UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

JOÃO MARCELO CAETANO JOSÉ FLORIDI PORCIONATO

Análise de componentes do processo de gestão ambulatorial em um modelo de Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e de hospital de ensino

RIBEIRÃO PRETO-SP

2020

JOÃO MARCELO CAETANO JOSÉ FLORIDI PORCIONATO

Análise de componentes do processo de gestão ambulatorial em um modelo de Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e de hospital de ensino

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP – USP)
Nível: Doutorado
Orientador: Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes

Versão Corrigida

RIBEIRÃO PRETO-SP

2020

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

FICHA CATALOGRÁFICA

Porcionato, João Marcelo Caetano José Floridi
Análise de componentes do processo de gestão ambulatorial em um modelo de Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e de hospital de ensino. Ribeirão Preto, 2020.
91 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.
Orientador: Nunes, Altacílio Aparecido.

1. Assistência Ambulatorial. 2. Contratos. 3. Hospitais Universitários. 4. Modelos de Gestão. 5. Administração de Serviços de Saúde.

Nome: Porcionato, João Marcelo Caetano José Floridi

Título: Análise de componentes do processo de gestão ambulatorial em um modelo de Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e de hospital de ensino

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) para obtenção do título de Doutorado.

Aprovado em: 08/06/2020

Profa. Dra.	Aldaísa Cassanho Forster
Instituição:	FMRP - USP
Julgamento:	Aprovado

Prof. Dr.	Sandro Scarpelini
Instituição:	FMRP - USP
Julgamento:	Aprovado

Prof. Dr.	Carlos Eduardo Menezes de Rezende
Instituição:	ANS
Julgamento:	Aprovado

Dedico esta tese aos meus pais José Carlos e Josefina, à minha esposa Fernanda, e às minhas filhas Marcela e Maria Carolina.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela saúde e oportunidade de realizar esse trabalho;

Aos meus pais, José Carlos e Josefina, pela vida e pelo apoio incondicional aos meus estudos;

À minha esposa Fernanda, gratidão por sua compreensão nas horas de ausência para a realização do trabalho, além da companhia nas viagens para Ribeirão Preto;

Ao Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes, pela paciência, e por acreditar em mim durante todo o percurso;

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – USP – FMRP;

À Diretoria da Fundação Padre Albino por todo apoio dado;

À Secretaria Municipal de Saúde de Catanduva pelas informações fornecidas;

Às gestões do Hospital-Escola Emílio Carlos e do Ambulatório Médico de Especialidades pela gentileza em fornecer os dados solicitados;

Aos diretores da Pró-Saúde, Sérgio e Marco Aurélio, pelo apoio durante período do cumprimento dos créditos;

Aos diretores do Padre Albino Saúde pelo apoio durante o período da escrita da tese;

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social, Paula e Sérgio, pelas ajudas e esclarecimentos; e

À CAPES pelo apoio à realização dessa pesquisa e pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FMRP-USP.

O presente trabalho foi realizado com apoio do CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil.

João Marcelo Caetano José Floridi Porcionato

“Não siga por onde o caminho pode levá-lo; em vez disso, siga por onde não há caminho e deixe uma trilha”.

Ralph Waldo Emerson

RESUMO

Porcionato JMCJF. Análise de componentes do processo de gestão ambulatorial em um modelo de Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e de hospital de ensino [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP-USP); 2020.

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área. Os pacientes que não obtiverem resolução de seus casos na APS deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares, ou seja, a média e/ou alta complexidade. O objetivo deste estudo é analisar os perfis de gestão/atendimento de dois ambulatórios de atenção secundária no município de Catanduva. Trata-se de um estudo do tipo transversal, em que foram avaliados os elementos e perfis de gestão/atendimento dos serviços do Ambulatório do Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) e do AME Catanduva-SP durante o biênio 2017-2018. O AME apresenta uma taxa de alta ambulatorial de 36,17%, bem maior que do Hospital-Escola, que é de 3,22%. O Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) tem maior número de profissionais no corpo clínico estudado, 29 médicos, contra 15 no AME. A carga horária total dos profissionais no AME é de 582 horas mensais, e no HEEC são 346 horas. Apesar de ter menor carga horária, o HEEC apresenta número de atendimentos superior ao AME. Foram 55.557 atendimentos no Hospital-Escola contra 33.851 no AME. Os dados mostram-se influenciados pelos modelos de gestão, no caso, pelos aspectos presentes em contrato. Os obstáculos em comum que os serviços enfrentam é a articulação regional. Atuar dentro de um colegiado de gestão regional é um desafio, além das barreiras políticas existentes.

Palavras-chave: Assistência ambulatorial. Hospitais universitários. Gestão em saúde. Administração de serviços de saúde. Contratos.

.

ABSTRACT

Porcionato JMCJF. Analysis of the management process in a Specialty Outpatient Clinics (AME) and teaching hospital model [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP-USP); 2020.

The logic of organization of the Unified Health System (SUS) presupposes the constitution of a service network organized in a regionalized and hierarchical manner, allowing a greater knowledge of the health problems of the population of each area. Patients who do not obtain resolution of their cases in Primary Care should be referred to specialized outpatient or hospital services, the medium complexity.The aim of this study is to analyze the management/care profiles of two secondary care outpatient clinics in the municipality of Catanduva. This is a cross-sectional study, in which the elements and profiles of management / attendance of the services of the Ambulatory of Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) and AME Catanduva-SP were evaluated during the 2017-2018 biennium. The AME has an outpatient discharge rate of 36.17%, much higher than of the College Hospital, which is 3.22%. The Hospital-Escola Emilio Carlos (HEEC) has more professionals in the clinical staff studied, 29 doctors, compared to 15 in AME. The total workload of professionals in AME is 582 hours per month, and in HEEC is 346 hours. Despite having less workload, HEEC has more attendances than AME. There were 55,557 medical consultation at the College Hospital against 33,851 at the AME. The data are influenced by the management models, in this case, by the aspects present in the contract. The common obstacles that services face is regional articulation. Working within a regional management collegiate is a challenge, beyond existing political barriers.

Keywords: Ambulatory care. Hospitals university. Health Management. Health services administration. Contracts

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da região de coleta dos dados estudados 32
Tabela 2 – Organização da Rede Básica de Atenção à Saúde na Região de coleta dos dados estudados 33
Tabela 3 - Carga Horária Mensal (CHM) e Número de Médicos (NM) em 2017 36
Tabela 4 – Número total de atendimentos registrados em 2017 nas unidades estudadas.....36
Tabela 5 – Número total de faltas registradas em 2017 nas unidades estudadas ...37
Tabela 6 - Número total de altas registradas nas unidades estudadas em 2017 37
Tabela 7 - Carga Horária Mensal (CHM) e Número de Médicos (NM) nas Unidades estudadas em 2018.....38
Tabela 8 – Número de Atendimentos nas Unidades estudadas em 2018.....38
Tabela 9 – Número de Faltas nas Unidades estudadas em 2018.....39
Tabela 10 – Número de Altas nas Unidades estudadas em 2018.....39
Tabela 11 - Comparação das médias das variáveis relacionados ao AME - 2017 vs 2018 40
Tabela 12 - Comparação das médias das variáveis relacionados ao HEEC - 2017 *vs* 2018 40
Tabela 13 - Comparação das médias das variáveis relacionados ao AME - 2017 *vs* HEEC – 2017 40
Tabela 14 - Comparação das médias das variáveis relacionados ao AME - 2018 *vs* HEEC- 2018 41
Tabela 15 - Comparação das médias das variáveis relacionados ao AME – 2017/18 *vs* HEEC 2017-2018.....41

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Número de Registro na Plataforma Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CHM	Carga Horária Médica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DIR	Diretoria Regional de Saúde
DOE	Diário Oficial do Estado
DOU	Diário Oficial da União
DRS	Departamento Regional de Saúde
ERSA	Escritório regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
FAMECA	Faculdade de Medicina de Catanduva
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FPA	Fundação Padre Albino
GM	Gabinete do Ministério
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HE	Hospital-Escola
HEEC	Hospital-Escola Emílio Carlos
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MI	Moléstias Infecciosas
MS	Ministério da Saúde

NM	Número de Médicos
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNI	Plano Nacional de Imunização
POA	Plano Operativo Anual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regionalizada de Atenção à Saúde
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
UNIFIPA	Centro Universitário Padre Albino
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Histórico da formação das Regiões de Saúde 14
1.1.1 NOAS/SUS 14
1.1.2 Pacto pela Saúde 16
1.1.2.1 Orientações para a atualização do PDR de acordo com o Pacto pela Saúde – Portaria GM/MS Nº399/2006 16
1.2 Níveis de Atenção à Saúde 17
1.2.1 Atenção Primária à Saúde – APS 18
1.2.2 Média Complexidade 19
1.2.3 Ambulatório Médico de Especialidades (AME) 20
1.2.4 Hospital Universitário (HU) 22
1.3 Redes de Atenção à Saúde (RAS) 22
1.4 Gestão em Saúde 24
1.5 Organizações Sociais de Saúde (OSS) 25
1.6 Contratualização do Estado com os Hospitais de Ensino (HE) 26
2 OBJETIVOS 28
2.1 Objetivo Geral 28
2 Objetivos Específicos 28
3 MATERIAIS E MÉTODOS 29
3.1 Análise dos dados 29
3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa 30
4 CENÁRIOS DE ESTUDO 31
4.1 DRS XV e o Colegiado de Gestão de Catanduva 31
4.2 A FUNDAÇÃO PADRE ALBINO (FPA) 33
4.3 AME 34
4.4 O HEEC 35
4.4.1 Atualidade 35
5 RESULTADOS 36
5.1 Estatística descritiva 36

5.2 Estatística analítica 40
5.3 Resultados Qualitativos.....42
6 DISCUSSÃO 45
6.1 AME 2017 *vs* 2018 45
6.2 HEEC 2017 *vs* 2018.....48
6.3 AME *vs* HEEC 2017 50
6.4 AME *vs* HEEC 2018 53
6.5 AME *vs* HEEC 2017 + 2018 55
6.6 Rede de Atenção à Saúde 58
6.7 Absenteísmo 62
6.8 Modelos de Gestão AME *vs* HEEC 63
6.8.1 AME.....64
6.8.2 HEEC 66
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 69
REFERÊNCIAS.....71
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....80
ANEXO B – Gráfico números de atendimentos AME e HEEC.....81

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos da sua implantação e solidificação, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por um processo de descentralização e regionalização buscando um atendimento real das necessidades da população brasileira, a qual é heterogênea em suas demandas. A regionalização estimula a criatividade e a busca conjunta dos melhores caminhos e das soluções mais adequadas a cada situação[1]. Por muitos anos as decisões tomadas nem sempre atingiam as reais necessidades daqueles que seriam contemplados com os serviços propostos. Assim, o processo de descentralização foi essencial para o desenvolvimento do Sistema de Saúde Público Brasileiro.

A lógica de organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade[2].

O acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares, ou seja, a média e alta complexidade[2].

A média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todos os municípios do país, em grande parte muito pequenos[2].

1.1 Histórico da formação das Regiões de Saúde

1.1.1 NOAS/SUS

O objetivo da NOAS/SUS é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal. O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a[3]:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Plano Nacional de Imunização (PNI) para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle de doenças bucais mais comuns;
- suprimento e dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade. Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada

Estado. São eles[3]:

- Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado um Estado pode dividir-se em regiões e/ou microrregiões de saúde;
- Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada;
- Município-Polo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção; e
- Microrregião de Saúde – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual.

A NOAS/SUS definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar.

O Financiamento Federal das ações ambulatoriais é feito com base em um valor per capita nacional. As Unidades Federativas (UF) deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Cabe às SES a coordenação da PPI no âmbito do Estado.

A PPI aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do

Estado, sendo que o limite financeiro de cada município será composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada, de acordo com as negociações expressas na PPI[3].

1.1.2 Pacto pela Saúde

Um dos grandes avanços do SUS, em 2006, foi a construção e aprovação do Pacto pela Saúde, um conjunto de diretrizes elaboradas e pactuadas de forma tripartite (Estado, Município e União), na perspectiva de superar as dificuldades apontadas para a consolidação do SUS. Aprovado e regulamentado pelas Portarias GM 399 de 22 de fevereiro de 2006[4] e GM 699 de 30 de março de 2006[5], na reunião da CIT) de 14 de dezembro de 2006, o Pacto pela Saúde representa um avanço na consolidação do SUS.

O Pacto pela Saúde surgiu como uma forma de entrelaçar os municípios por meio de metas a serem cumpridas e permitir que exista um financiamento mais justo para os municípios de maior porte que acabam drenando os atendimentos secundários e terciários dos vizinhos que se responsabilizam somente pelo atendimento básico, quando o fazem[6]. Este novo processo teve como objetivo promover inovações na condução e nos instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, para melhor atender à população[7], e estabelece uma nova forma de relação entre os gestores, promovendo um conjunto considerável de mudanças articuladas em três dimensões que englobam o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão[5].

1.1.2.1 Orientações para a atualização do PDR de acordo com o Pacto pela Saúde – Portaria GM/MS Nº399/2006[4]

A organização do estado em Regiões de Saúde tem como objetivos garantir:

- o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local/municipal;
- o direito à saúde, a redução das desigualdades sociais e territoriais e

promoção da equidade, ampliando a visão dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locorregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no âmbito do estado;

- a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- a potencialização do processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem o seu papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locorregionais possam ser organizadas e expressadas na região;
- a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Ao definir as Regiões de Saúde, é preciso estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos respectivos gestores do SUS. O Pacto pela Saúde[5] propõe que, no território municipal, se desenvolvam todas as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive ações básicas de vigilância em saúde e que, nas Regiões de Saúde, exista a suficiência de parte da média complexidade. Quando for o caso, outros recortes podem ser definidos, tais como macrorregião de saúde, onde se localizam os serviços especializados de maior densidade tecnológica. A regionalização definida a partir destes parâmetros, agregando outros, de acordo com a realidade, favorece a ação cooperativa entre os gestores do SUS e o fortalecimento do controle social. Além disso, é fundamental para organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado[8].

1.2 Níveis de Atenção à Saúde

A hierarquização no SUS se faz necessária para que possamos organizar os diversos níveis de atenção em saúde e montar uma rede adequada e acessível. A

porta de entrada é feita pela APS a partir da qual existe o acesso aos demais níveis de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Sendo assim, passaremos a definir os níveis de atenção primário, secundário e as redes de atenção em saúde, os quais serão abordados nessa tese.

1.2.1 Atenção Primária à Saúde - APS

A Portaria do Ministério da Saúde nº. 648/2006[9], que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica[10], estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define assim a atenção básica em saúde, em seu anexo:

> A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (...). A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

Portanto, a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega baixa densidade tecnológica. Por baixa densidade tecnológica fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e de menor custo, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

Os insumos e equipamentos devem ser aqueles necessários para atendimento das prioridades definidas para a saúde local, com a “garantia dos fluxos

de referência e contra referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar". Assim, fica claro que, embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços, não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS[11].

1.2.2 Média Complexidade

A Atenção Ambulatorial Especializada não tem sido objeto, até o momento, de grandes debates que interroguem os arranjos instituídos e indiquem a possibilidade de novas modelagens, novos arranjos, tampouco novos modos de financiamento. Existem somente parâmetros organizativos baseados na oferta de consultas e procedimentos, voltados para grupos ou patologias específicos e debatidos segundo a lógica que cada um destes grupos (de especialistas), entendidos como sendo a melhor forma de organizar a oferta e o financiamento. Entretanto, parâmetros construídos a partir de uma série histórica baseada na capacidade instalada, orientada pela oferta e não por qualquer tentativa de captar, mapear necessidades, parecem não ser suficientes para responder à complexidade desse desafio para o SUS[12].

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento[13]. Esse atendimento segue um fluxo hierárquico e comumente, os pacientes são provenientes das Unidades de Atenção Primária. Nesses casos em específico não houve resolução ou seguimento clínico na porta de entrada do sistema e tiveram que ser encaminhados.

Os limites entre a atenção especializada e a atenção primária, entretanto, não são precisos, mesmo porque a abrangência da atenção básica depende de definições políticas, adotadas em função das circunstâncias sociais e econômicas conjunturais[2]. Dessa forma, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada. Torna-se

imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a atenção especializada e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais[14].

Os serviços ambulatoriais especializados recebem diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleos de Especialidades da Saúde, Centro de Referência Especializada etc., de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos. Nestas unidades de saúde, além da oferta de consultas médicas especializadas, os usuários também têm acesso aos principais Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)[2]. De acordo com o presente estudo, descreveremos os equipamentos em destaque, no caso um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e um Hospital-Escola.

1.2.3 Ambulatório Médico de Especialidades (AME)

O AME é um centro ambulatorial de diagnóstico e orientação terapêutica em especialidades médicas, que, além de ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados, deve proporcionar atendimento rápido e eficaz. O atendimento no AME é referenciado e seu escopo de atividades estabelecido com base nas necessidades da rede básica dos municípios[15].

Com a baixa resolubilidade da rede básica de Saúde, que encaminha pacientes precocemente, sem a devida exploração dos casos, houve a necessidade de criar um novo equipamento para que fosse utilizado como um apoio para atendimentos de pacientes que ficavam “perdidos“ dentro da Rede de Atenção à Saúde. Nesta perspectiva, surgiram os AME, que foram unidades de Saúde concebidas para atender a certas necessidades e problemas assistenciais observados no desenvolvimento do SUS/SP[16].

Alguns princípios fundamentais orientam e caracterizam os AME e devem diferenciá-los dos ambulatórios médicos tradicionais, entre os quais se destacam:

1. **A origem dos pacientes**: o encaminhamento de pacientes para os AME deve ser feito obrigatoriamente pela rede básica de Saúde municipal, dos municípios da área de abrangência da unidade. Os AME não devem receber pacientes diretamente por busca espontânea. A integração com as unidades municipais, além de atender às necessidades locais de saúde, é fundamental para o sucesso da contra referência dos pacientes após o atendimento na unidade;
2. **A forma do encaminhamento:** o paciente jamais deve ser encaminhado com "papel" sem agendamento prévio. As filas de madrugada nas portas dos AME não podem existir. O agendamento de consultas deve ser realizado pela rede municipal por meio de um sistema informatizado *online*, facilitando a escolha pelo usuário do melhor dia e horário. Deve-se estar atento aos "gargalos" e ao absenteísmo e orientar os gestores do SUS sobre as atribuições e propostas dos AME, inclusive por meio de diretrizes técnicas que evitem deslocamentos desnecessários do paciente para os novos serviços. Da mesma forma, deve-se garantir o agendamento da contra referência ou de exames especializados, cirurgias e atendimento oncológico, entre outros;
3. **O perfil do atendimento no AME**: deve ser definido, por acordo entre as Secretarias Municipais de Saúde (Colegiado de Municípios adstritos a cada AME), os hospitais da região (para a necessária transferência de casos entre os AME e essas unidades) e o Departamento Regional de Saúde (DRS) estadual; e
4. **O acompanhamento dos pacientes**: o AME não pode se tornar um ambulatório tradicional com suas filas de espera e demanda reprimida. Não pode haver impedimentos para os atendimentos de novos pacientes ou para a realização de exames necessários. Após a realização dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, os pacientes não devem ser acompanhados no próprio AME. Idealmente, seria interessante que os médicos dos AME fizessem o menor uso possível dos receituários.

Embora pareça paradoxal, essa medida dá a tônica da unidade: a devolução

dos pacientes para acompanhamento e tratamento na rede básica ou na rede de alta complexidade é primordial para que as unidades funcionem e garantam o acesso de todos a exames em tempo adequado. Certamente, isso somente será possível se a rede básica de Saúde estiver qualificada adequadamente para os atendimentos dos agravos. Da mesma forma, os casos que necessitem de acompanhamento especializado devem contar com a rede de ambulatórios tradicionais de referência, em condições de recebê-los para o seguimento. Com esses princípios, fica mais claro o perfil dessa nova unidade, que deve produzir serviços ambulatoriais de Saúde com alta e pronta resolubilidade, ou seja, deve ser resolutivo no menor tempo possível[16].

