

**ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSEERH:
UM ESTUDO DOS EFEITOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL SOBRE O
ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL¹**

*ADMISSION OF THE UFSM UNIVERSITY HOSPITAL TO EBSEERH: A STUDY OF THE
EFFECTS OF CARE REGULATION ON OUTPATIENT ABSENTEEISM*

DANIELA GOMES CIOCCARI²
DANIEL ARRUDA CORONEL³

RESUMO: Este estudo teve o objetivo de identificar os efeitos das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA) para os processos de gestão ambulatorial, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Por meio de uma pesquisa qualitativa, analisada pelo método análise de conteúdo, foram comparados e analisados os processos de gestão ambulatorial antes e após a implementação das DRA. Na parte quantitativa, foram coletados dados de relatórios estatísticos do HUSM para analisar os índices de absenteísmo ambulatorial dos dois períodos, por meio da técnica de estatística descritiva, análise horizontal e vertical. Os resultados da pesquisa demonstram aumento geral das taxas de absenteísmo ambulatorial das especialidades selecionadas na análise, com redução consecutiva da taxa do absenteísmo ambulatorial, durante os anos analisados, apenas na especialidade Reumatologia; a Oftalmologia destacou-se como a especialidade de maior taxa de absenteísmo ambulatorial e maior aumento de absenteísmo ambulatorial no período analisado.

PALAVRAS-CHAVE: Regulação assistencial. Absenteísmo ambulatorial. EBSEERH.

ABSTRACT: This study aimed to identify the effects of the Care Regulation Guidelines (DRA), for outpatient management processes, on outpatient absenteeism rates at the Santa Maria University Hospital (HUSM). Through qualitative research and proven by the content analysis method, the outpatient management processes before and after the implementation of the DRA were compared and detailed. In the quantitative part, data were collected from HUSM statistical reports to analyze outpatient absenteeism rates for two periods, horizontal and vertical analysis. The research results demonstrate a general gain in outpatient absenteeism rates in the specialties selected in the analysis, with a consecutive reduction during the years analyzed in the rate of outpatient absenteeism only in the specialty Rheumatology, and Ophthalmology stood out as the specialty with the highest rate of outpatient absenteeism. and greater increase in outpatient absenteeism in the period analyzed.

KEYWORDS: Care regulation. Outpatient absence. EBSEERH.

¹ Artigo oriundo da Dissertação de Mestrado em Gestão de Organizações Públicas, da primeira autora, orientada pelo segundo. Pesquisa registrada e aprovada na Plataforma Brasil sob o número: 70704323.6.0000.5346

² Mestra em Gestão de Organizações Públicas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-8528-4086>. E-mail: danielaciocari@hotmail.com

³ Professor Associado do Departamento de Economia e Relações Internacionais, com atuação como Docente Permanente nos Programas de Pós-Graduação (*Stricto sensu*) em Administração Pública, em Gestão de Organizações Públicas e de Economia e Desenvolvimento da UFSM e Bolsista de Produtividade do CNPq. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0264-6502> E-mail: daniel.coronel@uol.com.br

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Brasil, 2017), o acesso aos serviços de saúde dos hospitais deve ser regulado pelas diretrizes da Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

A regulação do acesso ou regulação assistencial contribui com o planejamento dos serviços de saúde, implementa protocolos de regulação para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada e com equidade, estabelecendo mecanismos de comunicação entre diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação assistencial normatiza o acesso à atenção pré-hospitalar e hospitalar por meio do controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados, para garantir a efetividade de procedimentos por meio de protocolos assistenciais (Brasil, 2017).

