em formulário preenchido pelo profissional de saúde. Os avisos de alteração dos agendamentos aos pacientes eram realizados por telefone, pela equipe administrativa dos ambulatórios. No entanto, era necessário que os pacientes comparecessem ao hospital para retirar esse formulário no setor de marcação do HUSM, antes da consulta.

As DRA apresentam os critérios para a criação de agenda ambulatorial, construídas com hora, dia e organizadas em blocos de horários para evitar aglomeração de pacientes, os processos para os agendamentos e remarcações de consultas, os critérios para alteração de programação de agenda, e o mecanismo de comunicação ao paciente, nos casos de agendamentos, cancelamentos e remarcações.

Além do agendamento de consultas, as diretrizes descrevem os processos e as condições para as remarcações de consultas dos pacientes que não compareceram ao atendimento. Na segunda versão das DRA, as condições para remarcação das consultas dos pacientes faltosos permaneceram as mesmas. Assim, a remarcação está condicionada ao tipo de consulta, da apresentação de justificativa da ausência de quantas faltas o paciente possui na especialidade.

Destaca-se aqui que os pacientes agendados para primeiras consultas são informados pelo gestor do SUS, a data de retorno é informada pelo hospital ao paciente, e quando o retorno é remarcado, o hospital entra em contato com o paciente para avisá-lo quando reside em Santa Maria, mas quando reside em outra cidade, e em período superior a 30 dias até o dia da nova data, o hospital envia o comprovante da consulta à Secretaria de Saúde do município em que o paciente reside, para que este seja avisado pela secretaria.

Após análise do conteúdo do MGR e das informações coletadas de documentos organizacionais da gestão e após pesquisa exploratória no site do HUSM, não foram identificadas ações ou orientações para mitigação do absenteísmo ambulatorial ou acompanhamento da atividade programada através de indicadores, na gestão anterior à implementação das DRA, entre 2014 e 2016.

Conforme o fluxo para remarcação de consultas, os pacientes deveriam se locomover até o hospital para a retirada do formulário de agendamento com a indicação da data indicada pelo médico. Isso demonstra que o fluxo de remarcação de consultas anterior a implementação das DRA, envolvia duas locomoções dos usuários até o hospital, para o agendamento e para a nova data de consulta de retorno.

Percebe-se que os fluxos definidos para remarcações de consultas desconsideravam os motivos para o absenteísmo ambulatorial identificadas na revisão bibliográfica realizada nesta pesquisa, relacionados a outros compromissos dos pacientes e problemas de transporte. Segundo a literatura analisada, entre os principais motivos para o absenteísmo ambulatorial estão problemas de locomoção dos pacientes até as instituições de saúde (BELTRAME et al., 2019; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BITTAR et al., 2016; PINTO et al., 2022) e insegurança para faltarem ao trabalho (BELTRAME et al., 2019; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; PINTO et al., 2022; SANTOS, 2008). Além disso, percebe-se que a gestão ambulatorial, referente ao período 2014-2016, não possuía o foco na otimização de recursos, e no acompanhamento dos resultados por meio de indicadores, considerando que o absenteísmo ambulatorial acarreta em prejuízos financeiros à instituição.