1.2.4 Hospital Universitário (HU) ou Hospital-Escola

Os HU são referências para atendimento de média e alta complexidade dentro de uma Rede de Atenção à Saúde. Embora sejam unidades de maior complexidade, constata-se que os HU ainda realizam uma grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, tanto internação como ambulatorial, casos que poderiam ser encaminhados para outros serviços do sistema. A realização de procedimentos de baixa complexidade nos HU apresenta vários inconvenientes, entre os quais: utiliza-se um serviço de alta capacidade instalada, com pessoal especializado e, portanto, com atendimentos em média, mais custosos para procedimentos simples e que seriam mais bem realizados em unidades básicas de saúde; os pacientes, na busca do atendimento continuado no HU para problemas básicos de saúde, são forçados a deslocamentos frequentes para fora de seu município, pois os HU são habitualmente localizados em municípios maiores, polos de sua região; finalmente, os atendimentos de baixa complexidade realizados no HU bloqueiam as agendas para os procedimentos de maior complexidade, provocando o surgimento de filas de espera[17].

Em 2004, foi instituído um novo processo de certificação de hospitais de ensino que passaram a fazer jus a uma nova modalidade de contratação com o SUS. A Portaria Interministerial MEC-MS nº 1000 de 15 de abril de 2004[18], define então os novos requisitos para a certificação e estabelece como hospital de ensino as instituições hospitalares que servem de campo para a prática de atividades

curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais ou especializados. Em suas considerações, a Portaria ressalta que:

> [...] as Instituições de Ensino Superior, na área da saúde, têm, nas diretrizes curriculares nacionais, a determinação de contemplar, na formação dos profissionais, o sistema de saúde vigente no País, com atenção integral a saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência, tendo como base o trabalho em equipe, com ênfase o SUS.

1.3 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela OMS como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes[19].

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento, pela situação de dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção a crônicos, como resultado da ditadura das condições agudas[20]. Isso não está dando certo nos países desenvolvidos, isso não dará certo nos países em desenvolvimento[21]. A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público[21].

As Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral,

os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados[20]. O modo de organizar as RRAS, define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só, alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá, também na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade[21].

Ao se propor um modelo de atenção para os serviços de modo a organizá-los de forma regionalizada e hierarquizada, constituindo uma rede primária, secundária e terciária, tornam-se indispensável ao planejamento desses serviços as estimativas de consumo dos serviços de saúde. Em outros termos, é necessário que se conheça não só as características individuais e sócio econômicas da clientela alvo dos serviços, mas o motivo pela qual ocorre a procura pelos serviços e o quanto se utiliza deles, para que seja possível estimar uma cobertura compatível de serviços[22].

1.4 Gestão em Saúde

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais

instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população[23]. É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração, e que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio[24]. Na Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a gestão é definida como "a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria"[25].

A avaliação da situação de saúde, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de acompanhamento, monitoramento e avaliação realizadas com base nas informações produzidas no cotidiano da atenção[26] A utilização de contratos de gestão tem sido comum na parceria estabelecida com o terceiro setor, como entre as Organizações Sociais (OS) e o Governo na gestão de vários hospitais, principalmente no Estado de São Paulo. Essa ferramenta, atualmente também vem sendo utilizada por alguns governos municipais e estaduais, no estabelecimento de pactuações dentro de suas secretarias e órgãos, como forma de maior participação e corresponsabilidade dos atores envolvidos na garantia da qualidade do cuidado e dos serviços de saúde[27].

1.5 Organizações Sociais de Saúde (OSS)

As OSS são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o estado e colaboram, de forma complementar, para a consolidação do SUS conforme previsto em sua lei orgânica, Lei nº 8.080/1990[28, 29]. A Lei federal 9.637/1998[30] foi o marco legal para a estruturação das OSS autônomas, definidas como "pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento

tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde". Essas organizações foram concebidas no contexto do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do estado em 1995. A ideia central era definir os objetivos e as diretrizes da administração pública no Brasil, migrando de um modelo burocrático, centrado no controle dos processos, para um modelo gerencial, que prioriza a obtenção de resultados. Nesse modelo, o estado reduz o seu papel como executor e prestador direto de serviços, preservando e ampliando sua função de planejador, regulador e cobrador de resultados[15].

Em 1998, o Governo do Estado de São Paulo sancionou uma lei específica para a qualificação de Organizações Sociais (846/98) com atividades dirigidas à saúde e à cultura, baseada na lei federal 9.637. A lei estadual especifica que apenas as organizações sem fins lucrativos podem ser qualificadas como OS e que um serviço de saúde administrado por uma OSS deve prestar serviços exclusivamente para o SUS[15]. No modelo de gestão em parceria com OSS, o governo planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato. A Secretaria de Saúde negocia e firma, anualmente, contratos de gestão com cada uma das OSS que gerenciam os serviços, empenhando recursos orçamentários do tesouro estadual, em troca de resultados de desempenho específicos. A responsabilidade direta pela administração da unidade é das OS, entidades que devem comprovar ter pelo menos cinco anos de experiência em administrar programas ou serviços de saúde próprios, de modo a evitar a qualificação de instituições sem a expertise necessária para executar o contrato de gestão proposto[15].

Os resultados alcançados são supervisionados e avaliados por uma comissão específica, que verifica o cumprimento das metas estipuladas no contrato de gestão. Além disso, os hospitais sob gerenciamento de OSS devem publicar anualmente suas contas em Diário Oficial do Estado, para a revisão do Tribunal de Contas estadual, que deve aprovar a sua execução[15].

1.6 Contratualização do Estado com os Hospitais de Ensino (HE)

A nova modalidade de contratualização dos hospitais de ensino, envolve a definição de metas pactuadas com os gestores locais do SUS e uma nova regra de remuneração global com base no cumprimento das metas estabelecidas. Neste aspecto, é evidente a necessidade de melhoria da gestão dessas instituições que devem apresentar eficiência no uso dos recursos, devendo para tal, no mínimo, saber o quanto custam os procedimentos realizados[31]. A contratualização entre secretaria municipal e/ou estadual e o hospital institui um processo inovador de negociação sobre as atividades a serem desenvolvidas pelo hospital, expressas em um Plano Operativo Anual (POA), os mecanismos de monitoramento e avaliação, os recursos envolvidos e os critérios de repasse, incluindo ainda outras exigências[32]. Os convênios/contratos têm duração máxima de cinco anos, com renovação anual do POA e orçamento, os quais podem ser revistos a qualquer momento através de Termo Aditivo, desde que acordado entre as partes[32].

O POA discrimina todos os serviços ofertados, a estrutura tecnológica e a capacidade instalada do hospital. Nele, constam as metas e indicadores de produção (internações, consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento); de inserção na rede; de qualificação da assistência; de aperfeiçoamento da gestão; de atuação no ensino, na formação e na educação permanente dos profissionais do hospital e da rede; e de desenvolvimento de pesquisa e de avaliação tecnológica em saúde[32]. O POA e o convênio/contrato devem ser monitorados e avaliados, ao menos uma vez ao mês por uma Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos, constituída e coordenada pela Secretaria de Saúde, com representação do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários[32].

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os componentes e perfis de gestão/atendimento de dois ambulatórios de atenção secundária no município de Catanduva-SP.

2.2 Objetivo Específico

- Comparar os modelos de atenção à saúde nos dois ambulatórios;

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, em que foram avaliados os componentes e perfis de gestão/atendimento e resolutividade dos serviços do Ambulatório do Hospital-Escola Emílio Carlos (HEEC) e do AME Catanduva-SP durante o biênio 2017-2018. O período foi definido por ser a base de dados mais atualizada no momento do estudo. A coleta de dados foi feita, tanto do AME quanto do HEEC, por meio do banco de dados da Fundação Padre Albino (FPA) que é a instituição mantenedora, bem como, junto a *sites* de informação geográfica como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e informações de Saúde, como o CNES. Além disso, foram realizadas entrevistas com gestores da FPA, do AME, do HEEC e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Catanduva.

Foram analisados os seguintes dados ambulatoriais:

- número de atendimentos médicos;
- número de faltas;
- número de médicos;
- carga horária dos médicos; e
- número de alta global.

Foram selecionadas algumas especialidades médicas que os serviços possuem em comum. Neste caso, especificamente Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Neurologia e Ortopedia.

3.1 Análise dos dados

Inicialmente foi realizada uma análise exploratória dos dados obtidos, seguida de apresentação dos resultados através de estatística descritiva e posteriormente os dados foram submetidos a análise estatística comparativa, empregando testes de hipóteses apropriados para comparações entre variáveis coletadas nos dois serviços de saúde. Para verificação de diferenças entre médias, foi empregado o teste t de *Student* para amostras independentes, enquanto que para comparação de medianas, utilizou a teste de Mann-Whitney para amostras independentes. Foi considerado um nível de significância de 5%. Não foi calculado tamanho de amostra, pois, selecionou-se estudar todos os atendimentos ocorridos no período de dois anos (2017 e 2018) em ambos os serviços.

3.2 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA), atualmente Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), registrado no CAAE n° 58689516.9.0000.5430, parecer nº 1.682.308 (Anexo A), sendo a coleta realizada após autorização das direções da UNIFIPA, do AME e do HEEC.

4 CENÁRIOS DE ESTUDO

4.1 DRS XV e o Colegiado de Gestão de Catanduva

A SES-SP tem longa tradição de administração descentralizada: o histórico da descentralização da saúde no Estado de São Paulo guarda forte correspondência com os momentos da descentralização administrativa da SES. As experiências de descentralização da SES antecedem a criação do SUS, a exemplo da “Reforma Leser”, de 1967, regulamentada por decreto em 1969, que criou Divisões Regionais e Distritos Sanitários e da criação dos 57 Escritórios Regionais de Saúde – ERSA – pelo Decreto 25.519/1986, que seriam posteriormente ampliados para 65, substituindo as divisões anteriores. A partir de 1995, os ERSA foram transformados em 24 Diretorias Regionais de Saúde (DIR) - com mudança no papel que deveriam desempenhar na gestão do sistema estadual de saúde e posteriormente, a partir de 2006, adquiriram a conformação atual de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Posteriormente, a partir da política ministerial do Pacto de Saúde estabelecido pelas Portarias GM/MS nº 399/2006 e nº 699/2006, foram estabelecidas conjuntamente pela SES/SP e os municípios, 64 regiões de saúde entendidas como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados do território”. Finalmente, a partir de 2011, em função da Portaria GM/MS nº 4279/2010, que estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, a SES e os municípios estabeleceram as Redes Regionais de Atenção à Saúde, que compreendem regiões, cujos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, devem apresentar suficiência na atenção básica, na média complexidade e parte da alta complexidade entre outras questões e serviram de base para o estabelecimento das redes temáticas do Ministério da Saúde (urgência/emergência, cegonha, crônicas – cardiologia, oncologia, neurologia, ortopedia, pessoa portadora de deficiência)[33].

O Colegiado de Gestão Regional de Catanduva foi formado atendendo as

normativas do Pacto pela Saúde de 2006. É composto por 19 municípios que são: Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Embaúba, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novais, Novo Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pirangi, Pindorama, Sales, Santa Adélia, Tabapuã e Urupês. Compõem uma região com 318.330 habitantes, segundo dados do IBGE[34]. A Tabela 1 demonstra as características da região do estudo.

Tabela 1 – Características da região de coleta dos dados estudados

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (2018)	IDH* (2010)	COB. PLANO PRIV
Ariranha	9.573	0,733	3.197 (33,4%)
Catanduva	121.210	0,785	45.553 (37,5%)
Catiguá	7.752	0,751	3.381 (43,6%)
Elisiário	3.604	0,747	1.087 (30,1%)
Embaúba	2.456	0,730	636 (25,9%)
Fernando Prestes	5.771	0,758	1.785 (30,9%)
Irapuã	7.937	0,713	1.249 (15,7%)
Itajobi	15.226	0,730	3.134 (20,5%)
Marapoama	2.996	0,752	524 (17,5%)
Novais	5.712	0,719	970 (16,9%)
Novo Horizonte	40.680	0,753	11.249 (27,6%)
Palmares Paulista	13.058	0,722	4.088 (31,3%)
Paraíso	6.411	0,749	2.300 (35,8%)
Pindorama	16.877	0,737	5.380 (31,8%)
Pirangi	11.362	0,756	2.275 (20%)
Sales	6.253	0,751	530 (8,4%)
Santa Adélia	15.397	0,760	5.856 (38%)
Tabapuã	12.328	0,735	3.144 (25,5%)
Urupês	13.727	0,745	3.678 (26,8%)
Total / Média	**318.330**	**0,743**	**100.016 (31,4%)**

* IDH – Índice de Desenvolvimento Humano Fonte: IBGE[34]

Na Tabela 2 são especificados os números de Centro de Saúde, UBS, EFS e Centro de Especialidade.

Tabela 2 – Organização da Rede Básica de Atenção à Saúde na Região de coleta dos dados estudados

MUNICÍPIO	CENTRO DE SAÚDE	UBS	ESF	CENTRO DE ESPECIALIDADE
Ariranha	1		2	
Catanduva		6	19	1
Catiguá		1	1	
Elisiário		1	1	
Embaúba		1		
Fernando Prestes	1	1		
Irapuã		1	2	
Itajobi			5	
Marapoama	1	1		
Novais	1	1		
Novo Horizonte	1	4		
Palmares Paulista		1	2	
Paraíso		2		
Pindorama	1	1	2	1
Pirangi	1	2		
Sales	1			
Santa Adélia	1	7		1
Tabapuã		2	1	
Urupês	1	4		
Total	**10**	**36**	**35**	**3**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

4.2 A FUNDAÇÃO PADRE ALBINO (FPA)

A FPA foi fundada em 27/03/1968 e na data de 29/03/1968 foi realizada a sua primeira reunião, que mesmo após a morte de seu patrono, em 1973, prosseguiu o seu trabalho, através dos membros do Conselho de Curadores, que continuam sua obra com eficiência, seriedade e transparência[35].

4.3 AME

Gerido pela FPA, o AME de Catanduva é referência para atendimento de 19 municípios – Ariranha, Catanduva, Catiguá, Elisiário, Embaúba, Fernando Prestes, Irapuã, Itajobi, Marapoama, Novais, Novo Horizonte, Palmares Paulista, Paraíso, Pindorama, Pirangi, Sales, Santa Adélia, Tabapuã e Urupês. Em sua plenitude de atendimentos poderão ser realizadas trimestralmente até 11,3 mil consultas médicas, 4.000 consultas não-médicas, 28,3 mil exames de apoio diagnósticos, incluindo laboratório e 4.000 sessões de fisioterapia. O número de atendimentos foi definido em parceria com os municípios, após análise das necessidades da região. O prédio com 2,5 mil m^2, foi construído pela prefeitura de Catanduva e abriga 24 consultórios médicos, quatro não-médicos, 17 salas para exames, duas salas de curativo, uma de medicação, uma para procedimentos, duas de enfermagem e uma para repouso/observação[36].

O AME de Catanduva está localizado na Rua Cascata, 825, Parque Iracema e funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas. O atendimento é referenciado para pacientes encaminhados pelos municípios da região. Especialidades médicas oferecidas: Acupuntura, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, mastologia, neurologia infantil, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia e urologia. Serviços de apoio diagnóstico: audiometria/impedanciometria, bera, cistoscopia, colposcopia, densitometria, eletrocardiograma, eletroencefalografia, eletroneuromiografia, ecocardiografia/Doppler, vascular/ultrassonografia, endoscopias, espirometria, nasofibroscopia, mamografia, holter/mapa, radiologia simples, teste ergométrico, estudo urodinâmico, exames oftalmológicos. Outros serviços: Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Pequenas cirurgias

4.4 O HEEC

4.4.1 Atualidade

Atualmente, o hospital conta com 143 leitos de internação, sendo 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 10 leitos para moléstias infectocontagiosas (MI), sendo 2 deles de Hospital Dia e 8 para internação em MI. O Hospital é referência para Catanduva e região, pois dispõe de ambulatórios com 38 consultórios, distribuídos nas seguintes áreas: Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Psiquiatria, Dermatologia, Moléstias Infecciosas, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Gastrocirurgia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Clínica Médica Geral, Clínica Vascular, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Aconselhamento Genético, Infectologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Obstetrícia, Oncologia, Pneumologia Geral, Reumatologia, Urologia e Geriatria.

5 RESULTADOS

5.1 Estatística descritiva

Apresentamos os dados divididos por tabelas. Cada tabela representará uma ou mais variáveis e serão apresentadas conforme cada ano em estudo. Na Tabela 3, estão descritos a carga horária mensal e números de médicos no ano de 2017.

Tabela 3 - Carga Horária Mensal (CHM) e Número de Médicos (NM) em 2017

HEEC	CHM + NM	AME	CHM + NM
CARDIOLOGIA	64 h - 4 Médicos	CARDIOLOGIA	174 h - 3 Médicos
DERMATOLOGIA	25 h - 3 Médicos	DERMATOLOGIA	78 h - 3 Médicos
CIRURGIA GERAL	90 h - 10 Médicos	CIRURGIA GERAL	56 h - 2 Médicos
NEUROLOGIA	44 h - 2 Médicos	NEUROLOGIA	191 h - 4 Médicos
ORTOPEDIA	100 h - 10 Médicos	ORTOPEDIA	89 h- 3 Médicos
TOTAL	**323 h – 29 Médicos**	**TOTAL**	**588 h – 15 Médicos**

Ao calcularmos número de horas por médico, nos deparamos com os seguintes resultados: HEEC - Média de 11,13 horas por médico por mês e no AME 39,20 horas.

A Tabela 4 demonstra o registro de atendimentos em 2017 nas unidades estudadas.

Tabela 4 – Número total de atendimentos registrados em 2017 nas unidades estudadas

HEEC	ATENDIMENTOS	AME	ATENDIMENTOS
CARDIOLOGIA	3098	CARDIOLOGIA	5356
DERMATOLOGIA	1192	DERMATOLOGIA	2011
CIRURGIA GERAL	4248	CIRURGIA GERAL	1493
NEUROLOGIA	1175	NEUROLOGIA	3764
ORTOPEDIA	16352	ORTOPEDIA	3924
TOTAL	**26065**	**TOTAL**	**16548**

Um indicador importante para analisarmos a produtividade do serviço é o comparativo entre o número de atendimentos pela carga horária. Se formos fazer o cálculo, veremos que no AME tivemos uma média de 2,34 atendimentos por hora e

no HEEC 6,72 atendimentos por hora. Desta forma obtivemos um número 2,87 vezes maior por parte do Hospital-Escola. Em números absolutos, o HEEC atendeu 57,51% a mais do que o AME.

A Tabela 5 demonstra o registro de faltas em 2017 nas unidades estudadas.

Tabela 5 – Número total de faltas registradas em 2017 nas unidades estudadas

HEEC	FALTAS	AME	FALTAS
CARDIOLOGIA	485	CARDIOLOGIA	298
DERMATOLOGIA	330	DERMATOLOGIA	612
CIRURGIA GERAL	751	CIRURGIA GERAL	326
NEUROLOGIA	339	NEUROLOGIA	826
ORTOPEDIA	2824	ORTOPEDIA	597
TOTAL	**4729**	**TOTAL**	**2659**

Somando os dois serviços, registrou-se um total de 7.388 faltas no ano de 2017. O HEEC apresentou número de faltas 77,84% a mais que o AME.

O número total de altas registradas nas unidades estudadas em 2017 está descrito na Tabela 6.

Tabela 6 - Número total de altas registradas nas unidades estudadas em 2017

HEEC	ALTAS	AME	ALTAS
CARDIOLOGIA	160 (5,16%)	CARDIOLOGIA	1864 (34,80%)
DERMATOLOGIA	59 (4,94%)	DERMATOLOGIA	576 (28,64%)
CIRURGIA GERAL	199 (4,68%)	CIRURGIA GERAL	1018 (68,18%)
NEUROLOGIA	95 (8,08%)	NEUROLOGIA	939 (24,94%)
ORTOPEDIA	322 (1,96%)	ORTOPEDIA	1536 (39,14%)
TOTAL	**835 (3,20%)**	**TOTAL**	**5933 (35,85%)**

Foram 5933 de um total de 16.548 atendimentos. Desta forma, calculamos uma resolução de 35,85% no AME. Já no HEEC foram 835 altas em 26.065 atendimentos, ou seja, 3,20%. Esse cálculo é em relação ao número total de atendimentos. Entretanto, no AME, o contrato de gestão preconiza a análise do número de altas em relação ao número de primeiras consultas.