A partir de 2011, para administrarem seus hospitais, diversas universidades federais contrataram a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), entidade pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pela Lei nº 12.550/2011 (Brasil, 2011). Nesse contexto, em 17 de dezembro 2013, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), através do Contrato de Gestão Especial nº 263/2013, promoveu a EBSEH para a administração do hospital vinculado a essa instituição de ensino, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Considerando tais aspectos, esta pesquisa tem como tema de estudo a regulação assistencial, responsável pela regulação e gestão do acesso dos serviços ambulatoriais do HUSM. Nesse contexto, esta pesquisa pretende identificar os efeitos das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA), para os processos de gestão ambulatorial, sobre os índices de absenteísmo ambulatorial do HUSM. As DRA correspondem ao conjunto de mecanismos padronizados que orientam e organizam os processos de gestão dos serviços ambulatoriais no hospital desde sua implementação, em 2017. O conceito de absenteísmo ambulatorial, de que trata esta pesquisa, compreende o não comparecimento de usuários às consultas agendadas (Santos, 2008). Esse problema é visto como um desafio para a sustentabilidade do SUS, pois, além de provocar desperdícios de recursos públicos, tende a aumentar a fila de espera para um

atendimento, pois os faltosos voltam para a fila de espera e conseqüentemente dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, para delimitação da pesquisa, o objeto de análise a ser considerado são os processos de gestão da oferta dos serviços ambulatoriais do HUSM. As atividades de gestão da oferta dos serviços ambulatoriais referem-se à regulação da inclusão dos pacientes referenciados como usuários dos serviços do HUSM, conforme critério estabelecido nas diretrizes desenvolvidas pela administração do hospital.

Para identificar os efeitos das diretrizes sobre o absenteísmo ambulatorial das consultas especializadas ofertadas pelo HUSM, foram comparados os processos para gestão ambulatorial referentes ao período anterior à implementação, de 2014 a 2016, com os processos para a gestão ambulatorial a partir da implementação das DRA, referentes ao período de sua implementação, em 2017, até o ano de 2022, e os índices de absenteísmo ambulatorial referentes aos períodos analisados. Como categoria de análise, foram analisados os critérios para agendamentos, remarcações e aspectos relacionados à comunicação do hospital com os pacientes.

A análise dos efeitos do novo modelo de gestão sobre os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas especializadas ofertadas ao SUS partiu da importância em subsidiar a gestão do HUSM com informações para o acompanhamento e controle dos índices de absenteísmo ambulatorial, em contribuir com os gestores do hospital em suas tomadas de decisões no âmbito da gestão ambulatorial e na otimização dos recursos e, dessa forma, em ser útil como ferramenta para implementar estratégias de regulação assistencial.

A escolha do HUSM como unidade de análise deve-se ao fato de que, em 2016, o hospital foi um dos selecionados pela EBSEH, conforme critérios técnicos determinados pela empresa, para dar início ao projeto de expansão do modelo de regulação assistencial. O projeto foi desenvolvido em etapas, que envolveram encontros entre gestores da sede, em Brasília, e gestores dos hospitais selecionados, para que, a partir de um alinhamento entre ambos, os mecanismos de regulação assistencial fossem implementados nos demais hospitais sob a gestão da EBSEH.

Para alcançar os objetivos propostos com a pesquisa, este trabalho está estruturado em cinco seções, além desta introdução. Na segunda seção, apresenta-se a fundamentação teórica que trata da gestão dos hospitais universitários federais e das políticas públicas que regulam o SUS, referentes a aspectos sobre a regulação do acesso à assistência, o absenteísmo ambulatorial

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSERH

e suas repercussões. Na terceira seção, são descritos os aspectos metodológicos que orientaram o estudo. Na quarta seção os resultados são analisados e discutidos. Por fim, apresenta-se as principais conclusões do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Com a Política Nacional de Regulação do SUS, publicada na Portaria nº 1.559/2008, atualizada pela Portaria de Consolidação nº 2/2017, anexo XVI, do Ministério da Saúde (Brasil, 2008; 2017), o conceito de regulação foi definido de acordo com sua interferência em três eixos de atuação, integrados entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, que regula os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde; Regulação da Atenção à Saúde, que atua sobre a produção direta das ações de saúde; e Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial, que atua sobre o acesso aos serviços de saúde (Albieri; Cecílio, 2015).