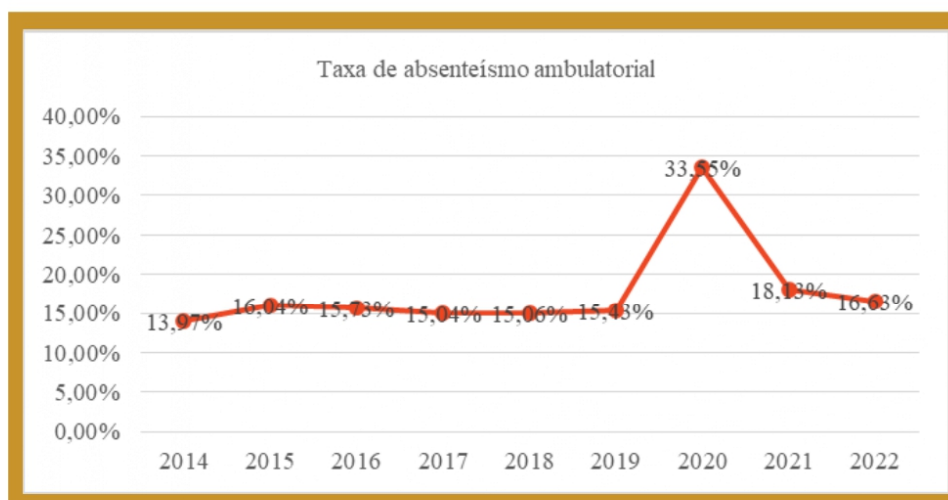
No entanto, diante do reconhecimento do absenteísmo ambulatorial como um problema para a instituição, no momento de adesão à EBSEH e com a consultoria contratada foram desenvolvidos novos mecanismos e critérios para remarcação de consultas, e inserida a Rede de Atenção à Saúde na organização das remarcações. Percebe-se que os profissionais do HUSM responsáveis pela elaboração das DRA, consideram que o novo modelo de gestão ambulatorial inseriu no HUSM ações necessárias à mitigação e ao monitoramento do absenteísmo ambulatorial das consultas ofertadas pelo hospital. documento organizacional Diretrizes de Regulação Assistencial (EBSEH, 2016).

Assim, ao comparar o modelo anterior de gestão ambulatorial e o modelo de gestão ambulatorial implementado com as DRA, em 2017, observa-se que foram implementados critérios que condicionam a remarcação das consultas ao tipo de consulta, a apresentação de justificativa da ausência e de quantas faltas o paciente possui na especialidade, como um conjunto de ações propostas para redução do absenteísmo ambulatorial no HUSM.

No entanto, na análise das taxas de absenteísmo ambulatorial entre os anos 2014, anterior à implementação das DRA e de 2017 a 2022, na implementação, observou-se que após a implementação das DRA, das 553.687 consultas agendadas, 116.617 não

foram realizadas por falta dos pacientes às consultas, o que representa uma taxa de absenteísmo ambulatorial de 21,06%, e 5,74% maior do que a do período anterior .

Figura 1 - Taxa de absenteísmo ambulatorial anual.



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados de relatórios estatísticos do HUSM.

As maiores médias foram em 2021, de 17,74% e em 2022, de 16,66%, ou seja, após a implementação das DRA houve aumento da taxa média aritmética simples de absenteísmo ambulatorial em todos os anos, exceto em 2017, em que a taxa média foi de 14,85%, pouco menor que a de 2014, que foi de 14,91%.

Ao realizar uma análise comparativa, por meio da técnica de análise vertical, nota-se que as menores taxas de absenteísmo ambulatorial no período anterior às DRA, foram de 4,79% em 2014, em Ortopedia e Traumatologia, de 11,41% em 2015, de Urologia e de 9,39% em 2016, em Cirurgia Geral. Ressalta-se que a partir da implementação das DRA, em 2017 a 2022, as consultas em Reumatologia apresentaram as menores taxas de absenteísmo ambulatorial em relação às demais especialidades, exceto em 2020, quando a menor foi de 21,12% em Ortopedia e Traumatologia.

Por outro lado, as maiores taxas de absenteísmo ambulatorial no período anterior às DRA, foram de 21,14%, em 2014, em Ginecologia e Obstetrícia, de 21,20 %, em 2015, em Oftalmologia e em 2016, de 19.56%, também em Oftalmologia.

A partir da implementação das DRA, observa-se que as maiores taxas de absenteísmo ambulatorial foram em Oftalmologia, em 2017 e 2018, de 21,12% e 21,04% respectivamente. Em 2019, foi de 20% em Gastroenterologia, em 2020, de 48,91% em

Pneumologia, em 2021 de 23,97% em Infectologia, e em 2022 a maior foi em Cirurgia Geral, de 23,26%.

