

Estruturação do sistema de referência regional para atenção hospitalar de média e alta complexidade no HCFMRP-USP^I

Structuring the Regional Reference System for Hospital Care of medium and high complexity in the HCFMRP-USP

Maria Eulália Lessa do Valle Dallora^{II}

Marcos Felipe Silva de Sá^{III}

Resumo

A hierarquização do fluxo de pacientes é fator preponderante no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2000, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) descentralizou o agendamento das novas consultas eletivas e implantou Centrais de Regulação de Consultas, nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de sua área de abrangência. O objetivo foi o de avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação na organização do fluxo de pacientes e na efetivação do Hospital como referência terciária. Como metodologia, verificou-se o grau de aproveitamento da agenda oferecida aos DRSs, período 2000 a 2005, e a coerência entre a complexidade dos casos encaminhados com o papel terciário do Hospital. Nenhum DRS aproveitou a totalidade das vagas disponibilizadas. A taxa média de agendamento e absenteísmo (66,2% e 22,4%, respectivamente) não se alteraram no período. Da totalidade das vagas oferecidas, apenas 37,9% foram absorvidas pelo sistema hospitalar. A baixa complexidade representou 41,5% (2000), e 39,3% (2005); a coerência dos encaminhamentos com os protocolos de acesso foi 74% (2000) e 75,5% (2005). Conclui-se que a descentralização da agenda do HCRP para os DRSs não apresentou melhorias significativas no aproveitamento das vagas e na consolidação do Hospital como referência terciária, e que são necessários investimentos na capacitação dos gestores para otimização dos serviços prestados pela rede de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde, acesso aos serviços de saúde, administração de serviços de saúde

Abstract

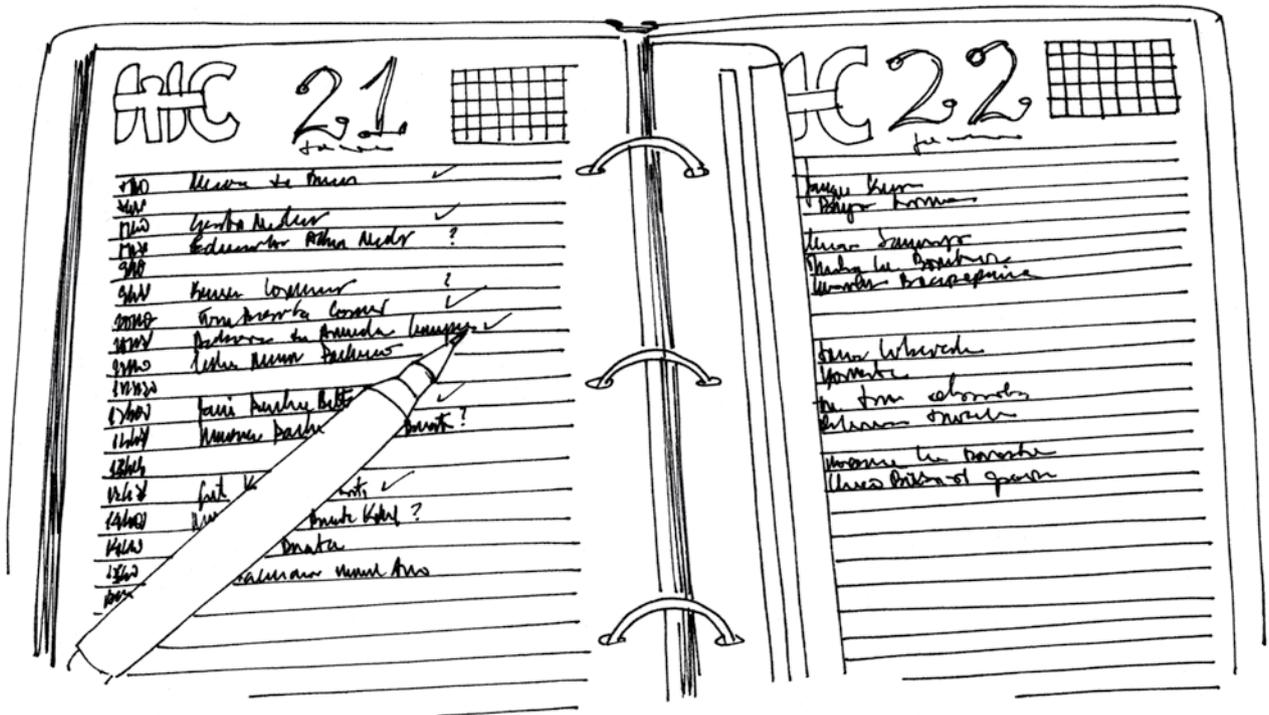
The hierarchizing of the flow of patients is the predominant factor in the Sistema Único de Saúde (SUS). In 2000, the Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine of Ribeirão Preto - São Paulo University (HCFMRP-USP) decentralized the scheduling of fresh elective consultations and implanted Centers for Regulation of Consultations in the Regional Health Departments (DRS) under its area of coverage. The objective was to evaluate the impact of the implementation of the Centers for Regulation on the patient flow organization and the effectiveness of the hospital as an out-sourced reference. As methodology, it was seen that the degree of advantages of the program offered the DRSs, period 2000 to 2005, and the coherence between the case complexities of those referred cases with an out-sourced role by the hospital. No DRS made use of the totality of beds available. The average rate of appointments and absenteeism (66,2% and 22,4%, respectively) did not change in the period. Of the total number of beds offered only 37,9% were absorbed by the hospital system. Low complexity represented 41,5% (2000), and 39,3% (2005); the coherence of the referrals with access protocols was 74% (2000) and 75,5% (2005). It can be concluded that the decentralization of the HCRP schedule did not present significant improvements in bed occupancy and the consolidation of the hospital as an out-source reference, and that investment is necessary to capacitate administrators to optimize services provided by the health network.