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

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

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de

atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (Brasil, 2008).

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

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

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

2.2 ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL

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

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSERH

consultas ambulatoriais”. Conforme Santos (2008), o absenteísmo ambulatorial significa o não comparecimento às consultas e aos procedimentos agendados, sem prévia comunicação da ação por parte dos usuários. Desse modo, o absenteísmo ambulatorial representa um desafio à gestão na saúde, que deve ser capaz de o combater ao identificar os motivos que provocam esse problema e suas consequências (Beltrame *et al.*, 2019).

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

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

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

No estudo realizado por Beltrame *et al.* (2019), os autores realizaram uma revisão de literatura sobre o tema, com objetivo de identificar os motivos do absenteísmo ambulatorial. Nesse sentido, os autores elencam como motivos o esquecimento do agendamento por parte dos pacientes, a ineficiência da comunicação entre o serviço e o usuário, boa evolução de doenças, agendamento em horário de trabalho e problemas de locomoção dos pacientes.

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

Para investigar os motivos do absenteísmo ambulatorial em consultas especializadas agendadas em uma instituição de saúde, referenciada por uma UBS, Bender, Molina e Mello (2010) realizaram um levantamento de dados no SISREG. Os autores identificaram que, das 844 consultas agendadas no período entre janeiro e julho de 2008, 34,4% não ocorreram por ausência dos usuários. Na pesquisa, os autores entrevistaram usuários faltosos, e entre os principais motivos relatados estão o esquecimento da data da consulta, possivelmente pelo longo de tempo de espera até a consulta, agendamento que coincidiu com outro compromisso, doença do paciente no dia da consulta, a não localização do local da consulta, a ausência de recursos para o transporte e o fato de o trabalho não liberar para comparecer às consultas.

Pinto *et al.* (2022), para identificarem os motivos dos pacientes para o não comparecimento às consultas e exames, analisaram mecanismos para o combate ao absenteísmo ambulatorial, selecionando 21 pesquisas para leitura na íntegra e análise, com o tema de absenteísmo ambulatorial, publicadas entre 2015 e 2020, e localizadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO e no Google Acadêmico. Após a leitura dos artigos, os autores revelam que o absenteísmo ambulatorial possui múltiplas causas, mas identificaram que os principais motivos se relacionam com questões trabalhistas, escolares, e dia e horário do agendamento. Os autores afirmam que, para a redução do absenteísmo, é necessário a implementação de diferentes estratégias que envolvam toda a rede de atenção à saúde, para que o sistema de acesso aos serviços seja organizado de modo a reduzir as ausências aos

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSERH

agendamentos, o que inclui a participação da regulação assistencial, que deve considerar as necessidades da população e atuar facilitando possíveis cancelamentos, para que assim sejam liberadas vagas, menos pacientes sejam prejudicados e os recursos sejam otimizados.

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

O esquecimento como motivo mais frequente de falta às consultas agendadas foi identificado nas pesquisas realizadas por Neal *et al.* (2005), no Reino Unido, e por Ferreira *et al.* (2011), em Portugal, com o objetivo de identificar os principais motivos de absenteísmo ambulatorial. Neal *et al.* (2005), com dados coletados por meio de questionário enviado aos faltantes, identificaram que 40% faltaram porque esqueceram da consulta. Ferreira *et al.* (2011) verificaram que, entre janeiro de 2008 e junho de 2010, das 6.290 consultas agendadas para um ambulatório de um hospital para adolescentes, 28,5% não foram realizadas por falta dos pacientes. Entre os principais motivos apontados pelos participantes selecionados como amostra, 140 faltosos, 28,3% responderam que faltaram por incompatibilidade com horário, em função de coincidir com o horário da escola e 17% responderam que faltaram por esquecimento da consulta.