Ressalta-se que as taxas de absenteísmo ambulatorial na especialidade de Oftalmologia, após a implementação das DRA, mantiveram-se próximas às maiores taxas em 2019, 2021 e 2022, pois foram de 18,39%, 21,15% e 21,33%, respectivamente. O que demonstra que Oftalmologia além de ter sido a especialidade que teve o maior absenteísmo ambulatorial em 2016, no período anterior às DRA, apresentou as maiores taxas entre as especialidades médicas analisadas, após a implementação das DRA.

Deste modo, percebe-se que as DRA não reduziram as taxas de absenteísmo ambulatorial das consultas em Oftalmologia, que apresentou as maiores taxas entre as especialidades durante os períodos analisados, mas por outro lado, a especialidade Reumatologia manteve-se com as menores taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação.

Ao analisar a evolução do absenteísmo ambulatorial das especialidades médicas, por meio da técnica de análise horizontal, foi possível identificar quais especialidades apresentaram queda, aumento ou pouca variabilidade das taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA. Na análise horizontal, são calculados números índices considerando o valor de uma data base e o valor de uma certa data. Neste estudo, foi considerado a taxa de absenteísmo ambulatorial de 2014 como valor da data base e o valor do absenteísmo ambulatorial dos anos seguintes a que se pretendeu comparar como valor de certa data.

Destá forma, no período de gestão ambulatorial após a implementação das DRA no HUSM, observou-se que as especialidades Neurologia e Reumatologia foram as especialidades que apresentaram queda nas taxas de absenteísmo ambulatorial, de 2017 a 2022, exceto em 2020, ano atípico em função da pandemia de Covid-19. Destaca-se que Neurologia foi a especialidade que apresentou as maiores quedas de absenteísmo ambulatorial, chegando a diminuir sua taxa em 2021 em 8,07% em relação a taxa de 2014.

Por outro lado, diversas especialidades apresentaram aumento da taxa de absenteísmo ambulatorial em todos os anos após a implementação das DRA, entre elas Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia. E dos 6 anos (2017-2022) após a implementação das DRA, as seguintes especialidades apresentaram acréscimo nas taxas em 5 anos do período, Cirurgia Geral, Coloproctologia e Dermatologia. Os

maiores aumentos de taxa ambulatorial foram identificados em Ortopedia e Traumatologia, de 2014 a 2022, respectivamente, de 26,85%, 26,83%, 26,18%, 44,06%, 31,37% e 28,6%. E, em Cirurgia Geral, de 2014 a 2022, respectivamente, de 12,01%, 12,65%, 15,43%, 29,91%, 19,9% e 21,19%.

Ainda nesta perspectiva, houve aumento das taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA e infere-se que, há importantes diferenças entre as taxas de absenteísmo ambulatorial entre algumas especialidades, pois ao compará-las, algumas especialidades apresentam altas taxas de absenteísmo ambulatorial e outras, pequenas taxas.

Portanto, percebe-se que com a implementação das DRA no HUSM, apesar das novas estratégias para redução do absenteísmo, de modo geral, as taxas de absenteísmo ambulatorial das consultas ofertadas ao SUS, analisadas neste estudo, em relação ao período anterior à implementação, aumentaram em todos os anos, exceto em 2017, no ano da implementação.

Observa-se também que há grandes diferenças de absenteísmo ambulatorial entre as especialidades, considerando que em 2022, a taxa de absenteísmo ambulatorial das consultas de Reumatologia foi de 11,29% e de Infectologia foi de 20,24% e de Cirurgia Geral foi de 23,26%, o que sugere atenção especial dos gestores do HUSM a gestão ambulatorial das especialidades em que os pacientes mais faltam às consultas, no sentido de identificar os motivos dos pacientes destas especialidades para as faltas, para que possam construir estratégias focadas nessas especialidades para que possa reduzir o absenteísmo ambulatorial do HUSM.