Na Tabela 7, estão descritos a carga horária mensal e números de médicos no ano de 2018.

Tabela 7 - Carga Horária Mensal (CHM) e Número de Médicos (NM) nas Unidades estudadas em 2018

HEEC	CHM + NM	AME	CHM + NM
CARDIOLOGIA	80h - 4 Médicos.	CARDIOLOGIA	101h - 2 Médicos
DERMATOLOGIA	40h - 2 Médicos	DERMATOLOGIA	76h - 3 Médicos
CIRURGIA GERAL	90h - 10 Médicos	CIRURGIA GERAL	62h - 2 Médicos
NEUROLOGIA	60h - 3 Médicos	NEUROLOGIA	186h - 3 Médicos
ORTOPEDIA	100h - 10 Médicos	ORTOPEDIA	152h - 4 Médicos
TOTAL	**370h – 29** Médicos	**TOTAL**	**577h –14** Médicos

Ao calcularmos o número de horas por médico, nos deparamos com os seguintes resultados: HEEC Média de 12,75 horas por médico por mês e no AME 41,21 horas.

A Tabela 8 demonstra o registro de atendimentos em 2018 nas unidades estudadas.

Tabela 8 – Número de Atendimentos nas Unidades estudadas em 2018

HEEC	ATENDIMENTOS	AME	ATENDIMENTOS
CARDIOLOGIA	3849	CARDIOLOGIA	3448
DERMATOLOGIA	937	DERMATOLOGIA	2096
CIRURGIA GERAL	3915	CIRURGIA GERAL	1903
NEUROLOGIA	1456	NEUROLOGIA	3546
ORTOPEDIA	19335	ORTOPEDIA	6310
TOTAL	29.492	TOTAL	17.303

Um indicador importante para analisarmos a produtividade do serviço é o comparativo entre o número de atendimentos pela carga horária. Se formos fazer o cálculo, veremos que no AME tivemos uma média de 2,49 atendimentos por hora e no HEEC 6,64 atendimentos por hora. Desta forma obtivemos um número 2,66 vezes maior por parte do Hospital Escola. Em números absolutos, o HEEC atendeu 70,44 % a mais do que o AME.

A Tabela 9 demonstra o registro de faltas em 2018 nas unidades estudadas.

Tabela 9 – Número de Faltas nas Unidades estudadas em 2018

HEEC	FALTAS	AME	FALTAS
CARDIOLOGIA	1200	CARDIOLOGIA	367
DERMATOLOGIA	871	DERMATOLOGIA	676
CIRURGIA GERAL	1026	CIRURGIA GERAL	373
NEUROLOGIA	546	NEUROLOGIA	958
ORTOPEDIA	4471	ORTOPEDIA	994
TOTAL	8114	TOTAL	3368

Somando os dois serviços tiveram um total de 11.482 faltas no ano de 2018. O HEEC apresentou número de faltas 141% a mais que o AME.

A Tabela 10 demonstra o número total de faltas registradas em 2018 nas unidades estudadas

Tabela 10 – Número de Altas nas Unidades estudadas em 2018

HEEC	ALTAS	AME	ALTAS
CARDIOLOGIA	158 (4,10%)	CARDIOLOGIA	944 (27,37%)
DERMATOLOGIA	89 (9,49%)	DERMATOLOGIA	696 (33,20%)
CIRURGIA GERAL	315 (8,04%)	CIRURGIA GERAL	838 (44,05%)
NEUROLOGIA	98 (6,73%)	NEUROLOGIA	1187 (33,47%)
ORTOPEDIA	301 (1,55%)	ORTOPEDIA	2651(42,01%)
TOTAL	961 (3,25%)	TOTAL	6316 (36,50%)

Foram 6.316 altas em um total de 17.303 atendimentos. Desta forma, calculamos uma resolução de 36,50% no AME. Já no HEEC foram 969 altas e 29.492 atendimentos, ou seja, 3,28 % de resolução. Esse cálculo é em relação ao número total de atendimentos. Entretanto, no AME, o contrato de gestão preconiza a análise do número de altas em relação ao número de primeiras consultas.

5.2 Estatística analítica

A seguir são apresentadas as comparações das variáveis selecionadas nas duas unidades estudadas, considerando-se os anos de 2017 e 2018. Na Tabela 11, foram comparadas as medianas dos parâmetros avaliados no AME em 2017 e 2018.

Tabela 11 - Comparação das medianas das variáveis relacionados ao AME - 2017 vs 2018

Parâmetros	AME 2017 (DP)	AME 2018 (DP)	P
Altas	1474 (483,4)	1263 (796,2)	>0,05
Atendimentos	3310 (1561,8)	3461 (1761,7)	>0,05
Faltas	532 (220,3)	674 (303,2)	>0,05

* Ver Gráficos 1, 2 e 3 em Anexo B

Como pode-se notar, não se observou diferença significativas entre as variáveis nos anos de 2017 e 2018 (p>0,05). Na Tabela 12, foram comparadas as medianas dos parâmetros avaliados no HEEC em 2017 e 2018.

Tabela 12 - Comparação das medianas das variáveis relacionados ao HEEC - 2017 *vs* 2018

Parâmetros	HEEC 2017 (DP)	HEEC 2018 (DP)	P
Altas	167 (102,4)	194 (107,4)	>0,05
Atendimentos	5213 (6363)	5898 (7632,6)	>0,05
Faltas	946 (1063,6)	1623 (1610,2)	>0,05

* Ver Gráficos 4, 5 e 6 em Anexo B

Como pode-se notar, não se observou diferença significativas das variáveis entre 2017 e 2018 (p>0,05).

Na Tabela 13, foram comparadas as medianas dos parâmetros avaliados no AME e HEEC em 2017.

Tabela 13 - Comparação das medianas das variáveis relacionados ao AME - 2017 *vs* HEEC - 2017

Parâmetros	AME 2017 (DP)	HEEC 2017 (DP)	P
Altas	1474 (484,3)	167 (102,4)	<0,05
Atendimentos	3310 (1561,8)	5213 (6363)	<0,05
Faltas	532 (220,3)	946 (1063,6)	<0,05

* Ver Gráficos 7, 8 e 9 em Anexo B

Ao se analisar os parâmetros entre as duas unidades estudadas, nota-se diferença significativa (p<0,05) entre as medianas de todos eles, sendo que para altas observa-se que o AME apresentou um número expressivamente maior do que o HEEC, sendo que ao se avaliar o número de atendimentos, bem como de faltas, o valor foi significativamente maior no HEEC.

Na Tabela 14, foram comparadas as medianas dos parâmetros avaliados no AME e HEEC em 2018.

Tabela 14 - Comparação das medianas das variáveis relacionados ao AME - 2018 *vs* HEEC- 2018

PARÂMETROS	AME 2018 (DP)	HEEC 2018 (DP)	P
Altas	1263 (796,2)	194 (107,4)	<0,05
Atendimentos	3461 (1761,7)	5898 (7632,6)	<0,05
Faltas	674 (303,2)	1623 (1610,2)	<0,05

* Ver Gráficos 10, 11 e 12 em Anexo B

Como observado em 2017, também em 2018 ao se analisar os parâmetros entre as duas unidades estudadas, nota-se diferença significativa (p<0,05) entre as medianas de todos eles, sendo que para altas observa-se que o AME apresentou um número expressivamente maior do que o HEEC, sendo que ao se avaliar o número de atendimentos, bem como de faltas, o valor foi significativamente maior no HEEC.

Na Tabela 15, foram comparadas as medianas dos parâmetros avaliados no AME e HEEC em 2017/2018.

Tabela 15 - Comparação das medianas das variáveis relacionados ao AME – 2017/18 vs HEEC 2017-2018

PARÂMETROS	**AME 2017/2018** (DP)	**HEEC 2017/20018** (DP)	P
Altas	1368 (631,1)	180 (100)	<0,05
Atendimentos	3385 (1571,6)	5556 (6634,5)	<0,05
Faltas	603 (260,8)	1284 (1335,1)	<0,05

* Ver Gráficos 13, 14 e 15 em Anexo B

Como esperado, com base nas análises comparativas anteriores, considerando-se 2017 e 2018, ao se analisar os parâmetros entre as duas unidades estudadas, nota-se diferença significativa (p<0,05) entre as medianas de todos eles,

sendo que para altas observa-se que o AME apresentou um número expressivamente maior do que o HEEC, sendo que ao se avaliar o número de atendimentos, bem como de faltas, o valor foi significativamente maior no HEEC.

5.3 Resultados Qualitativos

Esses dados foram colhidos a partir de entrevistas realizadas com os gestores do HEEC e AME Catanduva.

Quadro 1 - Questões apresentadas aos gestores do AME e HEEC com respectivas respostas e comentários

Questão	AME	HEEC	Comentários
1 - Existe um plano operativo para se basear nas ofertas de vagas? Este plano é baseado em um número total ou dividido por especialidades? As decisões são tomadas em conjunto com DRS? Com que frequência? Qual documento de pactuação assinam?	*Não existe um plano operativo, as ofertas são baseadas de acordo com a demanda dos municípios. As decisões são tomadas em conjunto com DRS, o documento é o contrato com a SES.*	*Temos um plano operativo para ofertas de vagas, dividido por especialidade, as decisões são conjuntamente com o DRS, as avaliações são feitas trimestralmente e proposto correções na distribuição das vagas, porém as adequações não são realizadas no mesmo período. Pactuação pela PPI.*	As vagas são determinadas de acordo com a demanda regional, porém ainda assim não conseguem suprir as reais necessidades dos municípios menores. Muito disso vem de encontro com a cultura de que todos pacientes precisam de um médico especialista.
2 - Como funciona o fluxo de interconsultas no próprio ambulatório? O paciente é imediatamente agendado?	*Quando o paciente chega para a primeira consulta e o médico necessita da avaliação de outra especialidade para fechar o diagnóstico. Exceto o paciente que é encaminhado para o anestesista, este libera ou não o paciente para realização de procedimentos/cirurgias. Na maioria das vezes o paciente é agendado imediatamente, caso*	*As interconsultas são solicitadas via sistema informatizado entre as especialidades, porém os pacientes são colocados em fila de espera, apenas algumas especialidades são agendadas imediatamente como a ortopedia e ginecologia.*	As interconsultas devem obedecer o fluxo dentro do próprio ambulatório desde que sirvam para apoio diagnóstico na investigação principal do paciente. Nem sempre as interconsultas são agendadas no próprio serviço. Em determinadas situações, os pacientes precisam

	não ocorra o agendamento no momento em que o paciente sai do consultório, este fica aguardando por demanda e a unidade comunica, por mensagem telefônica e ligação quando o paciente for agendado.		retornar para a APS para pegar nova guia de referência para ser reintroduzido na continuidade do cuidado.
3 - Como é feito o agendamento no ambulatório? Existe número pré estipulado por hora? Cada paciente chega em um horário exato, ou todos chegam juntos e pegam senha (ordem de chegada)?	*O agendamento para o ambulatório é feito através dos municípios (UBS ou Secretaria). Na maioria das especialidades são agendados três pacientes por hora, exceto neurologia e neurologia pediátrica que são agendados dois pacientes por hora e ortopedia, que são agendados quatro pacientes por hora. Cada paciente é agendado em um horário, podendo chegar junto ou não, porém o atendimento é realizado no horário do agendamento e não por ordem de chegado, orientado a chegar 40 minutos antes do horário da consulta para realização do cadastro e ou pré consulta.*	*O Ambulatório é regulado assim: 1ª consulta pelo CROSS, disponibilizamos para o DRS que distribui aos municípios pelo CROSS; retorno e inter consultas internamente; atualmente estipulamos número de pacientes por hora; os pacientes são agendados por horários, porém por dificuldades de transportes eles chegam na sua maioria no mesmo horário, contudo acessam o ambulatório ½ hora antes do início do atendimento, não temos senha, os pacientes se acomodam na sala de espera e são chamados por ordem de agendamento para abertura de FAA e em seguida aguardam ser chamados para o atendimento nos consultórios médicos.*	Existe uma diferença entre os serviços no quesito horários. No AME o paciente possui um horário exato para o agendamento. Como por exemplo, 13h, 13h15min, 13h30min,13h45min .Já no HEEC os pacientes são agendados por hora, ou seja, tem 3 ou 4 pacientes agendados no mesmo horário e serão atendidos de acordo com a ordem de chegada. Muito desse sistema organizacional é atrapalhado pelo sistema de transporte dos municípios que utilizam o serviço. Cada município possui horários de saída e volta. Dessa forma, mesmo com agendamento os pacientes ficam aguardando muito tempo e podem comprometer o serviço.

4 - Existe um protocolo formalizado com critérios para alta ambulatorial?	*Não existe*	*Não existe*	Os protocolos, para que exista maior comprometimento com a alta ambulatorial são essenciais para o bom funcionamento. Mesmo os dois ambulatórios possuindo perfis diferentes na abordagem ao paciente, os protocolos deveriam ser utilizados.
5 - Toda alta ambulatorial é acompanhada de uma guia de contra referência? Existe contra referência direta para os municípios no formato eletrônico? É garantido que as informações dos pacientes cheguem na Atenção Primária dos municípios que são atendidos?	*Toda contra referência é feita em duas vias assinadas pelo médico, uma via fica com o paciente e outra via é encaminhada aos municípios por malote, que é retirada pelos motoristas na recepção da unidade, garantindo que as informações dos pacientes cheguem a Atenção Primaria dos municípios. Não existe contra referência eletrônica direto aos municípios.*	*As altas são formalizadas em contra referencias no formato eletrônico e físico para algumas especialidades; as informações são disponibilizadas via sistema aos municípios, mas nem todos acessam.*	O sistema de contra referência do AME é mais efetivo e realmente colocado em prática. Mesmo enviando uma cópia do documento com o paciente, que por muitas vezes perde, o AME envia por malote ao município que se compromete a colocar nos prontuários dos pacientes para uma adequada coordenação do cuidado. Porém, isso nem sempre ocorre.

6 DISCUSSÃO

6.1 AME 2017 *vs* 2018

O AME é um serviço de funcionamento uniforme e apresenta poucas variações de um ano para outro. O número de médicos foi praticamente mantido, passando de 15 para 14 médicos. Houve redução de um cardiologista e um neurologista, porém aumentando um ortopedista. Com isso a carga horária passou de 588 horas mensais em 2017 para 577 horas em 2018. Diferença de 11 horas mensais e justificadas pela diminuição em um profissional.

Analisando o Relatório de Execução dos Contratos de Gestão da Secretaria do Estado de Saúde de SP (SES-SP)[38] do ano de 2018, nota-se que o AME de Promissão[39,] para as mesmas especialidades médicas do estudo, apresentou 15 médicos com carga horária mensal total de 899 horas. Já no AME de Ituverava[40], observa-se 11 médicos e 364 horas mensais. Com isso pode-se concluir que o AME Catanduva encontra-se dentro dos padrões de outros ambulatórios do estado de São Paulo para esse parâmetro.

Nesse serviço o rodízio de profissionais varia de acordo com a demanda de determinadas especialidades na região. Da mesma forma que, em algumas vezes, precisam aumentar horas ou contratar novos profissionais, muitas vezes outros são desligados ou têm suas cargas horárias reduzidas. Outro fator que interfere nesse dado, são os médicos que pedem para sair do ambulatório, e cumprem o período previsto em contrato de prestação de serviços.

Com a diminuição de um cardiologista houve uma redução significativa na produção ambulatorial desta especialidade. Em 2017 foram atendidos 5.356 pacientes. Já em 2018, foram 3.448 atendimentos, ou seja, uma redução de 35,6%. Em horas mensais trabalhadas, houve uma diminuição de 73 horas mensais, totalizando no ano uma perda de 876 horas.

Já na ortopedia houve um aumento significativo no número de atendimentos. Em 2017 foram 3.924 atendimentos e em 2018, 6.310, ou seja, um aumento de 60,8%. No período houve o acréscimo de um profissional, justificando assim tal levantamento. Em horas mensais, em 2017 era de 89 e passou para 152 em 2018. Um aumento de 63 horas mensais e 756 horas no ano.

Analisando o Relatório Anual de Atividades do AME de Santa Fé do Sul[41], do ano de 2017, encontra-se um número total de atendimentos em Ortopedia de 7.194 e para Cardiologia de 9.193. Comparativamente com o AME Catanduva, nota-se uma proximidade nos números da Ortopedia, porém, uma diferença importante na Cardiologia. Entretanto, deve-se ressaltar que cada região de saúde apresenta suas particularidades, o que com certeza interfere nesse tipo de comparação.

Ao se comparar a cardiologia com a ortopedia com variação observada em um profissional cada, uma para menos e outra para mais, notamos uma diferente interferência. Mesmo que com horas no ano próximas, 756 horas na cardiologia e 876 na ortopedia, essa última especialidade produziu 60,8% a mais e a cardiologia 35,6% a menos. Essa diferença deve-se ao diferente número de vagas ofertadas por hora de cada especialidade. Para a ortopedia são agendados quatro pacientes por hora, enquanto que na cardiologia são três, justificando-se assim, tamanha diferença nos dados.

A mesma lógica discutida anteriormente segue na análise da variável “atendimento por hora”, onde não se observa diferença significativa de um ano para outro dentro das especialidades, provavelmente pelo fato de existir uma agenda organizada. Cada uma com sua particularidade no número de atendimentos por hora, a Cardiologia, Cirurgia Geral e Dermatologia agendam três pacientes por hora, enquanto que a Neurologia são dois pacientes por hora e a Ortopedia são quatro pacientes por hora.

Analisando as altas ambulatoriais e comparando os dois anos, temos em 2017 uma taxa de altas de 35,85% e em 2018 de 36,50%. O preconizado em contrato com o Estado[42] é de um valor acima de 50%. Entretanto, o cálculo aqui realizado foi baseado no número total de atendimentos. Já o Estado[42] entende que a taxa de altas deve ser calculada a partir do número de primeiras consultas. Sendo assim, ao se realizar esse novo cálculo, foram obtidos os seguintes resultados: em 2017 a taxa de altas do AME foi de 64,72% e em 2018 foi de 58,62%. Dessa forma pode-se concluir que a meta foi cumprida. O AME não pode se tornar um ambulatório tradicional com suas filas de espera e demanda reprimida. Não pode haver impedimentos para os atendimentos de novos pacientes ou para a realização de exames necessários. Após a realização dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, os pacientes não devem ser acompanhados no próprio AME[16]

Já em relação às especialidades médicas, há destaque para a cirurgia geral que em 2017 teve taxa de altas de 68,18% e em 2018 71,56%. Essa alta taxa de alta, provavelmente deve-se a objetividade das consultas. Em casos de pequenos procedimentos, como exérese de cisto sebáceo, lipoma, nevus, em aproximadamente três consultas são resolvidos. A primeira consulta é feita avaliação e agendada o procedimento. Na segunda é feita a exérese e enviado material para biópsia. Na terceira é avaliado resultado do anátomo patológico e dada alta ao paciente. Em casos de cirurgias eletivas de maior porte, como colecistectomia e herniorrafia, o paciente ao ter a indicação cirúrgica já será devidamente encaminhado ao Hospital Emílio Carlos para agendamento da cirurgia. Nesses casos, o paciente vindo encaminhado pela APS de forma adequada, com a hipótese diagnóstica formulada e com exames complementares realizados, facilita muito o serviço para que seja dado andamento com maior agilidade[42].