Key words: Health administration, access to health services, administration of health services

^IFinanciamento PPSUS 2004/2005 com Processo nº 2005/58649-6.

^{II}Maria Eulália Lessa do Valle Dallora (meulalia@hcrp.usp.br) é doutora em Ciências Médicas e dirigente da Assessoria Técnica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP (HCFMRP-USP).

^{III}Marcos Felipe Silva de Sá (marcosfelipe@fmrp.usp.br) é professor titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP (FMRP-USP) e superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP (HCFMRP-USP).



Introdução

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

Os hospitais universitários (HU) ocupam posição de destaque no SUS, por responderem por um número expressivo de internações e a quase totalidade dos procedimentos de alta complexidade do país. Entretanto, a efetiva inserção dos HUs na rede de serviços de saúde, segundo os princípios do SUS, é um grande desafio para seus administradores e tem se constituído numa tarefa árdua conciliar os interesses do SUS, representados pelas necessidades da população por atenção hospitalar, muitas vezes, de alta densidade tecnológica, e pelos interesses da Universidade para o ensino e pesquisa.

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

Independentemente das estratégias de atenção à saúde adotadas, os HUs se transformaram em centros de referência, passando a receber demandas espontâneas dos usuários que livremente se locomovem até os pólos regionais para procurar assistência de melhor qualidade e com maior grau de resolução.

Toda essa problemática tem sido vivenciada pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), cuja presença na região Noroeste do estado de São Paulo sempre constituiu, desde sua fundação, uma referência médica hospitalar para a população. Levantamentos estatísticos mostraram que, em 1996, somente 30% dos pacientes de consultas eletivas eram referenciados (e de forma ainda precária), enquanto os outros 70% vinham espontaneamente, trazidos por ônibus ou ambulâncias de cidades vizinhas. Pacientes com problemas de baixa complexidade, disputando vagas com pacientes de alta complexidade, contribuindo para a pleora dos serviços e piora na qualidade dos cuidados⁷.

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

Organizar o fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP, com a estruturação de uma rede regional hierarquizada de atenção à saúde, é um passo importante para a efetivação do SUS na região de Ribeirão Preto. Foi esta a proposição do HC quando, em 2000, descentralizou o agendamento das consultas eletivas para os novos pacientes, e inovou ao organizar Centrais de Regulação de Consultas Eletivas, junto aos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de sua área de abrangência. Teve como propósito estruturar o sistema de referência regional para atenção hospitalar de média e alta complexidade no HCFMRP-USP, segundo as diretrizes da hierarquização dos serviços e da complexidade dos casos, com vistas à verdadeira inserção do HCFMRP-USP no SUS, dando início à sua transformação em centro de atenção predominantemente terciário, resolutivo e adequado às necessidades da comunidade.

Esta estruturação foi fundamentada no conceito de regulação que, no setor saúde, tem como objetivo geral regular, ordenar e orientar a assistência e, como princípio fundamental, fortalecer a capacidade do poder público de gestão do sistema e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas da população¹.

A regulação do acesso à assistência tem como objetivos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É exercida pelos respectivos gestores públicos e prevê o estabelecimento de referências entre serviços de diferentes níveis de complexidade segundo fluxos e protocolos pactuados. Uma das estratégias de regulação assistencial é a constituição de complexos reguladores que integram centrais de atenção pré-hospitalares e urgências, centrais de internação, de consultas e exames^{3, 5}.