4 PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL DO HUSM

Para a construção de estratégias que contribuam com a redução das taxas de absenteísmo ambulatorial do HUSM e que integrem o conjunto de mecanismos de regulação assistencial da área ambulatorial, descritos nas Diretrizes de Regulação Assistencial para gestão ambulatorial, considerou-se necessário identificar na literatura científica as estratégias mais efetivas de redução do absenteísmo ambulatorial, considerando os principais motivos de faltas às consultas localizados na literatura.

Entre os motivos do absenteísmo ambulatorial identificados, os mais citados referem-se ao esquecimento da data da consulta (BELTRAME et al., 2019; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; BITTAR et al., 2016; PINTO et al., 2022), falhas na comunicação entre o serviço de saúde e o usuário (BELTRAME et al., 2019; MAZZA et al., 2019; PINTO et al., 2022); agendamento em horário de trabalho ou de outro compromisso (BELTRAME et al., 2019; BENDER; MOLINA, MELLO, 2010; MAZZA et al., 2019; PINTO et al., 2022; SANTOS, 2008).

Neste sentido, observou-se que os principais motivos de absenteísmo ambulatorial identificados na literatura, relacionam-se à comunicação e sobre esta perspectiva, para elaborar uma estratégia que reduza o absenteísmo no HUSM, considerou-se necessário identificar propostas na literatura que visem facilitar o contato entre os pacientes e o hospital, seja para lembrá-los da data dos agendamentos, ou caso não possam comparecer por motivo de coincidência com outro compromisso, agilizar a remarcação da consulta com tempo suficiente para liberar a vaga para outro paciente.

Bueno et al. (2020) realizaram um estudo com o propósito de verificar como as recentes tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo das consultas dos pacientes de um ambulatório da atenção secundária de saúde de Curitiba. Como método, realizaram um ensaio clínico randomizado e como amostra, selecionaram 78 pacientes. Os dados foram submetidos ao teste do qui-quadrado de Pearson para identificar a associação entre as variáveis.

A amostra da pesquisa foi dividida de modo proporcional, em 3 grupos. Os grupos eram formados por pacientes contatados via WhatsApp ou mensagens curtas de texto (SMS) e por ligação telefônica, para lembrá-los do dia, hora e local da consulta, e por pacientes em que não receberam nenhum tipo de intervenção para lembrete. Com o ensaio, Bueno et al. (2019) ao compararem os resultados das intervenções realizadas, quanto ao comparecimento ou não às consultas, observaram que a melhor intervenção para evitar o absenteísmo é o contato via WhatsApp, pois entre os pacientes que receberam mensagem por este tipo de tecnologia, a taxa de absenteísmo foi de 8,5%, a de que receberam ligação foi de 11,5%, além disso, afirmam que qualquer tipo de intervenção é melhor do que nenhuma.

Cabe salientar que, no estudo realizado por Bueno et al. (2020), foram realizadas entrevistas prévias às intervenções, com os pacientes selecionados, e perceberam que o principal motivo das faltas dos pacientes no período analisado foi o esquecimento da consulta (31,6% das causas), além disso, observaram que a maioria dos pacientes possuía aparelho smartphone, mas quando não tinham, indicavam um número de telefone para recado, fatores que facilitam o contato com eles por essa tecnologia, e conforme os autores, as características pessoais que distinguem os pacientes, como fatores sociais, não exerceram influência sobre os resultados da intervenção. Outro fato importante a destacar é que 83,3% afirmaram que gostariam de serem lembrados da consulta por WhatsApp e 16,7% por SMS, o que demonstra a adesão dos pacientes à tecnologia mais eficiente para redução do absenteísmo ambulatorial identificada na pesquisa de Bueno et al. (2020).