Nos casos de cirurgias eletivas em que o paciente precisa de avaliação pré operatória, seja por cardiologista ou por anestesiologista, poderá ser solicitado interconsulta dentro do próprio serviço para que ao chegar no Hospital Escola já esteja devidamente preparado para o procedimento. Esse fluxo parece facilitar bastante o andamento do processo[42]. Em se tratando de interconsultas, serão autorizadas somente casos em que justifiquem os pedidos. Por exemplo, solicitar oftalmologista para avaliar paciente diabético com possível retinopatia é uma situação plausível. Por outro lado, pedir avaliação dermatológica de paciente hipertenso não será autorizado. É entendido que os pedidos de interconsulta devam seguir uma linha de cuidado[42].

O número de faltas é algo que realmente gera preocupação, seja em qual for o serviço de saúde. No AME observa-se que entre 2017 e 2018, houve um aumento de 26,67% no número de faltas, ou seja, um “salto” de 2.659 para 3368. Em números de absenteísmo representa 13,84% em 2017 e 15,35% em 2018. Sem dúvida um número preocupante para a Saúde Pública em geral[43], por exemplo, no AME de Promissão[39] nota-se taxa de 18,36%, enquanto que no AME de São José do Rio Preto[*] foi de 14,98%[43]. Comparativamente, os números apresentados pelo AME Catanduva encontram-se abaixo dos demais ambulatórios, mesmo com o aumento no biênio avaliado. Acredita-se que essa menor taxa deve-se à intensa campanha realizada pela FPA em relação ao tema[43], em que são propagandas

veiculadas em rádios locais e regionais, outdoors espalhados pela cidade de Catanduva, além de distribuição de folders alertando sobre a importância do comparecimento na consulta ou avisar em caso de falta.

Importante salientar que no AME Catanduva existe uma atuação junto aos municípios que utilizam o serviço. Todas as Unidades de Saúde são orientadas a informar os pacientes sobre o funcionamento. A própria Unidade de Saúde do bairro é quem agenda o paciente no AME e o informa o dia e hora do atendimento. O paciente deve chegar com antecedência de 40 minutos do horário de atendimento e seguir as orientações contidas na filipeta, (comprovante de agendamento que o paciente recebe com várias orientações)[43]. Além disso, são orientados a cancelar a consulta em caso de falta para que seja aproveitada a vaga[36].

6.2 HEEC 2017 *vs* 2018

O HEEC apresentou algumas variações no biênio em estudo. A princípio manteve o número de médicos nos dois anos, ou seja, 29 profissionais. Em relação a carga horária mensal, passou de 323 horas em 2017 para 370 em 2018. Com isso houve um incremento na produção ambulatorial. O número total de consultas passou de 26.065 em 2017 para 29.492 em 2018. Um aumento de 13,15%, acompanhando simetricamente o aumento da carga horária.

O número de atendimento por hora tem destaque em duas especialidades, a dermatologia e a ortopedia. Na primeira houve uma variação para menos. Em 2017 a dermatologia atendeu 3,97 pacientes por hora e em 2018 o número caiu para 1,95. Tal fato deve-se principalmente ao número abusivo de faltas nesta especialidade em 2018. O índice de absenteísmo chegou a 48,17% nesse ano. Já na ortopedia obteve-se os maiores índices de atendimento por hora. Em 2017 foram 13,62 e em 2018, 16,11 atendimento por hora. São números expressivos e de certa forma questionáveis, afinal para tal deveriam atender em média um paciente a cada 4 minutos. Isso é justificado possivelmente pela grande presença de residentes e internos nos ambulatórios de ortopedia. Podem estar atendendo até 4 ou 5 pessoas ao mesmo tempo, o que faria o número ficar mais aceitável. A disposição física do ambulatório também permite que o professor responsável consiga ter acesso aos atendimentos de forma rápida e organizada.

Em números absolutos para fins comparativos, no biênio 2017-18 o HEEC atendeu 35.687 pacientes na Ortopedia. Segundo o Relatório de Gestão do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo[44], foram atendidos 57.825 pacientes na Ortopedia no mesmo período. São números distantes, porém guardadas as devidas proporções, mostra que o HEEC apresentou uma excelente produtividade em comparação ao HCRP.

Sobre a taxa de alta ambulatorial, o HEEC realmente fica muito abaixo do AME como já explicado anteriormente. Nesses dois anos, pode-se notar algumas evoluções. Foram na Cirurgia Geral e na Dermatologia. Na primeira houve um aumento na taxa de 4,68% em 2017 para 8,04% em 2018. Sendo assim, houve aumento em 71,8% na taxa de altas. Já na Dermatologia, a taxa aumentou de 4,94% em 2017 para 9,49% em 2018, ou seja, incremento de 92,10% na taxa de alta ambulatorial da especialidade. Esses aumentos significativos possivelmente são por conta da alteração do perfil de pacientes que buscam as especialidades, já que não houve mudança nos profissionais que lá atuam e nem foram implantados protocolos para alta ambulatorial. Sendo assim, pacientes com queixas mais simples ou objetivas terão maior número de altas. Integrar os hospitais universitários em redes de referência e contrarreferência pode ser muito difícil, particularmente quando se leva em conta os interesses das corporações médicas universitárias em manter a desvinculação entre as funções do hospital e as reais demandas por saúde, com base em argumentos científicos e acadêmicos, conservando seu poder sobre os rumos dos HU[45].

O ponto negativo nas altas ambulatoriais do HEEC fica por conta da Ortopedia. Nos dois anos foi a especialidade que menos deu alta aos seus pacientes. Em 2017 somente 1,96% de taxa de alta, tendo ainda queda nesse número em 2018 para 1,55%. É algo contraditório pensar que uma área tão objetiva possa apresentar tamanha dificuldade em dar alta aos casos. Muito desse dado deve-se ao fato de que neste ambulatório existe o acompanhamento de pacientes, dentre eles, pós-cirúrgico, pré-cirúrgico e doentes crônicos. Independente disso, acredita-se ser um número muito pequeno de altas para tal. Ainda existe muito do preconceito em devolver o paciente para seguimento na APS e desejo de continuidade do cuidado no ambulatório para fins educacionais. Como os HUs estão pouco integrados aos demais níveis de atenção e têm, em geral, total autonomia

gerencial em relação aos sistemas de saúde, acabam atendendo a todos os níveis de atenção. Na verdade, são mais caros também por isto e não somente por incorporarem atividades docentes assistenciais[45].

O número de faltas é algo que realmente gera preocupação seja em qual for o serviço de saúde. No HEEC tivemos entre 2017 e 2018 um aumento de 71,57% nos números de faltas. Foi um “salto” de 4.729 para 8.114. Em números de absenteísmo representa 15,35% em 2017 e 21,57% em 2018. Sem dúvida um número preocupante para a Saúde Pública em geral. Em estudo publicado pelo Boletim Epidemiológico Paulista em 2016[*], a taxa de absenteísmo, em ambulatórios médicos administrados pela Secretaria do Estado de São Paulo, variava aproximadamente entre 20 e 30%. Comparativamente, os números apresentados pelo HEEC encontram-se praticamente dentro da média do referido estudo, principalmente em 2018. Ainda assim, estaria na menor taxa comparativamente ao estudo que varia de 20 a 30%. Ao analisarmos o Relatório de Gestão do Hospital da Universidade Federal do Maranhão de 2016[46], observamos uma taxa de absenteísmo de 37,67%.

Acredita-se que essa menor taxa apresentada pelo HEEC deve-se a intensa campanha realizada pela FPA em relação ao tema. São propagandas veiculadas em rádios locais e regionais, outdoors espalhados pela cidade de Catanduva, além de distribuição de folders alertando sobre a importância do comparecimento na consulta ou avisar em caso de falta[47].

6.3 AME *vs* HEEC 2017

Inicialmente, destaca-se alguns pontos nas comparações entre os dois serviços. No AME houve presença de 15 médicos nas especialidades escolhidas e no HEEC, 29 profissionais. Praticamente o dobro de médicos em números absolutos. Porém, se colocarmos em discussão a carga horária mensal trabalhada, nota-se que no AME foram trabalhadas 588 horas e no HEEC 323 horas. É uma diferença significativa, já que o serviço que apresenta quase o dobro de profissionais, possui 45% a menos de horas mensais.

Esse fato deve-se ao maior tempo dispendido de médicos dentro do AME. Isto pode-se atribuir principalmente pela melhor remuneração que o Ambulatório Médico de Especialidades apresenta aos profissionais. No AME, o valor da hora

paga aos médicos chega a ser o dobro do valor pago no HEEC. Além disso, o contrato de prestação de serviços que os médicos assinam com o AME prevê que se um conjunto de metas forem cumpridas no período estipulado, haverá um adicional no valor da hora[48].

Com tudo isso, visualiza-se uma média de 39,2 horas por médico ao mês no AME e 11,13 horas por médico no HEEC. São números 3,46 vezes maiores no AME. Este fator é compensado na relação número de atendimentos por hora. Enquanto o HEEC atendeu em média 6,72 pacientes por hora, o AME atendeu 2,34, ou seja 2,87 vezes maior no HEEC.

No quesito atendimento por hora, o HEEC tem maior rendimento. São algumas variáveis que nos auxiliam a entender tal fato. Primeiramente o fato de ser um Hospital-Escola. Sendo assim, a presença de acadêmicos (Internos) e médicos residentes auxiliam no atendimento, e o professor responsável discute e avalia cada caso. Isso gera um melhor fluxo e agilidade nas consultas. Já no AME, além de não ter a presença de acadêmicos nos atendimentos, existe uma agenda organizada para atendimentos por hora, de acordo com preconizado por especialidades. Na maioria delas, são agendados três pacientes por hora. Porém, temos variações como na Ortopedia que são 4 pacientes e Neurologia são 2 pacientes por hora. Estas definições são previstas em contrato e são organizadas de acordo com a objetividade e especificidade de cada área[48].

Interessante observar que realmente na especialidade mais objetiva do estudo que é a Ortopedia, obteve-se as maiores médias. No HEEC chegou-se a média de 13,62 atendimentos por hora e no AME 3,67. Já na Neurologia que existe uma necessidade maior de tempo e de mais detalhes nos quesitos história clínica, exame físico, obteve-se as menores médias com 2,22 atendimentos por hora no HEEC e 1,65 no AME.

O Conselho Federal de Medicina (CFM)[49] em parecer consulta n° 30/90 conclui que "*não deve ser da competência de nenhum órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária em qualquer especialidade e que o tempo de duração de cada consulta não pode ser determinado por instruções, mas pelas circunstâncias que cada caso clínico requer ".* É o que referenda a OMS ao atestar: '*Não existe, ainda, orientação sobre a duração ideal das consultas médicas ou um número desejável de pacientes*

atendidos por hora' ".

Sendo assim, nota-se que os serviços em estudo seguem uma linha tradicional de atendimentos e preconizam os detalhes nos atendimentos e não somente números. As diferenças importantes encontradas nas especialidades demonstram que é colocado no contexto o raciocínio clínico e pormenores que cada área de conhecimento necessita para exercer o melhor do seu atendimento.

Em relação a alta ambulatorial, existe uma enorme diferença entre os dois serviços. Enquanto o HEEC apresentou um total de 835 altas ambulatoriais, o AME chegou ao número de 5.933. Proporcionalmente ao número de atendimentos a taxa de alta ambulatorial foi de 3,20% no HEEC e de 35,85% no AME, sendo neste último aproximadamente 11,20 vezes maior em relação ao primeiro. Esses dados devem-se possivelmente a algumas causas. Primeiro deve-se ressaltar que o AME foi instituído para ser um centro diagnóstico e orientador de condutas. Dessa forma, pela logística pré-determinada, o AME a partir da realização do diagnóstico deverá dar alta ao paciente e definir se o mesmo retornará para a APS ou se irá para o ambulatório da especialidade em curso do HEEC. No AME os pacientes não fazem acompanhamento crônico. Ele é um equipamento que serve para apoiar a APS e dar resolutividade mais rápida aos casos. Outra causa pertinente, é que, no contrato da Organização Social que administra o AME com o Governo do Estado de São Paulo, uma das metas a ser cumprida é uma taxa de ambulatorial acima de 50%. Esse fator faz com que o modelo de atenção seja mais resolutivo e dê melhor andamento nos fluxos de vagas para atendimento regional[42].

Já no HEEC, o ambulatório possui um perfil de acompanhamento crônico. Isso faz com que o número de altas seja menor em relação ao AME. Porém, alguns pontos devem ser discutidos. Mesmo prevalecendo o seguimento contínuo, ainda assim, a taxa de altas do ambulatório do HEEC é pequena. O HE também possui contrato com cumprimentos de metas com o Estado. Entretanto, a meta alta ambulatorial não está na contratualização[50].

Atualmente não se encontra estudos que possam mostrar qual a média estabelecida no país de altas ambulatoriais para nos basear, mas sabe-se que existe um número significativo de pacientes no ambulatório secundário que deveria estar na APS. Esse fato deve-se a duas causas principais: A incredulidade por parte do médico especialista em relação a APS e o desejo de manter pacientes para o

ensino médico.

No quesito faltas às consultas, obteve-se números preocupantes em ambos os serviços. Em 2017 foram 2.659 faltas no AME e 4.729 no HEEC. Proporcionalmente, temos 13,84% de absenteísmo no AME e 15,35% no HEEC. São taxas próximas, porém que devem ser analisadas com critério, já que interferem diretamente no funcionamento do sistema público de saúde.

6.4 AME *vs* HEEC 2018

No AME houve presença de 14 médicos nas especialidades escolhidas e no HEEC 29 profissionais. Obteve-se um número maior que dobro de médicos em números absolutos. Porém, ao discutir a carga horária mensal trabalhada, nota-se que no AME foram trabalhadas 577 horas e no HEEC 370 horas. É uma diferença significativa, já que o serviço que apresenta quase o dobro de profissionais, possui 35,8% a menos de horas mensais.

Esse fato deve-se ao maior tempo dispendido de médicos dentro do AME. Isto pode-se atribuir principalmente pela melhor remuneração que o Ambulatório Médico de Especialidades apresenta aos profissionais. No AME, o valor da hora paga aos médicos chega a ser o dobro do valor pago no HEEC. Além disso, o contrato de prestação de serviços que os médicos assinam com o AME prevê que se um conjunto de metas forem cumpridas no período estipulado, haverá um adicional no valor da hora[48]. Com tudo isso, visualiza-se uma média de 41,2 horas por médico ao mês no AME e 12,75 horas por médico no HEEC. São números 3,23 vezes maior no AME. Este fator é compensado na relação número de atendimentos por hora. Enquanto o HEEC atendeu em média 5,54 pacientes por hora, o AME atendeu 2,54, ou seja 2,18 vezes maior no HEEC.

No quesito atendimento por hora, o HEEC tem maior rendimento. São algumas variáveis que nos auxiliam a entender tal fato. Primeiramente o fato de ser um Hospital Escola. Sendo assim, a presença de acadêmicos (Internos) e médicos Residentes auxiliam no atendimento, e o professor responsável discute e avalia cada caso. Isso gera um melhor fluxo e agilidade nas consultas. Já no AME, além de não ter a presença de acadêmicos nos atendimentos, existe uma agenda organizada para atendimentos por hora, de acordo com preconizado por especialidades. Na

maioria delas, são agendados três pacientes por hora. Porém, temos variações como na Ortopedia que são 4 pacientes e Neurologia são 2 pacientes por hora. Estas definições são previstas em contrato e são organizadas de acordo com a objetividade e especificidade de cada área[48].

Observa-se que a objetividade em atendimentos ortopédicos faz com que tenha as maiores médias na produção. No HEEC chegou-se à média de 16,11 atendimentos por hora e no AME 3,46. Enquanto a Neurologia que é uma especialidade mais detalhista apresenta as menores proporções atendimento por hora no AME com a razão 1,58. Interessante observar que realmente na especialidade mais objetiva do estudo que é a Ortopedia, obteve-se as maiores médias. No HEEC chegou-se à média de 16,11 atendimentos por hora e no AME 3,46. Já na Neurologia que existe uma necessidade maior de tempo e de mais detalhes nos quesitos história clínica, exame físico, obteve-se a menor média no AME, que foi de 1,58. No HEEC, curiosamente a menor média de atendimento por hora em 2018 foi da dermatologia que atingiu 1,95. Tal fato deve-se ao aumento significativo de faltas no ambulatório de dermatologia. Foi um aumento de 164% entre 2017 e 2018. Com isso, houve uma diminuição do número de pacientes atendidos e a média em estudo teve queda.

Tratando-se do número de atendimentos por hora é difícil uma definição exata de qual deveria ser o número ideal. Entretanto, muito é debatido sobre diferentes necessidades em diferentes especialidades médicas. Desta forma, em parecer consulta do CFM[49] fica claro que devemos observar e analisar cada paciente atendido e suas demandas, o que acarretará em tempos de consulta diferentes.

Em relação a alta ambulatorial, existe uma enorme diferença entre os dois serviços. Enquanto o HEEC apresentou um total de 969 altas ambulatoriais, o AME chegou ao número de 6.316. Proporcionalmente ao número de atendimentos a taxa de alta ambulatorial foi de 3,28% no HEEC e de 36,50% no AME, sendo neste último aproximadamente 11,12 vezes maior em relação ao primeiro. Esses dados devem-se a algumas causas. Primeiro devemos ressaltar que o AME foi instituído para ser um centro diagnóstico e orientador de condutas. Dessa forma, pela logística pré-determinada, o AME a partir da realização do diagnóstico deverá dar alta ao paciente e definir se o mesmo retornará para a APS ou se irá para o ambulatório da especialidade em curso do HEEC. No AME os pacientes não fazem

acompanhamento crônico. Ele é um equipamento que serve para apoiar a APS e dar resolutividade mais rápida aos casos. Outra causa pertinente, é que, no contrato da Organização Social que administra o AME com o Governo do Estado de São Paulo, uma das metas a ser cumprida é uma taxa de alta ambulatorial acima de 50%. Esse fator faz com que o modelo de atenção seja mais resolutivo e dê melhor andamento nos fluxos de vagas para atendimento regional[42].

Já no HEEC, o ambulatório possui um perfil de acompanhamento crônico. Isso faz com que o número de altas seja menor em relação ao AME. Porém, alguns pontos devem ser discutidos. Mesmo prevalecendo o seguimento contínuo, ainda assim, a taxa de altas do ambulatório do HEEC é pequena. O HE também possui contrato com cumprimentos de metas com o Estado. Entretanto, a meta alta ambulatorial não está na contratualização[50].

Atualmente não encontra-se estudos que possam mostrar qual a média estabelecida no país de altas ambulatoriais para nos basear, mas sabemos que existe um número significativo de pacientes no ambulatório secundário que deveria estar na APS. Esse fato deve-se a duas causas principais: A incredulidade por parte do médico especialista em relação a APS e o desejo de manter pacientes para o ensino médico.

O absenteísmo é uma variável preocupante e tem demonstrado que é rotineira nos serviços em estudo.

Em 2018 foram 3.368 faltas no AME e 8.114 no HEEC. Proporcionalmente, obteve-se 16,29% de absenteísmo no AME e 21,57% no HEEC. Neste ano especificamente, o HEEC apresentou um número significativamente maior, devido principalmente ao aumento de faltas em cardiologia e dermatologia.

6.5 AME *vs* HEEC 2017 + 2018

Inicia-se aqui a comparação da somatória do biênio para avaliar os dados de forma global. No AME obteve-se presença de 29 médicos nas especialidades escolhidas e no HEEC 58 profissionais. Exatamente o dobro de médicos em números absolutos. Porém, colocando-se em discussão a carga horária mensal trabalhada, nota-se que no AME foram trabalhadas 1.165 horas e no HEEC 693 horas. Avalia-se no formato total que, o HEEC possui 40,5% a menos de horas

mensais. Número realmente impressionante na diferença entre os dois serviços.

Esse fato deve-se ao maior tempo dispendido de médicos dentro do AME. Isto pode-se atribuir principalmente pela melhor remuneração que o Ambulatório Médico de Especialidades apresenta aos profissionais. No AME, o valor da hora paga aos médicos chega a ser o dobro do valor pago no HEEC. Além disso, o contrato de prestação de serviços que os médicos assinam com o AME prevê que se um conjunto de metas forem cumpridas no período estipulado, haverá um adicional no valor da hora[48].