A operação dessas centrais de regulação exige profissionais capacitados para avaliação técnica de relatórios médicos, com vistas ao ordenamento do fluxo, agendamento das consultas e ao processo de internação dos pacientes, baseado em critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação⁴.

Objetivo

Avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de novos pacientes ao HCFMRP-USP e seus reflexos sobre o aproveitamento da agenda de consultas oferecidas, assim como a coerência entre o grau de complexi-

dade dos casos encaminhados e a posição do HC, como instância terciária no SUS.

Metodologia

Para avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na organização do fluxo de pacientes ao HCFMRP-USP, verificou-se o grau de aproveitamento da agenda de consultas oferecidas pelo HCFMRP-USP aos DRSs. Foram utilizados dados entre os anos 2000, início do funcionamento das Centrais, até 2005. Os seguintes indicadores foram calculados:

- **Taxa de Agendamento (TxA):** Mede a eficiência dos DRSs no agendamento das consultas. $TxA = (\text{Total de pacientes agendados}) / (\text{Total de vagas disponibilizadas}) \times 100$
- **Taxa de Faltas (TxF):** $(\text{Total de pacientes faltosos}) / (\text{Total de consultas agendadas}) \times 100$
- **Taxa de Adequação da Referência (TxAR):** Mede se o caso agendado realmente demandava atenção no nível terciário do sistema de saúde. $TxAR = (\text{Total de pacientes absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar}) / (\text{Total de consultas realizadas}) \times 100$
- **Taxa de Aproveitamento Global (TxAG):** Mede o aproveitamento global das vagas disponibilizadas considerando. $TxAG = (\text{Total de pacientes absorvidos para seguimento no ambiente hospitalar}) / (\text{Total de Vagas Disponibilizadas}) \times 100$.

Para avaliar o impacto da implantação das Centrais de Regulação de Consultas Eletivas na efetivação do HCFMRP-USP como instância terciária na rede de serviços regional, foram analisadas a coerência entre a complexidade dos casos encaminhados e a missão terciária do Hospital e a coerência dos casos encaminhados com os protocolos de acesso estabelecidos. Para tanto, os anos 2000 e 2005 foram comparados, mediante coleta de dados nos prontuários dos novos pacientes, por amostragem dos atendimentos de primeira vez.

Para definir o grau de complexidade dos problemas de saúde dos novos pacientes atendidos e os critérios de referência dos casos para agendamento no HCFMRP-USP, foram realizadas discussões com o corpo clínico dos serviços ambulatoriais especializados, objetivando a definição de protocolos de acesso, que teve como base a classificação de complexidade estabelecida pela NOAS 01/2002, adaptada à realidade

institucional e regional². Estes protocolos permitiram classificar os casos em alta, média ou baixa complexidade. Adotou-se, como critério, avaliar os serviços de ambulatorios especializados, contemplando pelo menos um por Departamento Clínico da FMRP-USP, de preferência os que apresentassem os maiores volumes de consultas de novos pacientes.

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

Resultados e Discussão

No período em estudo, o HCFMRP-USP disponibilizou aos DRSs 309.573 vagas de consultas para novos pacientes. A taxa de agendamento (TxA) foi de 66,2%

(Tabela 1) o que significa que, das vagas disponibilizadas, os DRSs agendaram 204.937 pacientes.

Enquanto o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui um grande desafio para os usuários do SUS, sobram vagas de consultas especializadas, no período estudado, por falta de agendamento. O despreparo das Regionais com a nova sistemática e uma provável inadequação entre oferta e demanda são considerações que podem explicar as taxas de agendamento encontradas no período que, no geral, não apresentou tendência de melhoria.

Do total de agendamento, 22,4% dos pacientes faltaram às consultas, o que significou, para o período estudado, 45.906 consultas que, embora agendadas, não foram realizadas. Alguns fatores dificultam o comparecimento do paciente, dentre eles, o tempo excessivo entre a consulta na Unidade Básica e a data agendada para consulta no HCFMRP-USP.