Outro estudo com o propósito semelhante, foi executado por Hasvold e Wootton (2011). Os estudiosos realizaram uma busca na PubMed, plataforma de busca na base de dados online da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, para identificarem artigos publicados após 1999, sobre o absenteísmo às consultas especializadas ofertadas por hospitais, para elaborar uma revisão sistemática sobre estudos que relacionam os resultados de lembretes aos pacientes por meio de SMS enviadas para telefones, com taxas de absenteísmo ambulatorial. Dos 29 artigos que atenderam aos critérios, com a exceção de um, todos apontaram benefícios em enviar mensagens de texto para lembrar os pacientes dos agendamentos, pois os resultados dos estudos demonstram que houve redução do número de falta de pacientes agendados devido ao lembrete sobre o agendamento.

Ao considerarem que o esquecimento do dia do agendamento das consultas é o principal motivo do absenteísmo ambulatorial, Gurol-Urganci *et al.* (2013), realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de avaliarem os efeitos dos lembretes de consultas por mensagem de telefone enviados por profissional de saúde a pacientes,

sobre os índices de absenteísmo ambulatorial, comparando os índices quando não era realizado intervenção. Conforme os critérios, foram selecionados ensaios clínicos randomizados que avaliaram mensagens de celular como lembretes para consultas.

No estudo de Guroi-Urganci et al. (2013), foram selecionados oito ensaios, e todos realizados com o objetivo de avaliar os efeitos de lembretes por meio de mensagem de texto sobre os índices de absenteísmo ambulatorial, enviados de 24 a 72 horas antes do dia da consulta. Os estudos envolveram 6.615 pacientes da atenção primária, secundária e de ambulatorios de hospitais, sem os distinguir por sexo, idade, etnia, estágio de doença ou tipo de doença. Os dados coletados foram submetidos a meta análise por meio do software Cochrane Review Manager (RevMan).

Os resultados demonstram que os lembretes reduziram as taxas de absenteísmo ambulatorial em comparação com nenhuma intervenção, pois os autores identificaram evidências de qualidade moderada em sete estudos (5.841 participantes) de que lembretes de mensagens de texto móveis melhoraram a taxa de comparecimento às consultas de saúde em comparação com nenhum lembrete (taxa de risco de 1,14, intervalo de confiança de 95%. Em síntese, as taxas de comparecimento às consultas foram de 67,8% para o grupo que não recebeu mensagem, e 78,6% para o grupo que recebeu lembretes de mensagens de celular. O que representa uma redução da taxa de absenteísmo de 10,8%.

Para propor a estratégia de envio de lembretes para os telefones dos pacientes, como ação para a redução do absenteísmo ambulatorial, é preciso que os dados de contato dos pacientes estejam atualizados na instituição de saúde e que essas informações possam ser compartilhadas entre a Rede de Atenção à Saúde (MAZZA et al., 2019). Ademais, “é necessário que o cadastro dos pacientes seja bem elaborado, principalmente os de comunicação nos métodos de informação ao paciente” (BITTAR et al., 2016, p. 12).

No SUS, para proporcionar o intercâmbio de informações no sistema, entre elas, dados pessoais entre os quais o número de telefone dos usuários do SUS, em 2011 foi publicada a Portaria nº 940 pelo Ministério da Saúde, para regulamentar o Sistema Cartão Nacional de Saúde e assim foi criado um cartão aos usuários do SUS, pelo Sistema Cartão, para identificar o usuário das ações e dos serviços de saúde e cadastrar suas informações na base de dados nacional, sob a guarda do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2011).