Com tudo isso, visualiza-se uma média de 40,17 horas por médico ao mês no AME e 11,94 horas por médico no HEEC. São números 3,36 vezes maior no AME. Este fator é compensado na relação número de atendimentos por hora. Enquanto o HEEC atende em média 6,68 pacientes por hora, o AME atende 2,42, ou seja 2,76 vezes maior no HEEC.

No parâmetro atendimento por hora, o HEEC tem maior rendimento. São algumas variáveis que nos auxiliam a entender tal situação. Primeiramente, o fato de ser um Hospital-Escola. Sendo assim, a presença de acadêmicos (Internos) e médicos Residentes auxiliam no atendimento, e o professor responsável discute e avalia cada caso. Isso gera um melhor fluxo e agilidade nas consultas. Já no AME, além de não ter a presença de acadêmicos nos atendimentos, existe uma agenda organizada para atendimentos por hora, de acordo com preconizado por especialidades. Na maioria delas, são agendados três pacientes por hora. Porém, temos variações como na Ortopedia que são 4 pacientes e Neurologia são 2 pacientes por hora. Estas definições são previstas em contrato e são organizadas de acordo com a objetividade e especificidade de cada área[48].

A especialidade de maior objetividade em atendimento foi Ortopedia. As médias de atendimento por hora foram de 14,87 no HEEC e 3,53 no AME. Enquanto a área com menor produção por hora foi a Neurologia. Existe o entendimento para tal, pois trata-se de uma especialidade médica que requer detalhamentos e análise mais aprofundadas, o que demanda maior tempo.

Em relação a alta ambulatorial, existe uma enorme diferença entre os dois serviços. Enquanto o HEEC apresentou um total de 1.796 altas ambulatoriais, o AME chegou ao número de 12.249. Proporcionalmente ao número de atendimentos a taxa de alta ambulatorial foi de 3,24% no HEEC e de 36,18% no AME, sendo neste

último aproximadamente 11,16 vezes maior em relação ao primeiro. Esses dados devem-se a algumas causas. Primeiro devemos ressaltar que o AME foi instituído para ser um centro diagnóstico e orientador de condutas. Dessa forma, pela logística pré-determinada, o AME a partir da realização do diagnóstico deverá dar alta ao paciente e definir se retornará para a APS ou se irá para o ambulatório da especialidade em curso do HEEC. No AME os pacientes não fazem acompanhamento crônico. Ele é um equipamento que serve para apoiar a APS e dar resolutividade mais rápida aos casos. Outra causa pertinente, é que, no contrato da Organização Social que administra o AME com o Governo do Estado de São Paulo, uma das metas a ser cumprida é um determinado é uma taxa de alta ambulatorial acima de 50%. Esse fator faz com que o modelo de atenção seja mais resolutivo e dê melhor andamento nos fluxos de vagas para atendimento regional[42].

Já no HEEC, o ambulatório possui um perfil de acompanhamento crônico. Isso faz com que o número de altas seja menor em relação ao AME. Porém, alguns pontos devem ser discutidos. Mesmo prevalecendo o seguimento contínuo, ainda assim, a taxa de altas do ambulatório do HEEC é pequena. O HE também possui contrato com cumprimentos de metas com o Estado. Entretanto, a meta alta ambulatorial não está na contratualização[50].

Atualmente, não encontra-se estudos que possam mostrar qual a média estabelecida no país de altas ambulatoriais para nos basear, mas sabe-se que existe um número significativo de pacientes no ambulatório secundário que deveria estar na APS. Esse fato deve-se a duas causas principais: A incredulidade por parte do médico especialista em relação a APS e o desejo de manter pacientes para o ensino médico.

Quanto às faltas em consultas, obteve-se números preocupantes em ambos os serviços. No biênio foram 6.027 faltas no AME e 12.843 no HEEC. Proporcionalmente, observa-se 15,11% de absenteísmo no AME e 18,77% no HEEC. São taxas próximas, porém que devem ser analisadas com critério, já que interferem diretamente no funcionamento do sistema público de saúde.

6.6 Rede de Atenção à Saúde

A hierarquização dos serviços, em vez de facilitar a vida dos usuários que buscam por um atendimento e racionalizar a sua utilização, tem servido para dificultar ainda mais o acesso aos serviços, pois a maneira burocratizada de como os encaminhamentos são feitos pouco evoluiu. Essa burocratização do acesso culminou com desresponsabilização pela sequência dos serviços por muitos profissionais e serviços em nome da hierarquização, negando ao usuário o direito de lutar, mesmo que sozinho, pelo seu acesso[51].

Para um adequado funcionamento de uma Rede de Atenção à Saúde é fundamental um real e organizado fluxo de guias de contrarreferência para que a coordenação do cuidado feito pela APS seja realmente efetivo. Entretanto, como já discutido anteriormente, devido principalmente a incredulidade quanto ao nível básico de atenção à saúde, dificilmente observa-se a contra referência ser feita, e quando isso acontece, é de forma inadequada. Os ambulatórios de especialidade, em especial os hospitais de ensino dos grandes centros universitários, recebem os pacientes encaminhados pela rede básica de Saúde – ou que procuram o serviço espontaneamente – e os “adotam”, assumindo o acompanhamento ambulatorial (por vezes prolongado) desses pacientes a maioria dos quais com doenças crônicas[16].

Em coleta de dados qualitativos junto aos gestores de AME e HEEC obteve-se as seguintes informações: AME – “Toda contra referência é feita em duas vias assinadas pelo médico, uma via fica com o paciente e outra via é encaminhada aos municípios por malote, que é retirada pelos motoristas na recepção da unidade, garantindo que as informações dos pacientes cheguem a Atenção Primária dos municípios. Não existe contra referência eletrônica direto aos municípios”.

HEEC – “As altas são formalizadas em contra referências no formato eletrônico e físico para algumas especialidades; as informações são disponibilizadas via sistema aos municípios, mas nem todos acessam”.

Para conflitar tais respostas dos gestores, coletou-se informações junto a equipe de Regulação da Secretaria de Saúde do município de Catanduva que é a maior cidade da região e obteve-se o seguinte: “ A contra referência é enviada de maneira coletiva para SMS e sem qualidade de informação através de malotes, o que deixa um hiato de tempo considerável entre as ações. Entende-se que as contra

referências devam chegar efetivamente na mão da equipe da APS e a melhor maneira de facilitar esse canal é trabalhar com sistemas de informação integrados e eficientes “.

Inicialmente, discute-se sobre a realização da contrarreferência por parte dos médicos na rede especializada. Apesar das respostas positivas dos gestores, sabemos que é um grande desafio fazer com que os profissionais preencham de forma adequada o documento. Raramente encontramos uma guia com todos os dados necessários como diagnóstico, tempo de tratamento, posologia, medicamentos, resultados de exames, prognóstico e programação terapêutica. Na maioria das vezes são vistos simples papeis que possuem a identificação do paciente e um diagnóstico.

No AME, como já discutido anteriormente, existe conjunto de metas a serem cumpridas para que se tenha bônus financeiro. Dentre estas metas, encontramos a avaliação de prontuário por uma comissão que analisa os documentos mensalmente de forma aleatória[48]. Isso até pode auxiliar no fato de que o médico se sentirá responsabilizado em fazer a contra referência, mas pelas declarações da equipe de regulação do município de Catanduva, pode-se observar que não existe qualidade.

Já no HEEC as guias são feitas principalmente por meio eletrônico. Isto seria excelente, desde que todos os municípios tivessem acesso a informatização, o que na região nem sempre é possível. Dessa forma, observa-se que há uma interrupção da informação dentro da Rede de Atenção à Saúde, impedindo uma continuidade do cuidado, colocando a integralidade em cheque.

Por outro lado, é necessário debater sobre a importância da APS na Rede de Atenção à Saúde. Segundo Mendes[21], “As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde”. De acordo com esta definição, a responsabilidade de acompanhar o paciente e coordená-lo dentro da rede é da APS. Sendo assim, observa-se grande importância neste segmento da atenção, porém extremamente desvalorizado perante seus pares dentro da área da Saúde. Além disso, a maioria das gestões municipais entendem a APS como um local de simples atuação. Não entendem como espaço de cuidado contínuo e

integrado, mas como um pronto atendimento para que não exista queixas políticas. Isso enfraquece cada vez mais o ponto crucial do Sistema Público de Saúde. Para atuar nesse nível de atenção, erroneamente é pensado que qualquer médico, mesmo sem experiência, poderá atuar.

Em relação a não confiança nos profissionais da APS, os médicos da Atenção especializada possuem razão. Infelizmente na região em estudo o perfil do médico que atua na APS, seja em UBS modelo tradicional, seja em USF são na quase totalidade recém-formados. Na maioria das vezes com desejo de trabalhar um ou dois anos até que entre em uma Residência Médica e saia do emprego. Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação[52].

Dessa forma, além da falta de capacitação, muitas vezes falta comprometimento com a atuação. Assim, a taxa de resolução no nível primário de atenção à saúde é muito menor do que preconizado e os pacientes são encaminhados para a Rede Especializada sem razões aparentes, “inchando” este nível de atenção.

Entretanto, se pensarmos que seria obrigatório que os médicos que atuassem na APS fossem especialistas, observa-se um outro problema, o Médico de Família e Comunidade com devida formação. Segundo Scheffer et al.[53], são titulados 5.486 médicos nessa especialidade. Sendo assim, totalmente insuficiente para a demanda nacional. Estima-se que atualmente, segundo Ministério da Saúde[54], que temos no Brasil 43.637 Equipes de Saúde da Família. Assim, os médicos especialistas são suficientes para suprir somente 12,84 % da demanda. Desta maneira fica difícil cobrar os gestores sabendo que não temos profissionais capacitados no mercado.

As dificuldades de entender o papel protagônico da APS envolvem as dimensões política, cultural e técnica. Mas há de se reconhecer que a hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados prioritariamente para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas, está na base da desvalorização da APS. A mudança dos sistemas fragmentados para as RAS só poderá ocorrer, consequentemente, se estiver apoiada numa APS robusta e de qualidade[21].

Observa-se na descrição da Rede de Atenção à Saúde da região em estudo, que existe um número quase igual entre UBS modelo tradicional e USF. Existem inúmeros Centros de Saúde e alguns Centros de Especialidade Médica. Incialmente é importante relatar que as denominações são somente ilustrativas. Ao andar pelos municípios da região, depara-se com Equipes de Saúde da Família em UBS modelos tradicionais e em Centros de Saúde. Quanto menor a cidade, maior a pressão política partidária sobre os profissionais da saúde. Os pacientes precisam ser atendidos na hora quem querem e se não o forem, vão até a prefeitura reclamar para o prefeito. Este, com fins políticos, obriga a equipe a fazer o atendimento nos moldes que o usuário decidir. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que é a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses[55].

Dessa forma, não observa-se uma Atenção Primária organizada e funcionante perante seus princípios e fundamentos. Na realidade existem vários pronto-atendimentos que muito atendem e pouco resolvem. Muito medicam e poucos previnem. Exceção feita ao maior município da região que é Catanduva. O pólo do Colegiado apresenta uma APS mais organizada, com profissionais atuando oito horas por dia. A gestão é feita pelo Hospital Mahatma Gandhi que atua como uma OSS. No contrato de gestão também são preconizadas metas, entre elas a resolução mínima dentro do nível de atenção primário. Isso faz com que os encaminhamentos sejam feitos de forma adequada e realmente quando necessários[56].

Outro ponto a se destacar é a presença de centros de especialidade médica em municípios menores. Observa-se que na tentativa de garantia de acesso à atenção especializada, os gestores municipais têm assumido o desenvolvimento de ações da Média Complexidade que extrapolam aquelas pactuadas pelos mesmos, quando do termo de compromisso de gestão do Pacto pela Saúde[5]. Em consequência disto, esses municípios têm investido mais do que preconiza a Lei 141/2012 para os gastos com saúde[57]. Um exemplo clássico é a contratação de cardiologistas. Muitas vezes pela demanda levantada pela APS, outras vezes por

pressão popular. Porém, raramente por demanda real. Outros especialistas são contratados mediante uma planilha com demanda reprimida. Em uma primeira análise, tem nexo tais contratações, ou seja, para diminuir a fila de espera. Por outro lado, esquece-se que esses especialistas farão o atendimento e farão inúmeras solicitações de exames complementares, os quais o município não tem cotas pactuadas com o Estado para suprir sua demanda. Assim, a fila de consultas é resolvida, mas é criada uma nova espera por exames.

6.7 Absenteísmo

A definição de absenteísmo ambulatorial é o não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação. Esta ausência priva outros pacientes de atendimento, além de causar transtornos de natureza administrativa e financeira[58].

O absenteísmo dos usuários da rede pública brasileira de saúde tem se revelado um problema crônico. O número de consultas e exames agendados e não realizados, devido ao não comparecimento dos pacientes, atinge índices significativamente altos e que podem ser percebidos em todas as regiões do Brasil e em diversos tipos de atendimento e especialidades médicas. O índice de não comparecimentos de usuários às consultas e exames agendados no Sistema Único de Saúde (SUS) é significativamente alto, de forma geral próximo ou superior a 25%[59].

O aumento do absenteísmo na atenção secundária, impacta em uma possível complicação do quadro de saúde do usuário, interferindo na continuidade do seu tratamento e ainda no aumento da demanda na rede básica[60]. Os motivos citados que levaram às ausências nas consultas foram: a desatenção em relação à data da consulta; o fato de ter outro compromisso ou de não estar se sentindo bem no mesmo dia do atendimento; de não ter conseguido identificar o local da consulta apropriadamente e de não ter recursos financeiros suficientes para realizar o deslocamento[60].

A partir do relato anterior, chega a ser conflitante as justificativas das ausências nas consultas médicas. Se paciente não está se sentindo bem, aí que ele realmente deveria procurar ajuda. Entretanto, parece ser somente uma desculpa

para não ir. Chega-se a pensar na não valorização do serviço gratuito. Parece que o fato ser gratuito faz com que não exista comprometimento por parte da população.

Um fator determinante que interfere nos dois serviços é o transporte sanitário. Os 19 municípios que são atendidos, tanto por AME quanto por HEEC, em sua maioria dispensam uma viagem por dia para Catanduva. Isso faz com que pacientes que tem consultas no período da tarde, tem que sair de suas cidades pela manhã e ficar aguardando o dia todo. Este fator incomoda os pacientes e contribui no aumento das taxas de absenteísmo.

O absenteísmo é uma variável que incomoda muito os gestores e atrapalha o funcionamento e aproveitamento das vagas oferecidas pelos serviços. Inúmeras campanhas informativas foram realizadas pelo departamento de comunicação da FPA[47,61], porém, sem resultados expressivos. Foram 4.729 faltas no HEEC e 2.659 no AME, totalizando 7.388 faltas em 2017. Já em 2018 foram 8.114 no HEEC e 3.368 no AME, totalizando 11.482 faltas. Somando-se os dois anos em estudo foram 18.870 ausências em consultas em 5 especialidades médicas. Levando-se em consideração a totalidade dos serviços, obteve-se números ainda maiores de absenteísmo.

Uma alternativa para diminuir o absenteísmo é a realização de overbooking. Entretanto, neste modelo de intervenção, o custo da capacidade desperdiçada é o custo unitário da capacidade que não foi utilizada. O custo da falta de capacidade é o custo unitário resultante do uso de um recurso extra[59]. Tendo esta análise como base, sabe-se que recursos extras fogem do orçamento programado e esta metodologia pode ser prejudicial se realizada de forma aleatória.

6.8 Modelos de Gestão AME *vs* HEEC

Uma discussão interessante é a gestão nos equipamentos de saúde. Apesar de serem administrados pela FPA, possuem contratos de atuação diferentes. Enquanto no AME, a FPA é considerada OSS, o HEEC segue o modelo de contratualização com o Estado.

O tema dos contratos de gestão em saúde é parte de uma importante agenda de discussão nos cenários brasileiro e internacional na organização de serviços de saúde[62-66]. A contratualização de resultados é apontada como uma das principais

estratégias da Nova Gestão Pública, ou seja, dentre as que mais promoveram mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos[67]. A Nova Gestão Pública surge em um cenário de críticas ao modelo burocrático da administração pública e de novas exigências econômicas, políticas e sociais colocadas para o Estado[68,69]. Tendo como objetivos flexibilizar a gestão e aumentar a prestação de contas da administração pública pela contratualização de resultados, propunha a instituição de mecanismos de pactuação de metas, indicadores e instrumentos de acompanhamento e de cobrança claramente definidos possibilitando maior controle por parte do Estado e da sociedade[69]. Dessa forma, a gestão por resultados tem sido destacada como abordagem tipicamente marcada pela busca por eficácia, efetividade e eficiência na gestão dos serviços e na construção de políticas públicas.

6.8.1 AME

O contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados[70].

A partir desta definição observa-se que o contrato de gestão da OSS com o Estado permite um maior desprendimento gerencial, tendo uma autonomia maior em relação à compra de insumos, contratação e dispensa de recursos humanos, além da administração financeira.

Este modelo mais flexível tende a atender uma rede de atenção em saúde de forma mais adequada, otimizando sua oferta baseada na demanda regional. É uma mudança da gestão hierárquica para a gestão por contrato. Desta forma, estimula a implantação de uma gestão que prioriza resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados[71].

O instrumento básico que garantiria a administração gerencial diferenciada seria o contrato de gestão entre o poder público e a organização social, prevendo multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, modelo de

estrutura e outros itens[71]. Muitas vezes, ao não cumprir metas do contrato, a existência de multas transparece uma penalidade. Entretanto, o Estado entende a multa como um desconto do que não foi cumprido. No contrato de gestão entre a SES e a OSS, existem parâmetros de cumprimento de metas e eventuais descontos. Em caso de cumprimento de metas abaixo de 70%, o Estado descontará 30% do valor do investimento. Se OSS cumprir entre 70 e 85%, o desconto será de 10%. Já se a OSS cumprir metas acima de 85%, não haverá cortes. Como em contrato já é estipulado um conjunto de metas e calculado um investimento por parte do Estado baseado na produção, entende-se que o desconto não é penalização, mas sim reembolso de uma tarefa não cumprida que havia sido financiada previamente[42].

Isso deve-se a insuficiência e assimetria na distribuição da oferta e no acesso aos serviços de atenção especializada e hospitalar, e também a baixa articulação desses com a atenção primária. São produtos desse processo a existência de demanda reprimida, a descontinuidade do atendimento e a inadequação da oferta às necessidades da população. Esse quadro se agrava, tendo em vista as dificuldades da atenção primária em efetivar-se como principal *locus* do acolhimento e de coordenação do cuidado no processo de organização da atenção à saúde[72] .

Assim, é essencial que exista um planejamento por parte da OSS junto ao CGR e ao DRS para que a oferta de serviços atenda realmente a demanda da região. Desta forma, as vagas disponibilizadas serão devidamente preenchidas e a espera por atenção especializada diminui. Em entrevista com gestão do AME foi colhida a seguinte fala: “As ofertas são baseadas de acordo com a demanda dos municípios. As decisões são tomadas em conjunto com DRS”.

O funcionamento dos colegiados, previsto para ocorrer mediante a definição de estrutura de apoio ao CGR para as providências administrativas e técnicas decorrentes de reuniões parece se apoiar muito no gestor estadual, com consequências carregadas de certa ambiguidade. A ideia de cogestão, onde deve-se identificar a necessidade e promover uma negociação entre as instituições envolvidas, definindo-se claramente as atribuições, compromissos e deveres de cada uma delas, perece ficar prejudicada em alguma medida[73].

A influência do papel do representante do Estado na dinâmica do Colegiado trás esse viés em que nem sempre as reais necessidades daquela região de saúde são atendidas. Isso deve-se a alguns fatores. O primeiro é político no qual decisões

podem ter interferência para atender demandas de interesse partidário. O outro é de gestão, já que o DRS, em seu departamento de Regulação, determina as vagas de cada município para a média complexidade. Além disso, no campo político, não é de se surpreender que exista um tensionamento com o ente estadual em relação aos processos decisórios, visto que, não incorporam as necessidade e expectativas regionais[73].