Tabela 1. Taxa de Agendamento, Taxa de Faltas, Taxa de Adequação da Referência e Taxa de Aproveitamento Global das vagas de consultas para novos pacientes oferecidas pelo HCFMRP-USP aos Departamentos Regionais de Saúde de sua área de abrangência, 2000 a 2005

Ano	Taxa Agendamento	Taxa Falta	Taxa Adequação Referência	Taxa Aproveitamento Global
2000	66,7	23,7	67,1	34,1
2001	55,9	23,4	77,1	33,0
2002	60,8	23,0	78,0	36,5
2003	69,3	21,5	75,7	41,2
2004	79,8	20,8	71,6	45,2
2005	68,0	21,7	73,7	39,3
Total	66,2	22,4	73,6	37,9

A taxa de adequação da referência (TxAR) no período foi 73,6%. Entende-se aqui por adequação da referência o encaminhamento de pacientes, de acordo com o grau de complexidade esperado para um Hospital Universitário, ou seja, problemas de saúde que exigem uma infraestrutura hospitalar de alta densidade tecnológica. Assim, 41.984 (26,4%) pacientes foram dispensados e/ou contrarreferenciados para outros serviços da rede de saúde, por não adequação do grau de complexidade ao HCFMRP-USP, o que significa que a regulação desses casos ao HC pode ter sido indevida.

Várias causas podem ter contribuído para esta possível regulação indevida, desde uma triagem sem o rigor

necessário para a instância terciária do sistema, até a falta de informações na guia de referência, que permitissem visão clara da complexidade do caso.

A taxa de aproveitamento global (TxAG) foi 37,9%. Do total de vagas disponibilizadas, 62,1% não foram efetivamente utilizadas, seja por falta de agendamento pelos DRSs, por não comparecimento do paciente à consulta ou pelo fato do quadro clínico não demandar serviço especializado terciário no HCFMRP-USP. Assim, das 309.573 vagas ofertadas no período 192.245 (62,1%) não foram aproveitadas.

Pela Tabela 2 constata-se que o perfil da complexidade dos casos encaminhados ao Hospital não se alterou de forma significativa, de 2000 para 2005.

Tabela 2. Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e complexidade do caso

Complexidade do Caso	Ano Consulta/%		
	2000	2005	TOTAL
Baixa (%)	257 (41,5)	236 (39,3)	493 (40,4)
Media (%)	231 (37,3)	229 (38,2)	460 (37,7)
Alta (%)	132 (21,3)	135 (22,5)	267 (21,9)
TOTAL (%)	620 (100,0)	600 (100,0)	1.220 (100,0)

A baixa complexidade continua representando parcela importante dos casos, 41,5%, em 2000, e 39,3%, em 2005. Embora não havendo, na literatura, parâmetros para comparação, entende-se que estes percentuais são elevados. O agendamento descentralizado propiciou uma oportunidade para que os gestores pudessem ter conhecimento do perfil epidemiológico e do fluxo de pacientes encaminhados ao HCFMRP-USP e assim, pudessem priorizar o fluxo de pacientes que demandassem atenção terciária. Por outro lado, o HCFMRP-USP, por ser hospital universitário, é elo importante dessa rede e com atribuições não somente de prestador da assistência médica, mas também como local de treinamento e formação de profissionais de saúde e fórum especial para o estabelecimento e treinamento de protocolos de consenso para encaminhamento dos pacientes. Por isso, e também por ser o maior prestador no sistema de saúde regional, o seu comportamento tem reflexos, com grandes impactos sobre os demais prestadores. Se o hospital universitário se ocupa com o agendamento de casos de baixa complexidade, retira a oportunidade de pacientes que demandam atenção médica de maior densidade tecnológica. Assim, a rede não se organizou a partir da criação das centrais de regulação de consultas eletivas, com a priorização do encaminhamento de casos que realmente demandem assistência hospitalar. Esta é uma questão

de responsabilidade de todos: gestores, prestadores das unidades primárias e secundárias nos municípios da área de abrangência e do próprio HCFMRP-USP que, embora tenha disponibilizado sua agenda para os gestores, não fez o acompanhamento com o rigor necessário para as correções, em tempo hábil, dos desvios apontados nesse levantamento, pelo menos, no período deste estudo.

É notória a plethora do sistema público de saúde, em particular nos hospitais. Pela Tabela 2, verifica-se que os casos de média e alta complexidades disputam vagas com os de baixa complexidade e, como consequência, temos filas de espera de guias de referência nas regionais, demanda reprimida para internações e cirurgias, ou seja, o próprio desordenamento do fluxo de pacientes contribui para o excesso de demanda. Ainda, faz com que o Hospital direcione recursos a pacientes de nível menos complexo, que poderiam ser atendidos mais próximos do local de sua residência e, certamente, por um custo mais baixo. Toda esta situação também gera um relacionamento pouco harmonioso entre os integrantes da rede de saúde, com cobranças mútuas entre as partes. Os municípios da região de abrangência continuam esperando mais e mais vagas no Hospital que, por sua vez, ressalta a insuficiência de recursos humanos, materiais, financeiros e até mesmo de estrutura física. Estas questões, por vezes, geram também argumentos contra o fluxo estabelecido, como se a propos-

Tabela 3. Distribuição das consultas de novos pacientes no HCFMRP-USP, agendados pelos DRS, por ano e a pertinência do encaminhamento com o protocolo

Suspeita inicial de acordo com Protocolo de Encaminhamento	Ano Consulta/%		
	2000	2005	TOTAL
Não (%)	161 (26,0)	147 (24,5)	308 (25,2)
Sim (%)	459 (74,0)	453 (75,5)	912 (74,8)
TOTAL (%)	620 (100,0)	600 (100,0)	1.220 (100,0)

ta é que fosse o problema, e não o fato de ela não ter sido devidamente implementada.