A atualização dos dados é realizada pelos estabelecimentos constantes no CNES[DCI], ou em outro local determinado pelo gestor municipal, distrital, estadual ou

federal. Para atingir os objetivos do sistema, o governo federal, dentro das propostas da política de e-Saúde, criou o Programa Cartão Nacional de Saúde (CNS), que emite um documento de identificação do usuário do SUS. No registro, contém as informações dos indivíduos, como dados pessoais (nome da mãe, data de nascimento), telefone, endereço e documentos. O registro possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão no SUS, por meio do acesso à base de dados do sistema[1].

O HUSM atende aos critérios do programa para acesso aos registros e com isso, por meio da plataforma online Cadweb SUS, pode consultar os números de telefones atualizados dos pacientes, e é habilitado para utilizar o Sistema de Gestão de Operadores (SGOP), para autorizar os profissionais da instituição a acessarem as informações da base de dados.

Neste sentido, além da consulta realizada no sistema próprio de banco de dados, o aplicativo de gestão AGHUX, que consta o prontuário eletrônico dos pacientes, com registros dos atendimentos e dos dados pessoais, o HUSM compartilha as informações que possibilitam a comunicação com os pacientes, que podem ser atualizadas em qualquer ponto de atenção à saúde. Deslumbra-se deste modo, mecanismos que facilitam a comunicação com os pacientes, fatores que contribuem com a implementação de estratégias que melhorem a comunicação entre a instituição e os pacientes, como o envio de lembretes de agendamento de consultas com o objetivo de reduzir suas faltas às consultas.

Integra o HUSM, o Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital, que tem entre suas atribuições, coordenar e monitorar ações de inovação relacionadas às soluções de tecnologia da informação e saúde digital, realizar o planejamento de contratações e gerir os contratos relacionados às soluções de Tecnologia da Informação e Saúde Digital no âmbito do hospital (EBSERH, 2023).

Nesta perspectiva, acredita-se que a implementação da tecnologia mais eficiente identificada na literatura, de envio de mensagem de texto para celular por SMS e envio de mensagem por WhatsApp, para lembrete do agendamento da consulta aos pacientes, pode contribuir para redução do absenteísmo ambulatorial do HUSM, aliada a constante atualização dos dados dos pacientes operacionalizada por profissionais capacitados do hospital no aplicativo de gestão, o AGHUX.

Para implementação, é fundamental o apoio do Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital do HUSM visando operacionalizar as ações, desde a contratação de serviços de tecnologia, como uma central telefônica que envia mensagens de texto e a adesão ao uso da tecnologia chatbot, que permite conversa com os pacientes via WhatsApp.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2022.

BELTRAME, S. M. et al. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 1015-1030, 2019.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BITTAR, O. J. N. V. et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BECKER, J. L. **Estatística básica: transformando dados em informação**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011**. Regulamento o Sistema Cartão Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BUENO, N. S. et al. Como as novas tecnologias podem auxiliar na redução do absenteísmo em consulta pediátrica? **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, p. 1-7, 2020.

DINIZ, N. **Análise das demonstrações financeiras**. 1. ed. Rio de Janeiro: SESES, 2015.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Diretrizes do modelo de regulação assistencial da rede EBSERH**. Brasília, 2016.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Setor de tecnologia da informação e saúde digital**. Brasília, 29 maio 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-tecnologia-da-informacao-e-saude-digital/STISD>. Acesso em: 20 set. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GUROL-URGANCI, I. et al. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 12, 2013.

HASVOLD, P. E.; WOOTTON, R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. **Journal of Telemedicine and Telecare**, London, v. 17, n. 7, p. 358-364, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 9. ed. São Paulo: Altas, 2021.

MAZZA, T. O. et al. Fatores do absenteísmo em primeira consulta num ambulatório de oncologia em um hospital universitário. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 52, n. 1, p. 24-33, 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

PINTO, R. B. et al. Estratégias para enfrentamento do absenteísmo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Epitaya E-books**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 127-150, 2022.

SANTOS, J. S. **Absenteísmo dos usuários em consultas e procedimentos especializados agendados no SUS**: um estudo em um município baiano. 2008. 34 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2008.