Para Mazza *et al.* (2019), apesar de o número de consultas ofertadas no SUS ser insuficiente diante do tamanho da demanda, parte das vagas são desperdiçadas pelo absenteísmo ambulatorial, o que acarreta uma série de problemas a todas as organizações, de ordem econômica, mas também social, pois causa prejuízo à assistência à saúde e à recuperação da saúde.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa pretende descrever e analisar os processos para gestão ambulatorial do período anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA) no HUSM, referente aos anos de 2014 a 2016, e a partir de 2017, na implementação, até o ano 2022, e identificar e analisar os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas especializadas ofertadas ao SUS, de 2014 a 2022, para identificar o efeito da implementação das DRA sobre o absenteísmo ambulatorial no hospital.

O procedimento metodológico inicial do estudo para coleta de dados parte da pesquisa de campo no Setor de Regulação e Contratualização, subordinado à Superintendência do HUSM. Na pesquisa de campo, os dados devem seguir uma ordem determinada, e categorizados de modo que possam ser valorizados na pesquisa e que façam sentido dentro do seu contexto, para que seja possível localizar diferenças ou semelhanças entre estes na construção das análises (Minayo, 2012).

Para coleta de dados na pesquisa qualitativa, foi realizada uma pesquisa exploratória e documental. Segundo Gil (2022), na pesquisa documental os achados são fontes primárias que proporcionam um tipo de informação que não recebeu tratamento analítico. Nesse sentido, a pesquisa documental foi realizada com uma busca ativa de documentos organizacionais do HUSM para gestão dos serviços ambulatoriais, para extrair informações relativas aos processos de gestão ambulatorial em protocolos, diretrizes, normativas, portarias, projetos institucionais e manuais operacionais.

Após leitura na íntegra dos documentos coletados com a pesquisa documental na pesquisa qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo e extraídas as informações para responder às questões da pesquisa. Para Bardin (2002, p. 38), “neste tipo de técnica é aplicado um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Nesse sentido, considerando as definições de técnica de análise de conteúdo, após a organização e seleção dos documentos relevantes, agrupou-se as informações para realizar a categorização e construir a análise das informações. Dessa forma, as categorias de análise referem-se aos procedimentos para agendamento de consultas e à sistemática para a remarcação e comunicação das novas datas de consultas aos pacientes.

Na pesquisa quantitativa, em que se utilizam números para extrair dados a partir deles (Bauer; Gaskell, 2022), os dados foram coletados em uma pesquisa documental em relatórios

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSEERH

estatísticos produzidos pelo serviço de estatística da Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial do HUSM. Segundo Marconi e Lakatos (2021, p. 69), na pesquisa documental, “as fontes estatísticas abrangem os mais variados aspectos das atividades de uma sociedade, incluindo as manifestações patológicas e sociais”.

Dos relatórios, foram coletados os índices anuais de absenteísmo ambulatorial relativos ao período de 2014 a 2022 das especialidades selecionadas. Os índices de absenteísmo ambulatorial demonstram a relação entre as consultas agendadas e não realizadas das especialidades médicas, dentro de determinado período. A taxa mensal de absenteísmo ambulatorial pode ser calculada de acordo com a seguinte expressão, extraída do documento organizacional Diretrizes de Regulação Assistencial (EBSEERH, 2016):

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

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

Conforme Becker (2015), a estatística descritiva avalia as características de uma série de dados, como gráficos e tabelas, e medidas relacionadas a um conjunto de dados. Com os dados tabulados, para análise do absenteísmo ambulatorial do período, foi apurada a média aritmética simples da taxa de absenteísmo ambulatorial anual de 2014 a 2022, calculada pela divisão da soma das variáveis pelo número de variáveis. A taxa de absenteísmo anual de cada especialidade corresponde a uma variável, para cálculo da média aritmética simples de cada ano e análise das informações.