A Tabela 3 demonstra que 74,0% e 75,5% dos casos encaminhados ao HC, nos anos 2000 e 2005, respectivamente, estavam de acordo com os protocolos estabelecidos. Estes resultados não apresentaram diferença significativa. À primeira vista, pode-se entender que estes índices sejam razoáveis, mas o ideal seria de 100% dos casos encaminhados. Porém, sabemos que os protocolos não estão totalmente implantados, com a devida divulgação e treinamento dos profissionais do sistema regional de saúde.

O índice 74,8%, de acordo com o protocolo, encontrado na Tabela 3, contrapõe-se ao alto índice de baixa complexidade dos casos encaminhados, 40,4%, conforme a Tabela 2, o que significa que os protocolos estabelecidos pelo HU também contemplam parte dos casos de baixa complexidade, o que pode ser justificado por: carência da rede em determinadas especialidades, por exemplo, em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Ortopedia; interesses acadêmicos; deficiência do próprio protocolo.

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

Resultados de mudanças em grandes sistemas não são imediatos. A devida implantação de novos processos de trabalhos numa rede de serviços regional envolve muitos atores. Um sistema sem barreiras de acesso entre os níveis de atenção tem se mostrado de difícil realização⁶.

Conclusão

Constata-se que a proposta de estabelecer Centrais de Agendamento de Consultas Eletivas, como aperfeiçoamento da gestão do sistema regional de saúde, foi parcialmente atingida, tendo elas se tornado mais um mero instrumento administrativo de agendamento de consultas estanque, sem flexibilidade e agilidade, do que uma ferramenta eficaz para a organização do fluxo, com priorização do atendimento por grau de complexidade, mediante a

utilização de um banco de dados para o estabelecimento de estratégias de atendimento, com a qualidade que a assistência à saúde exige. Nem o HCFMRP-USP, nem os gestores, adotaram, com base nestes potenciais, bancos de dados ou políticas de melhoria do sistema público de saúde que apresentassem impacto nos resultados, como o aumento da complexidade dos casos encaminhados ao Hospital, maior adesão aos protocolos de encaminhamentos e alteração significativa do percentual de absorção dos casos para seguimento no ambiente hospitalar.

Ressaltamos os aspectos positivos da proposta, em termos de humanização, visto que os pacientes não precisaram mais permanecer em longas filas, madrugada adentro, na porta do hospital, na tentativa de obter um primeiro atendimento. Permitiu a desativação da Unidade de Triagem Médica pelo Hospital e também teve desdobramentos na organização do transporte dos pacientes pelos municípios que passaram a transportar apenas pacientes programados, o que racionalizou o uso do transporte oferecido.

Finalmente, a iniciativa do HCFMRP-USP em 2000, no sentido de integrar os DRSs de sua região de abrangência, para organizar o fluxo de pacientes, conforme os princípios do SUS, antecede normas e portarias que regulamentam esta importante ação para o aprimoramento da gestão da saúde.

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

Como forma de aprimoramento da organização do fluxo de novos pacientes, o Hospital adotou, como consequência deste estudo, algumas providências, como: a guia de referência eletrônica, a comunicação on line entre municípios, DRSs e HC, assim como as equipes médicas especializadas do Hospital passaram a assessorar os DRSs na triagem e priorização dos casos e, em breve, o Hospital implantará a guia de contrarreferência eletrônica.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n° 356, de 22 de setembro de 2000. Diário Oficial da União. 25 de setembro de 2000; Seção 1: 18.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM n° 95, de 26 janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2001. Diário Oficial da União. 29 de janeiro de 2001; Seção 1: 23.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 23 de fevereiro de 2006a; Seção 1: 43.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores - Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2006b.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n° 1559, de 1° de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 4 de agosto de 2008; Seção 1: 48.
6. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública 2004 Supl 2; 20: 331-6.
7. Silva de Sá MF. A inserção de um hospital universitário público no Sistema Único de Saúde: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: São Francisco; 2002.