O bom funcionamento dessa rede depende da integração com a rede básica de Saúde, da organização regional do SUS/SP, do estabelecimento de princípios claros de regulação dos atendimentos, do acompanhamento dos resultados e da agilidade na reorganização das práticas locais e regionais da prestação dos serviços assistenciais com clareza dos diferentes papéis de cada tipo de unidade de Saúde, de forma a alcançar o melhor aproveitamento dos recursos instalados[16].

A precária integração entre os serviços de saúde aparece como uma característica presente na maioria dos sistemas de saúde das Américas por várias décadas, levando à fragmentação e duplicação de serviços. Estudos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm evidenciado que tal insuficiência vem levando a perda intensa na qualidade e efetividade da rede assistencial, crescendo de forma desnecessária os custos da atenção à saúde, ampliando as desigualdades no acesso e gerando grande ineficiência do sistema como um todo[2].

Desta forma, no modelo de gestão por OSS, todos esses fatores debatidos podem interferir no cumprimento de metas do contrato, e, além de não atender suficientemente as demandas da região, ainda terá descontos do repasse financeiro vindos do Estado.

6.8.2 HEEC

O HEEC possui vínculo com Estado por meio da Contratualização. No SUS, este processo consiste num pacto entre o hospital e gestor loco-regional do sistema. Envolve planos operativos anuais (POA), com metas quantitativas e qualitativas que visam o aprimoramento dos processos de atenção à saúde, formação, ensino, pesquisa e gestão hospitalar, as quais são acompanhadas e atestadas por uma

comissão específica ou conselho gestor do hospital[74].

Em entrevista a um gestor do HEEC obtivemos a seguinte fala: “Temos um plano operativo para ofertas de vagas, dividido por especialidade. As decisões são tomadas conjuntamente com o DRS e as avaliações são feitas trimestralmente. São propostas correções na distribuição das vagas, porém as adequações não são realizadas no mesmo período. A documentação norteadora das metas é a PPI”.

O processo de PPI, coordenado pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para a garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, além de orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão[75]. A PPI implica na definição de prioridades locais que se traduzem em ações programáticas para serem executadas no âmbito municipal com a participação das outras instâncias e setores envolvidos com o SUS.

Na fala do gestor pode-se observar um engessamento em relação à disposição das vagas disponibilizadas. Mesmo sendo feitas avaliações trimestrais, não se obtém novo planejamento no mesmo período. Isso implica em dificuldades nos fluxos da rede de atenção à saúde e faz com que não sejam resolvidos muitos casos de demanda reprimida. A PPI é a conjugação dos recursos técnicos de saúde existentes, voltando-os ao atendimento integrado das necessidades, cuja pactuação se dá entre entes políticos autônomos, pressionados por interesses diversos, os quais muito frequentemente não representam as necessidades da população[76].

No processo de efetivação da contratualização é fundamental ainda o comprometimento de todos os atores - gestores municipais e estaduais, dirigentes e trabalhadores de hospitais, para que a pactuação promova resultados positivos e as correções de rumo sejam feitas nos momentos oportunos[77].

Deve-se buscar um novo relacionamento comprador-prestador que não seja o simples pagamento por produção. Sugere-se a prática hoje inovadora que são os contratos de gestão. O trabalho com indicadores qualitativos e quantitativos para assistência, para o ensino e pesquisa, a criação de parâmetros e consequentemente o estabelecimento de metas, além de indicadores de imagem com os clientes internos e externos, desenvolvimento dos recursos humanos técnicos e administrativos, a previsão de economia de escala permitirão a elaboração de

contratos de gestão que darão maior controle, tanto para financiadores como para financiados, na decisão da aplicação dos recursos. É a busca de resultados, ou como vem sendo chamada de cidadania de resultados, o que poderá ser avaliado, também, pelo Tribunal de Contas e por auditorias independentes. O contrato de gestão somente será efetivo se existir autonomia, o que representa uma forma de dar responsabilidade aos dirigentes destas unidades[78].

Fica claro que existe uma excelente intenção em programar as ofertas e demandas por meio da PPI. Seria ideal se todas as demandas dos municípios fossem atendidas pelo nível secundário de atenção à saúde. Parece simples o cálculo. Porém, não se obtém essa efetividade por alguns motivos, que vão desde a programação real das necessidades regionais, até a boa vontade política partidária em atender demandas que não são tão importantes e que não geram votos. Parece que o poder de decisão dos municípios na Comissão Intergestores Regional (CIR) tem sido inferior ao da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Esse fato é confirmado por estudo realizado na região norte do Paraná[79] em que a CIR se configura mais em espaço para repasse de informações do que decisório no que diz respeito às políticas de saúde da região[57].

Portanto, os bons resultados da contratualização não dependem apenas da implantação de um instrumento formal de financiamento e gestão. São necessários outros mecanismos de sustentação das mudanças da própria cultura institucional dos hospitais, como a mobilização do corpo técnico, educação permanente dos profissionais, planejamento estratégico para pactuação de metas e monitoramento e avaliações constantes[77].

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comparados os perfis de atuação ambulatorial do AME e do HEEC, chega-se a algumas conclusões. O AME apresenta uma taxa de alta ambulatorial bem maior que do Hospital-Escola. O HEEC tem maior número de profissionais no corpo clínico estudado, com menor carga horária, porém apresenta uma produção significativamente maior que o AME.

Tanto o AME quanto o HEEC possuem contrato baseado em metas qualitativas e quantitativas. Algumas diferenças entre os contratos justificam alguns resultados. No AME existe uma meta relacionada a alta ambulatorial. Com isso, nota-se que existe uma grande diferença entre os serviços neste quesito. Além disso, nos contratos de prestação de serviços dos médicos, a OSS “amarra” em cláusulas contratuais a atuação de seus profissionais, estimulando o cumprimento das metas. Com isso, o ambulatório passa a ser mais resolutivo e atende exatamente o necessário para que não seja prejudicado com descontos financeiros após as avaliações semestrais.

Já o HEEC relaciona-se com o Estado por meio da contratualização. Existe um número de atendimentos e procedimentos preconizados na assinatura contratual, porém não possui cláusulas contratuais com os profissionais médicos como estímulo ao melhor funcionamento do serviço. Existe uma alta taxa de atendimentos por hora e preconiza-se pelo acompanhamento crônico, mesmo em casos passíveis de alta para que o paciente faça seu seguimento na APS.

Analisar equipamentos de saúde de atenção especializada é uma tarefa intensa e árdua. Estando inseridos em uma rede de atenção à saúde e sob decisões de um colegiado de gestão regional (CGR), além de influências políticas, nos traz complexidades na interpretação de dados e fluxos.

O estudo apresenta limitações devido ao pequeno número de referências bibliográficas na área em pesquisa. Porém, é de grande importância para a reflexão dos fluxos da rede de atenção à saúde da região estudada.

Dessa forma, nota-se que mesmo tendo contratualizações de gestão similares, mas com diferentes formas de contrato com médicos, um obstáculo comum que os serviços enfrentam é a articulação regional. Atuar dentro de um colegiado de gestão regional é um desafio. São compromissos políticos que muitas

vezes travam decisões importantes. São planejamentos que nem sempre baseiam - se em dados reais. É a incompreensão para o bem coletivo para que se obtenha vantagens apenas para um determinado município, ou até mesmo um paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação de Integração. Regionalização solidária e cooperativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v. 3.

2. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

3. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/2002. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. [Internet]. [citado em 15 dez. 2018]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006. [Internet]. [citado em 24 ago. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Editora MS;, 2006.

6. Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Rev Baiana Saúde Pública. 2006; 30(2):332-48.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa

Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 10-51.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

12. Carmo D. Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília, DF: CONASS; 2007.

14. Fonseca RB, Davanzo AMQ. Estudo para o regionalismo do SUS. In: Viana AL, Negri B, organizadores. O Sistema Único de Saúde em Dez Abis de desafio. São Paulo: Sobravime, Gealag; 2002.

15. Taborda W, Gomes MC, Paschoa NF, Barata LRB. Organizações. Sociais de Saúde no Estado de São Paulo: fundamentos e resultados. In: Modesto P. Terceiro Setor e parcerias na área da Saúde. Belo Horizonte, MG: Editora Fórum; 2011.

16. Barata LRB, Mendes JDV, Olímpio Bittar NV, Yamada ATT, Falcão LHB. Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) no Estado de São Paulo. RAS Rev Adm Saúde. 2010; 12(48):125-30.

17. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. RAS Rev Adm Saúde. 2010; 12(46):7-14.

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial GM/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004. Dispõe sobre a certificação de Hospital de Ensino. Diário Oficial da União. Brasília, DF, Ed. n. 73 de 16/04/2004.

19. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO; 2000.

20. Coleman CF, Wagner E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: Bengoa R, Nuño RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas, una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier; 2008.

21. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília, DF: OPAS; 2011.

22. Estorilio EA. Consumo de serviços de saúde numa população adscrita ao Programa Saúde da Família na região noroeste do município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

23. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói. Elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface Comum Saúde Educ. 2009; 13(suppl.1):545-55.

24. Matos E, Pires D. Teoria administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Rev Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3):508-14.

25. Ministério da Saúde (BR). NOBSUS 96: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

26. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. Ciên Saúde Coletiva. 2006; 11(3):553-63.

27. Ditterich RG. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. Cad Saúde Pública. 2012; 28(4):615-27.

28. 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. [Internet]. [citado em 24 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

29. Brasil. Constituição 1988. DOU de 05/10/1988 (nº 191-A, Seção I, pág. 1. [Internet]. citado em 24 jun. 2018]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_82188_CONSTITUICAO_DA_REPUBLICA_FEDERATIVA_DO_BRASIL_DE_1988.aspx

30. Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. [Internet]. [citado em 24 jun. 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm

31. Dallora MELV, Forster AC. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino. Considerações teóricas. Medicina (Ribeirão Preto). 2008; 41(2): 35-42.

32. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Portaria n.1006 de 27 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC no Sistema único de Saúde. [Internet]. [citado em 13 set. 2018]. Disponível em: http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf

33. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde PES 2016-2019. [Internet]. [citado em 13 set. 2018]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp/pessp_2017_11_01_17.pdf

34. IBGE. Cidades. [Internet]. [citado em 22 out. 2018]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/

35. Fundação Padre Albino. Trabalho para o bem-estar e crescimento do indivíduo. [Internet]. [citado em 13 out. 2017]. Disponível em: Disponível em: http://www.webfipa.net/portal/.

36. Fundação Padre Albino. AME Catanduva. [Internet]. [citado em 13 out. 2017]. Disponível em: http://amecatanduva.com.br/site/

37. Fundação Padre Albino. Hospital Emílio Carlos. [Internet]. citado em 13 out. 2017]. Disponível em: http://www.webfipa.net/hec/

38. São Paulo. Governo de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Ambulatório Médico de Especialidades. Contratos de gestão do AME do 4º trimestre de 2018. São Paulo: SES; 2019.

39. AME Promissão. Relatório gestão em Saúde. Relatório indicador de qualidade mensal ambulatorial: período de 12 até 12/2018. [impresso].

40. AME Ituverava. Relatório gestão em Saúde. Relatório indicador de qualidade mensal ambulatorial: período 12/2018. [impresso].

41. AME Santa Fé do Sul. Relatório Anual da Organização Social sobre a execução técnica e orçamentária do contrato de gestão. [Internet]. [citado em 22 jan. 2019]. Disponível em: http://www.amesfs.com.br/transparencia/2017-Atividades-Desenvolvidas.pdf

42. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. Contrato de gestão AME Catanduva. [impresso].

43. GNoticias. Disponível em: https://www.gnoticia.com.br/ame-catanduva-visita-cidades-da-regiao-divulgando-campanha-para-reducao-do-absenteismo/

44. Universidade de São Paulo. Relatório de Gestão do HCRP 2015-2018. Ribeirão Preto: HCRP-USP; 2019.

45. Médici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Rev Assoc Med Bras. 2001; 47(2):149-56.

46. Universidade Federal do Maranhão Hospital Universitário. Relatório de Atividades do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, filial EBSERH/MEC – 2016. São Luís/MA: UFMA; 2017.

47. Novo Horizonte, Cidade. Prefeitura Municipal de Novo Horizonte. Hospital Emílio Carlos realiza Campanha do Absenteísmo. [Internet]. [citado em 28 maio 2019]. Disponível em: http://novohorizonte.sp.gov.br/Noticia/2040

48. AME. Modelo de Contrato de prestação de serviços médicos. [impresso].

49. Conselho Federal de Medicina. A determinação do número de consulta por período e por especialidade. [Internet]. [citado em 17 ago. 2019]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=20640:a-determinacao-do-numero-de-consulta-por-periodo-e-por-especialidade

50. Secretaria de Estado da Saúde. Convênio para integração ao SUS de Hospital de Ensino. Convênio nº 271/2016, processo nº 001.0215.002900/2016. Convênio de assistência à saúde, que entre si celebram o Estado de São Paulo, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde e o (a) Fundação Padre Albino – Hospital Emílio Carlos. [impresso].

51. Machado JR. Usos dos serviços do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina e a resolução dos problemas de saúde da 17ª regional de Saúde do Paraná. [tese]. Maringá, PR: Universidade estadual de Maringá; 2015.

52. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):490-8.

53. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM, coordenadores. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2018.

54. Brasil. Ministério da Saúde. SUS. Informação e gestão da Atenção Básica. E-Gestor Atenção Básica. [Internet]'[citado em 28 dez. 2019]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml.

55. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciên Saúde Coletiva. 2010; 15(5):2307-16.

56. Município de Catanduva. Termo de aditamento contratual. Contrato nº 52/2018. Contratação de Organização Social para gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do município de Catanduva-SP. [impresso].

57. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPAl. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017; 22(4):1109-20.

58. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines C, Felizola N, Falcão L. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA. 2016; 13(152):19-32.

59. Oleskovicz M, Oliva FLi, Grisi CCH, Lima AC, Custódio I. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2014; 30(5):1009-17.

60. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. Rev Espaço Saúde. 2010; 11(2):56-65.

61. Portal AME. [Internet]. [citado em 24 set. 2019]. Disponível em http://amecatanduva.com.br/site/campanhas

62. Josephson GW, Karcz A. The impact of physician economic incentives on admission rates of patients with ambulatory sensitive conditions: na analysis comparing two managed care structures and indemnity insurance. Am J Manag Care. 1997; 3:49-56.

63. Teixeira L, Bugarin M, Dourado MC. Intermunicipal health care consortia in Brazil: strategic behavior, incentives and sustainability. Int J Health Plann Manage. 2006; 21:275-96.

64. Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington DC: World Bank; 2008.

65. Araújo M. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27:230-6.

66. Leite JDBL, Souza HF, Nascimento ECV. Contratualização na saúde: proposta de um contrato único para os programas no Estado de Minas Gerais. Rev Adm Saúde. 2010; 12:15-22.

67. Jann W, Reichard C. Melhores práticas na modernização do Estado. Rev Serviço Público. 2002; 53:31-50.

68. Araújo M, Sanchez OA. A corrupção e os controles internos do estado. Lua Nova 2005; 65:137-73.

69. Sano H, Abrúcio FL. Promessas e resultados do Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. Rev Adm Empresas. 2008; 48:64-80.

70. André M. Contratos de gestão como instrumentos de promoção de qualidade, produtividade no serviço público. Indicadores de Qualidade e Produtividade. Rio de Janeiro: IPEA; 1993.

71. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EKi, Almeida MF, et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6(2):391-404.

72. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: Contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. [Documento base]. Brasília; nov. 2008.

73. Carneiro OS, Forster AC, Ferreira JBB. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. Saúde em Debate. 2014; 38(100):57-68.

74. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 852/GM, de 7 de Junho de 2005. Define características que facultam a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. [Internet]. [citado em 28 ago. 2018]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-852.htm

75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília: Editora MS; 2006.

76. Venancio SI, Nascimento PR, Rosa TE, Morais MLSE, Martins PN, Voloschko A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no estado de São Paulo, Brasil. Ciên Saúde Coletiva. 2011; 16(9): 3951-64.

77. Brizola JB. Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. [dissertação]. Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina; 2010.

78. Bittar OJNV. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. Rev Adm Saúde RAS. 2002; 5 (17):9-18.

79. Nicoletto SCS. As comissões intergestores regionais e a gestão interfederativa no norte do Paraná [tese]. Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina - UEL; 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADES INTEGRADAS
PADRE ALBINO - FAMECA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Repercussões do modelo de gestão em uma rede de atenção à Saúde
Pesquisador: JOAO MARCELO CAETANO JOSE FLORIDI PORCIONATO
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 58689516.9.0000.5430
Instituição Proponente: FUNDACAO PADRE ALBINO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.682.308

Apresentação do Projeto:
Ao analisar o projeto Repercussões do modelo de gestão em uma rede de atenção à Saúde, registrado sobe CAAE número 58689516.9.0000.5430, de autoria de JOAO MARCELO CAETANO JOSE FLORIDI PORCIONATO, observou-se que o autor optou pelo estudo com delineamento observacional do tipo transversal, da qual as variáveis são todas medidas uma única vez, sem distinção estrutural entre as preditoras e as de desfecho. Tem grande valor, pois fornecem informações descritivas sobre a prevalência. Apresenta como vantagem a duração relativamente curta, um bom primeiro passo para um estudo de coorte e produz prevalências e razões de prevalência. Tem a desvantagem de não estabelecer uma sequência de eventos, não é factível para preditores ou desfechos raros e não produz incidência.

Objetivo da Pesquisa:
Hipótese:
1 – Diferentes repercussões em uma rede de atenção à saúde a partir de modelos de gestão.
2 – AME pode ser o único equipamento de especialidades em uma rede de atenção à saúde.
Objetivo Primário:
Analisar as repercussões em uma rede de atenção à saúde a partir dos perfis de gestão/atendimento de dois ambulatórios de atenção secundária no
município de Catanduva

Endereço: Rua dos Estudantes, 225
Bairro: Parque Iracema **CEP:** 15.809-144
UF: SP **Município:** CATANDUVA
Telefone: (17)3311-3229 **Fax:** (17)3311-3225 **E-mail:** cep@fipa.com.br

ANEXO B - Gráficos números de atendimentos no AME e HEEC

Gráfico 1 - Número de Altas por ano AME

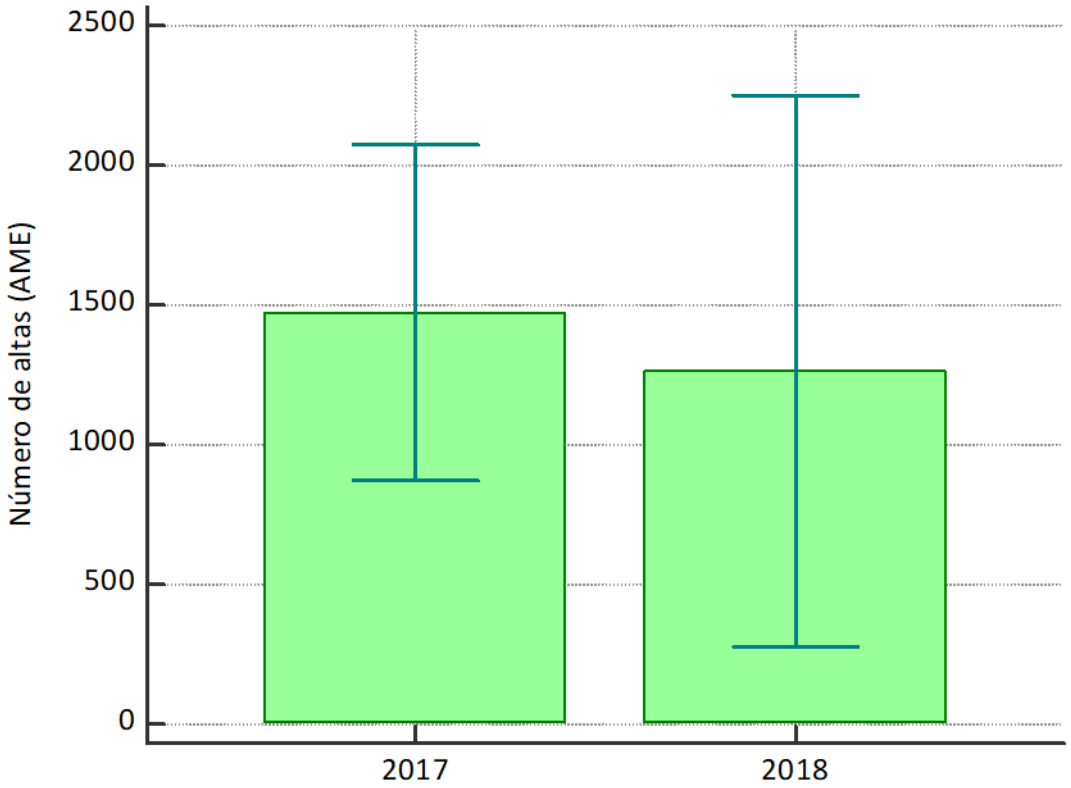

Gráfico 2 - Número de Atendimentos por ano AME

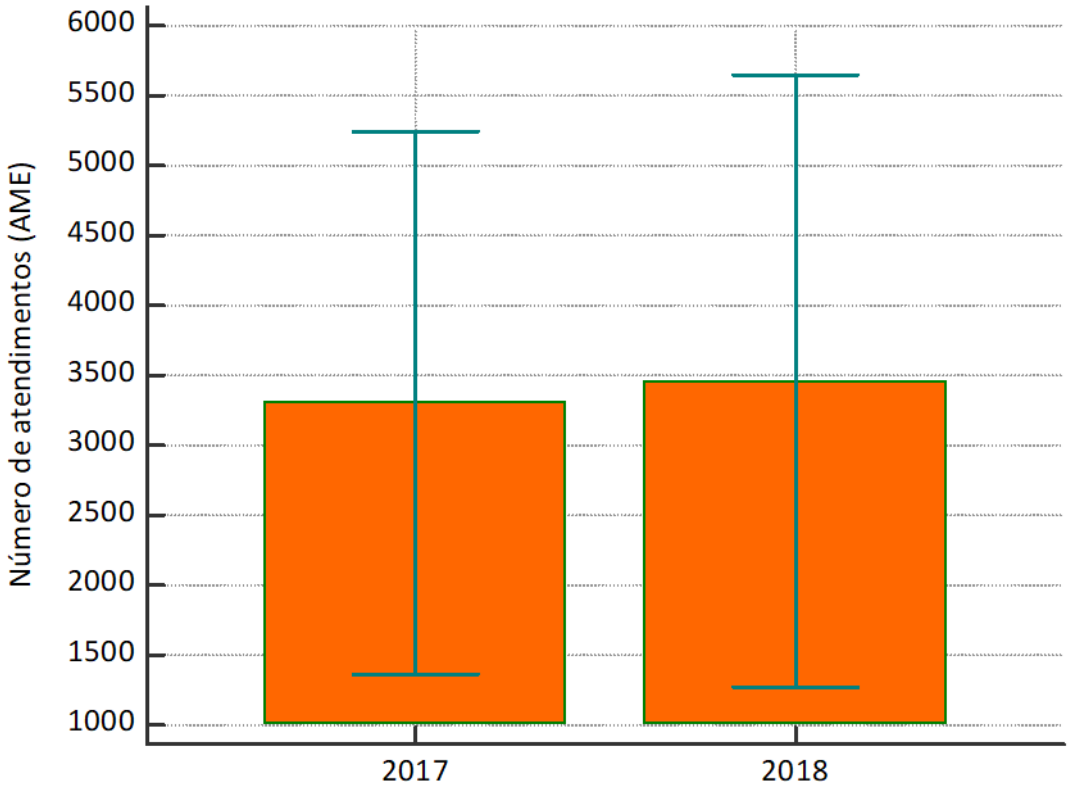

Gráfico 3 - Número de Faltas por ano AME

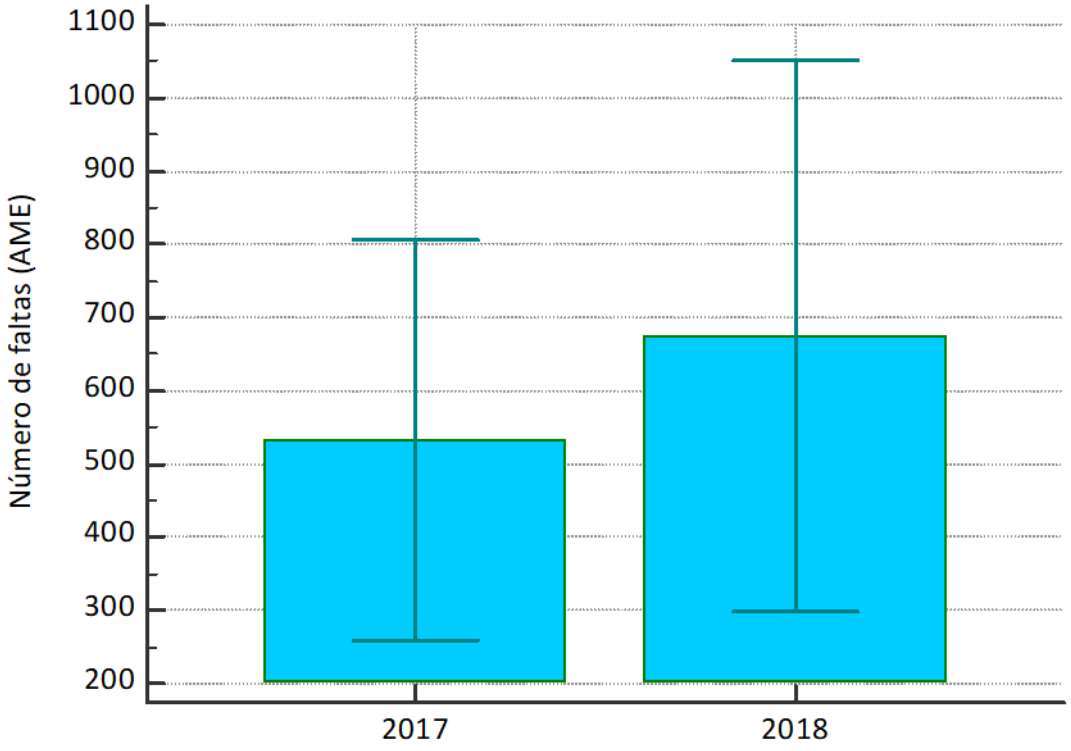

Gráfico 4 - Número de Altas por ano HEEC

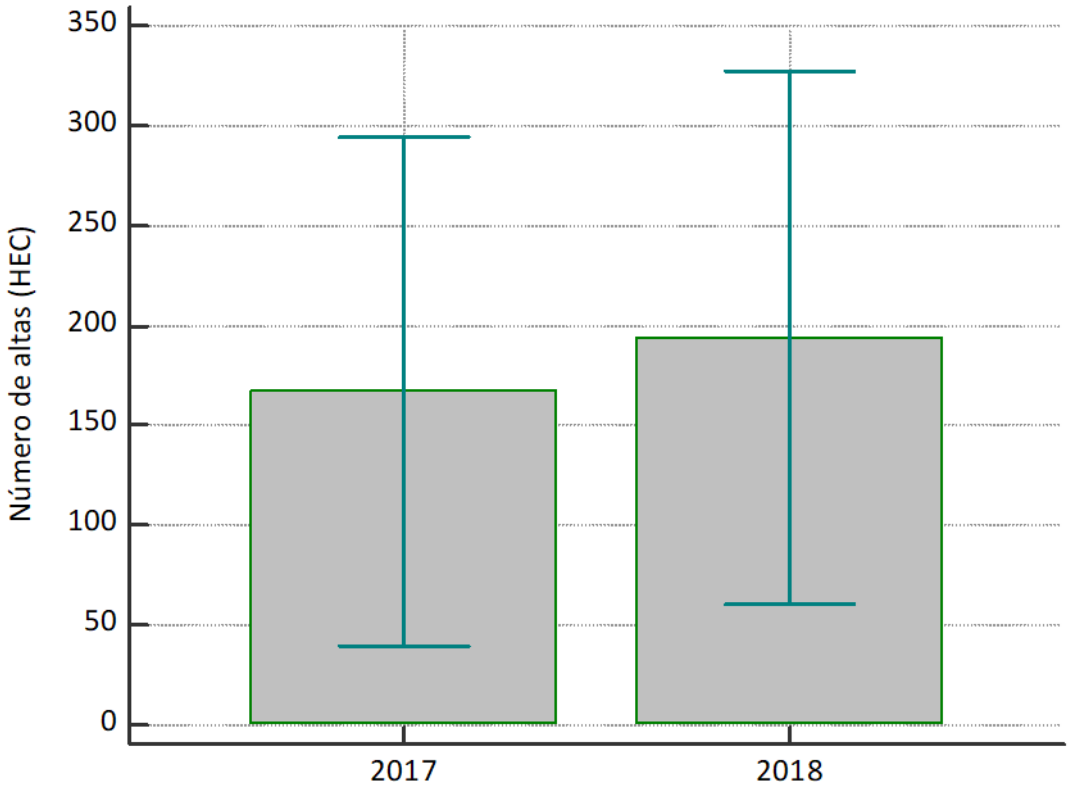

Gráfico 5 - Número de Atendimentos por ano HEEC

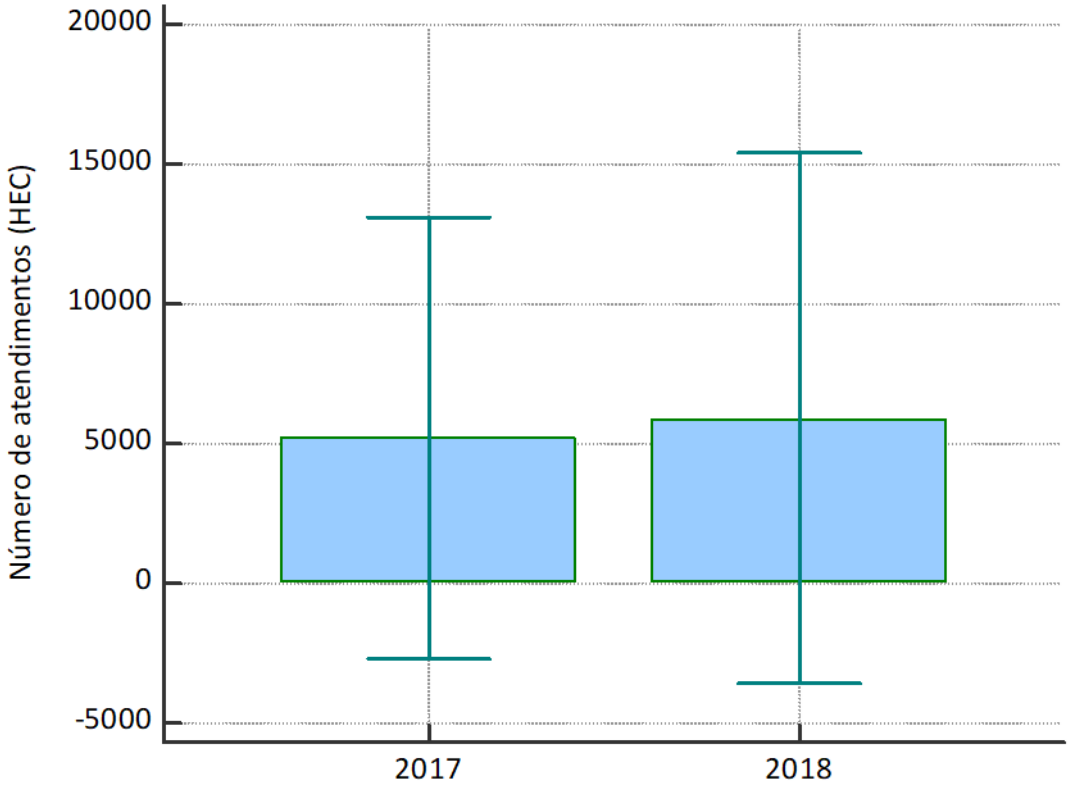

Gráfico 6 - Número de Faltas por ano HEEC

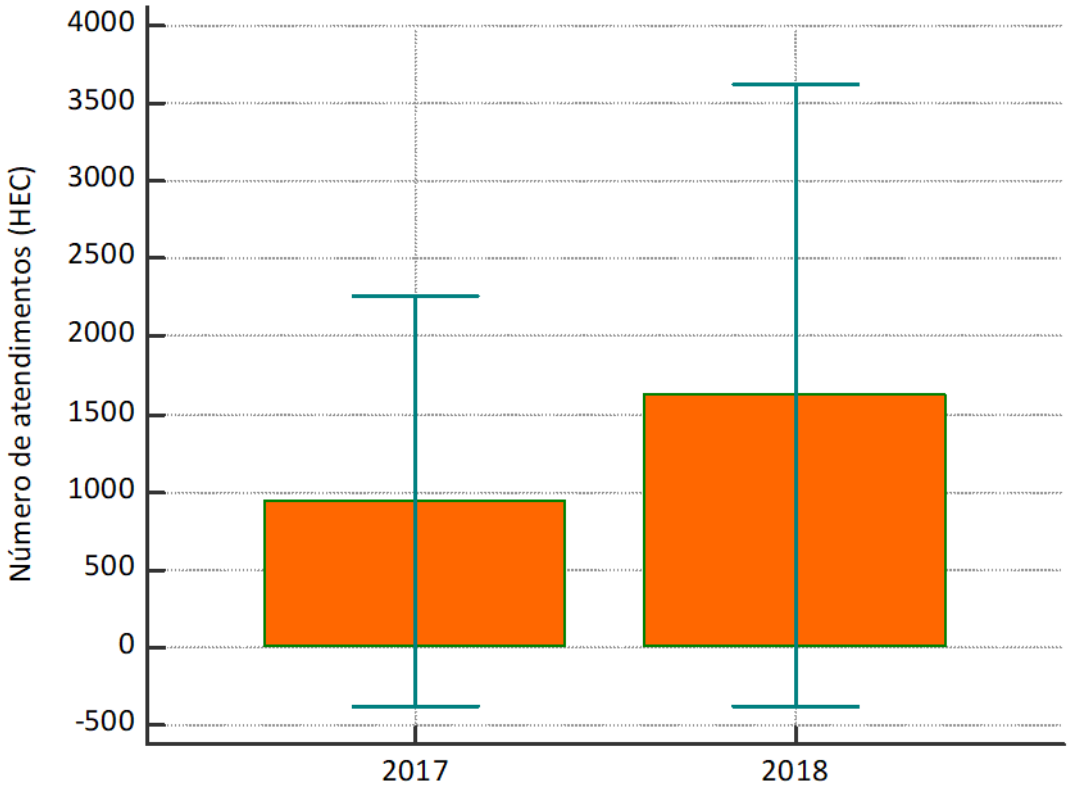

Gráfico 7 - Número de Altas AME *vs* HEEC 2017

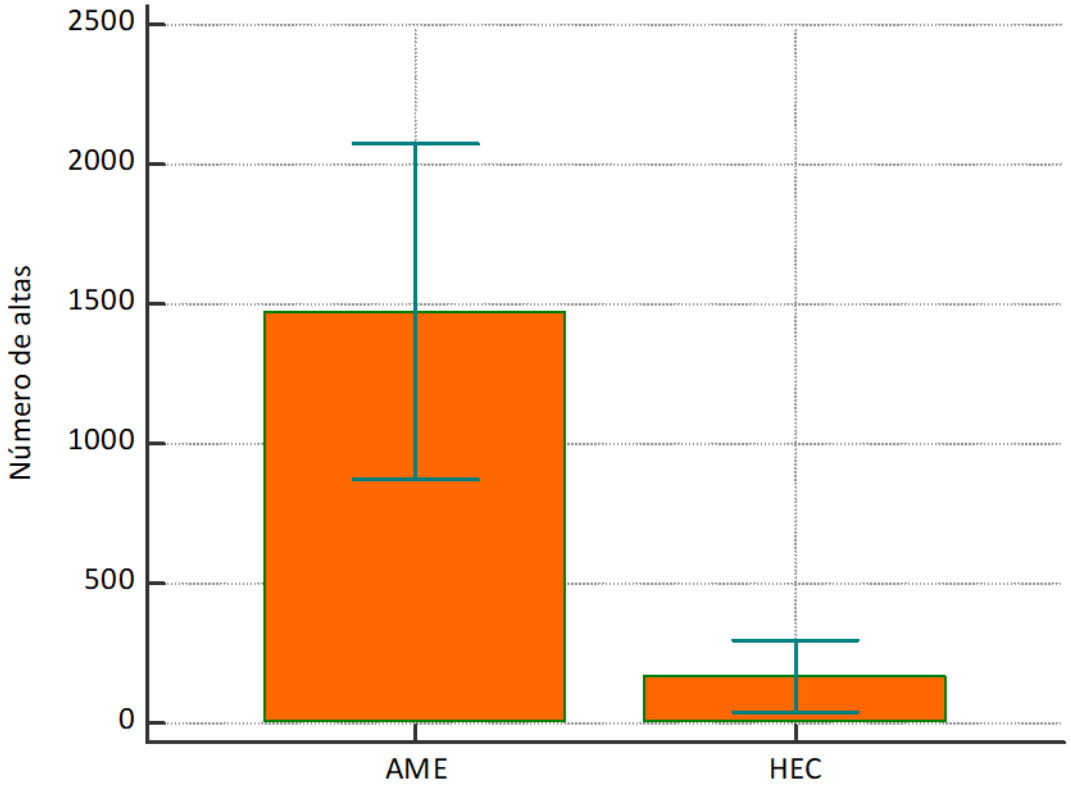

Gráfico 8 - Número de Atendimentos AME *vs* HEEC 2017

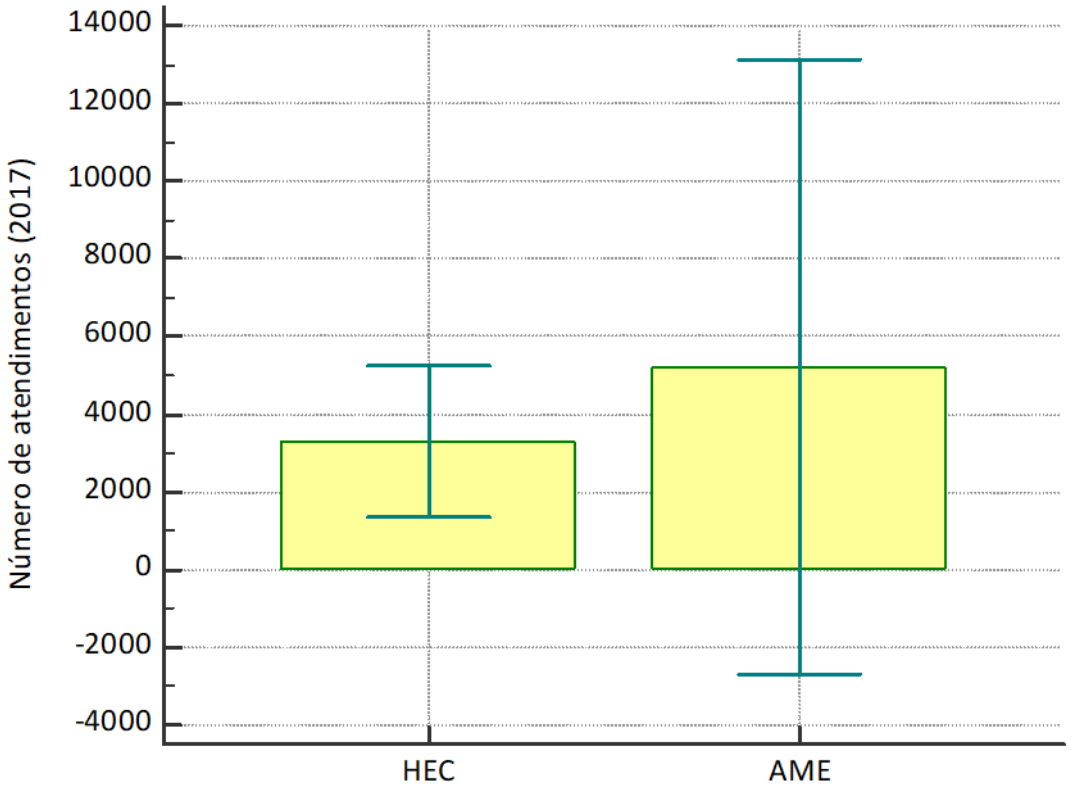

Gráfico 9 – Número de Faltas AME *vs* HEEC 2017

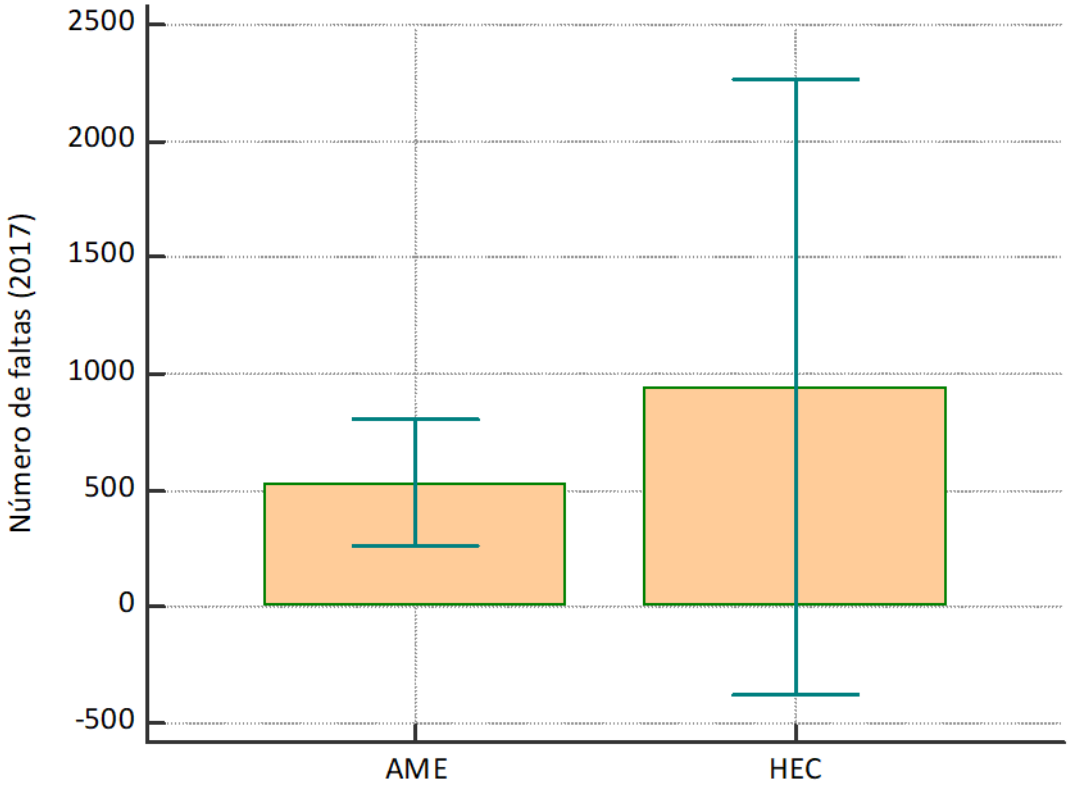

Gráfico 10 – Número de Altas AME *vs* HEEC 2018

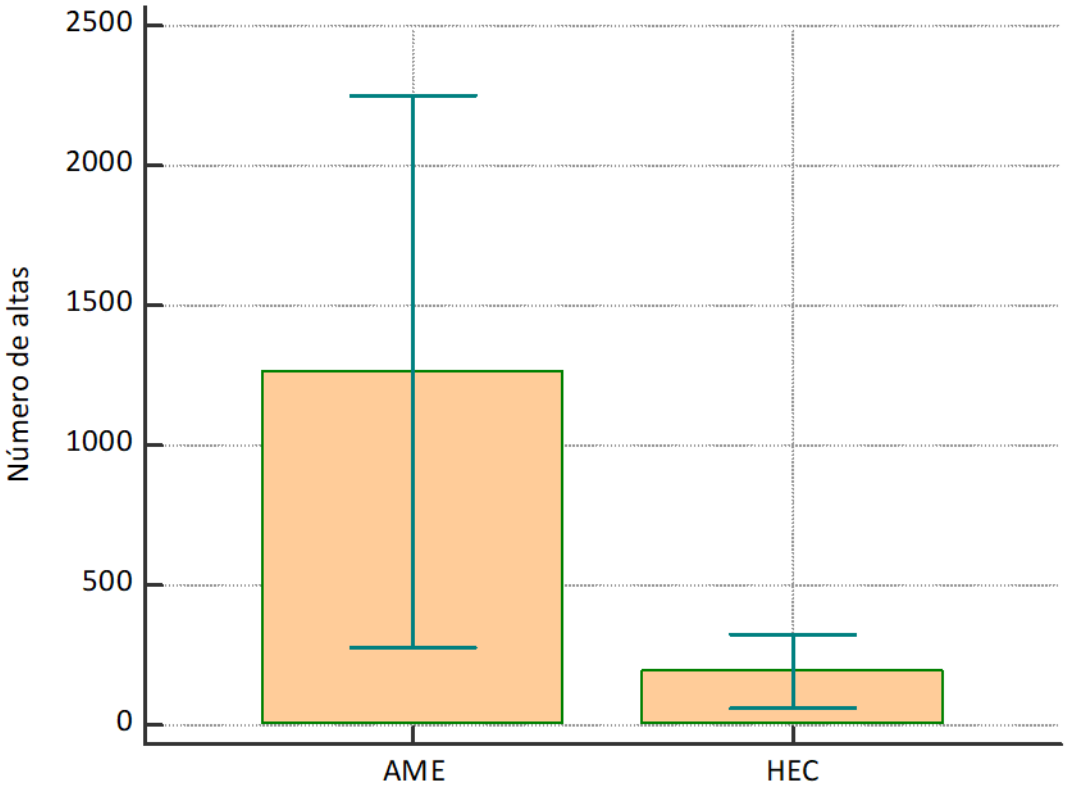

Gráfico 11 – Número de Atendimentos AME *vs* HEEC 2018

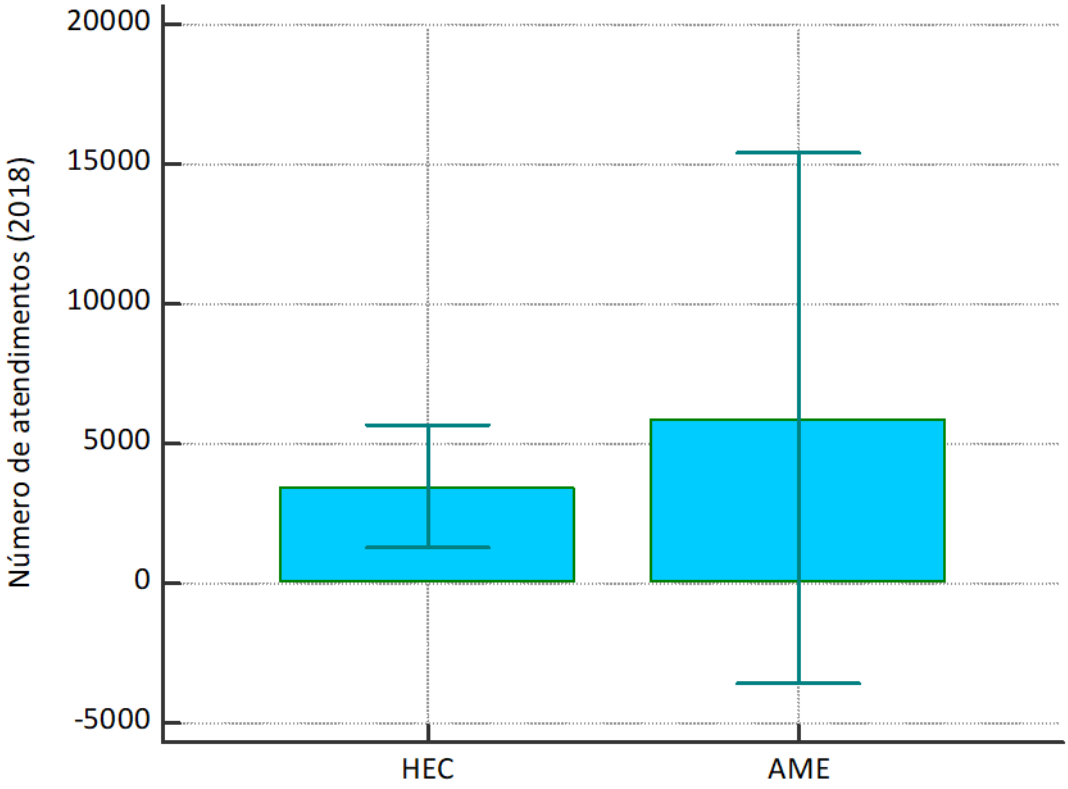

Gráfico 12 – Número de Faltas AME *vs* HEEC 2018

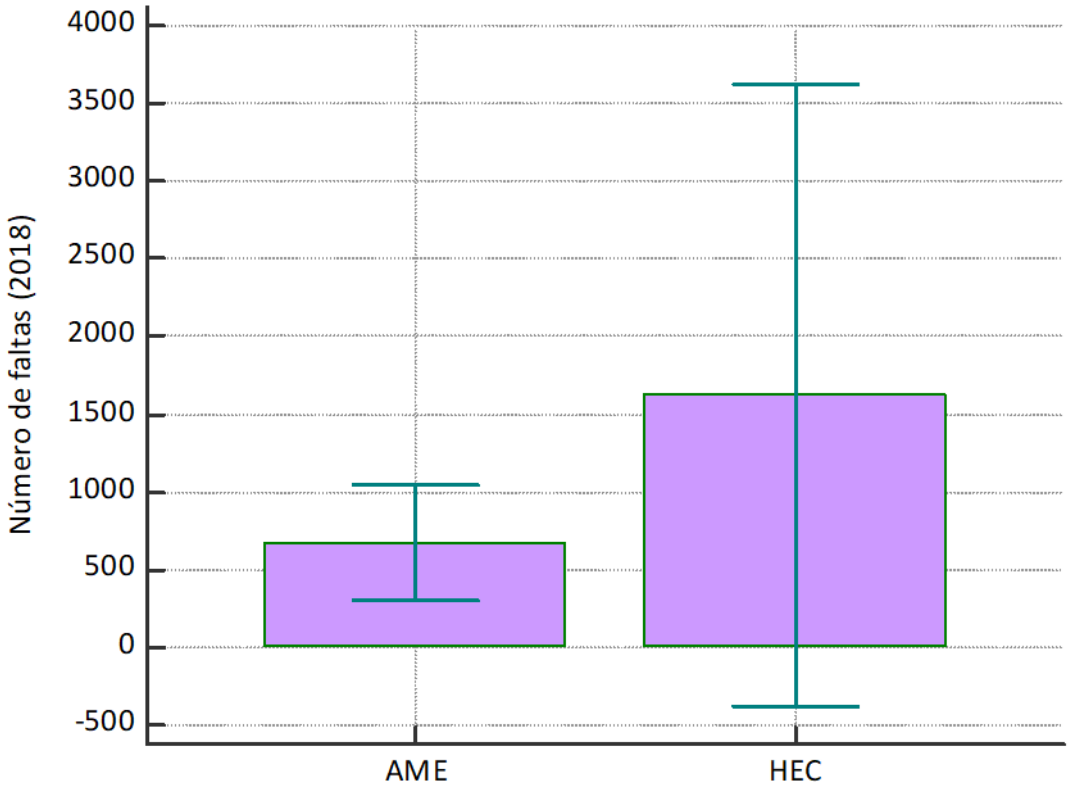

Gráfico 13 – Número de Altas AME *vs* HEEC 2017/18

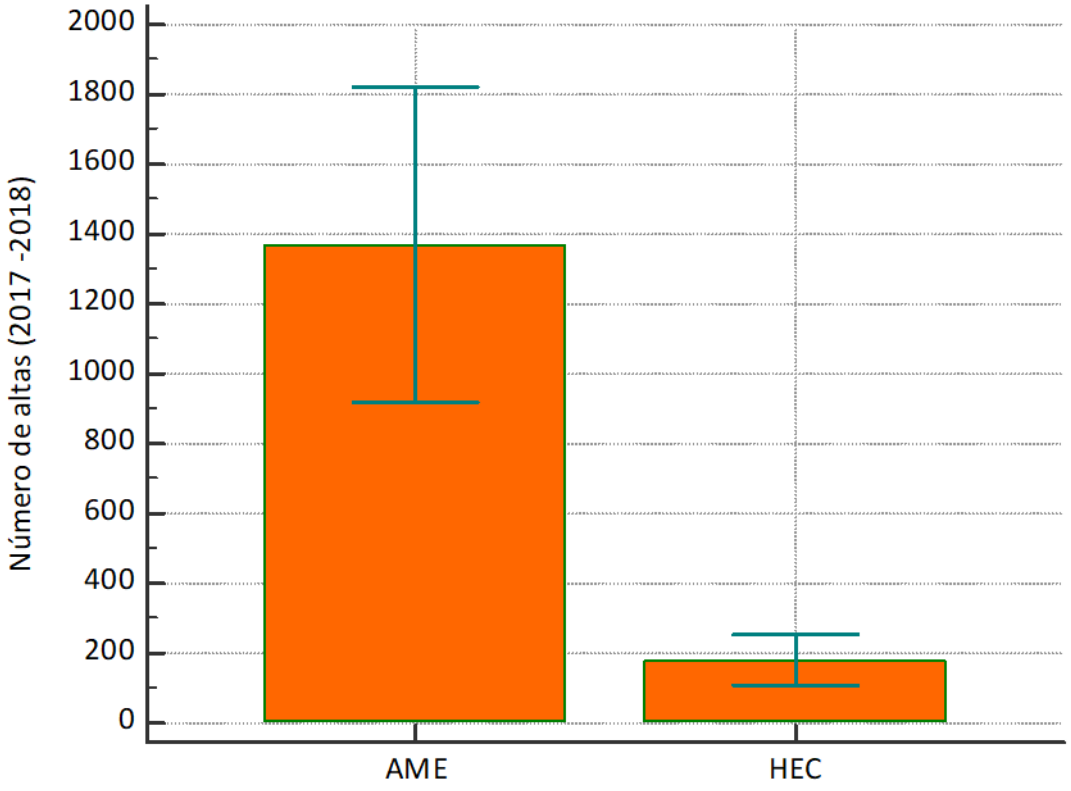

Gráfico 14 – Número de Atendimentos AME *vs* HEEC

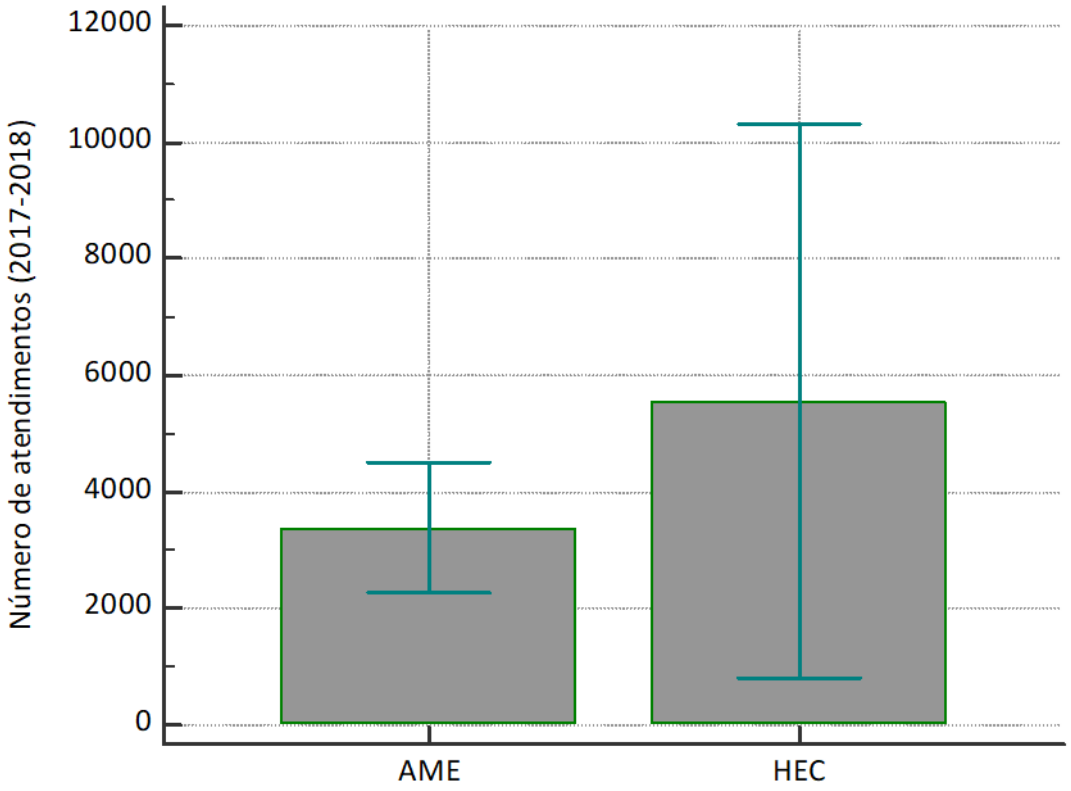
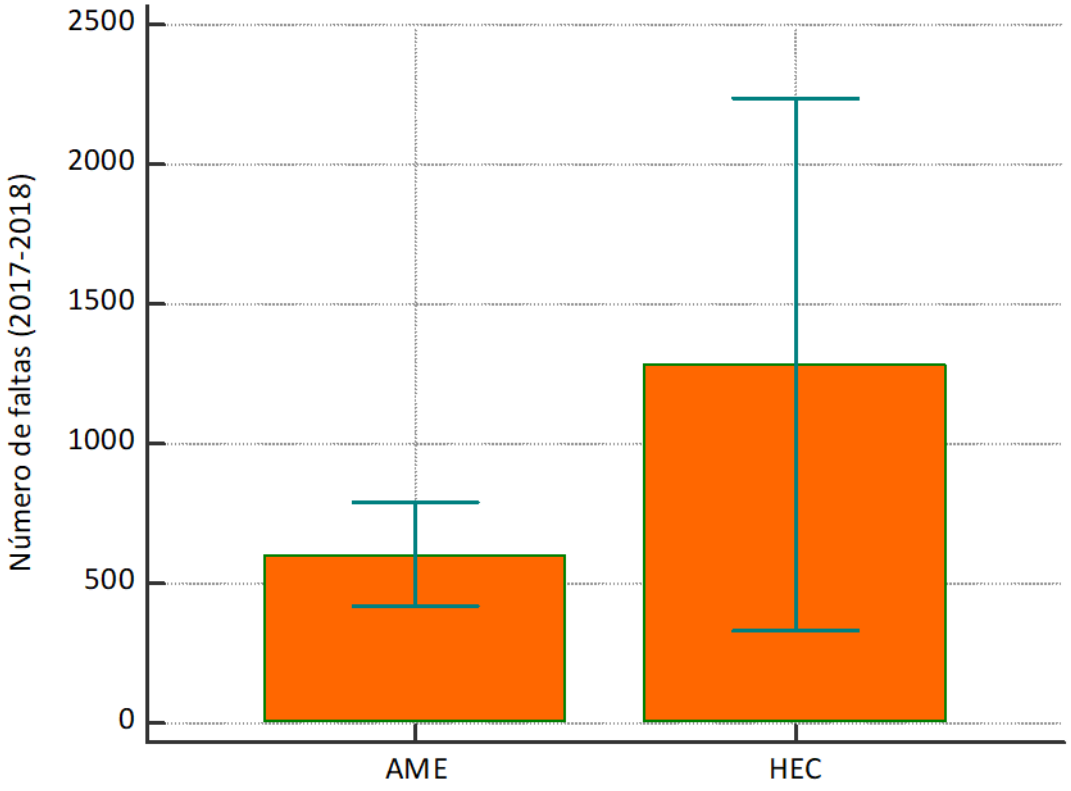
Gráfico 15 – Número de Faltas AME *vs* HEEC