As técnicas de análise horizontal e vertical são ferramentas de análise tradicionais de análise de demonstrações contábeis. Conforme Iudícibus (2017), a técnica de análise horizontal informa uma tendência, com a análise do crescimento dos itens, em formato de índices,

apresentados em demonstrativos, ao longo de um período. Quando o analista toma posse de relatórios que traduzem a realidade de uma organização, é possível fazer uma análise da organização. Nesse sentido, a análise horizontal demonstra a evolução de uma conta ao longo dos anos e a análise vertical relaciona determinada conta ou um grupo de contas a um referencial ou a um valor (Diniz, 2015). Este estudo utilizou a técnica de análise horizontal para analisar a evolução das taxas de absenteísmo ambulatorial ao longo do período, e análise vertical para comparar as taxas de absenteísmo ambulatorial anuais entre as especialidades.

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

$$\text{Números índices} = \frac{Vd}{Vb} \times 100 \quad (2)$$

Nesse sentido, foram analisados os índices de absenteísmo ambulatorial das consultas das especialidades ofertadas pelo HUSM antes da implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial, de 2014 a 2016, e a partir de implementação das diretrizes, de 2017 a 2022. As especialidades são demonstradas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis selecionadas para análise quantitativa

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

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSEERH

Oftalmologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Oftalmologia
Ortopedia e Traumatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Ortopedia e Traumatologia
Otorrinolaringologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Otorrinolaringologia
Pneumologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Pneumologia da Pneumologia
Reumatologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Reumatologia
Urologia	Índice de absenteísmo ambulatorial da Urologia

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

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

Como limitações do estudo, pode-se afirmar que os dados que representam as faltas dos pacientes às consultas ambulatoriais dependem da exatidão dos registros dos lançamentos das faltas realizadas pelos funcionários responsáveis por essa atividade, assim como pode haver falhas tecnológicas e de configuração no aplicativo de gestão utilizado pela gestão do hospital, o AGHUX.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

Em 17 de dezembro de 2013, diante da crescente demanda dos serviços de saúde, da necessidade de qualificar a gestão e a organização da oferta dos serviços de saúde do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), inclusive para cumprir as normativas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pela Política Nacional de Regulação e pelas diretrizes da contratualização entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o HUSM, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) contratou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEERH) para a gestão do HUSM. A adesão ocorreu com a assinatura do Contrato de Gestão nº 263/2013 e seus anexos: Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa, Plano de Reestruturação do HUSM, Metas de Desempenho, Indicadores e Prazo de Execução.

A UFSM, ao contratar a EBSEERH para a gestão de seu hospital, teve como expectativa o desenvolvimento de uma gestão moderna e de qualidade no hospital e a implementação de mecanismos informatizados de gestão hospitalar. Com o objetivo de cumprir as metas elencadas no Contrato de Gestão Especial entre os hospitais, a EBSEERH contratou os serviços de consultoria especializada em gestão de rede de hospitais, do Consórcio Hospitalar de Catalunha – Consultoria e Gestão, para que os gestores da Diretoria de Atenção à Saúde da EBSEERH e gestores dos hospitais contemplados com a consultoria adquirissem conhecimentos e capacidades técnicas para implementar melhorias nas atividades que envolvessem a regulação assistencial intra-hospitalar.

Como produto da consultoria, foi entregue à EBSEERH o documento “Desenvolvimento e Implantação dos mecanismos de Regulação Assistencial no âmbito da EBSEERH/Hospitais Universitários Federais”, com os critérios e o cronograma de um plano de implantação dos mecanismos de regulação assistencial nas áreas ambulatoriais, de arquivo e documentação clínica e nas áreas cirúrgicas. O novo modelo de gestão foi apresentado por meio do documento “Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da Rede EBSEERH”.

Com base nas Diretrizes do Modelo de Regulação Assistencial da EBSEERH, em 2017, os gestores das áreas que contemplam o novo modelo de gestão do HUSM finalizaram a elaboração do documento denominado “Diretrizes de Regulação Assistencial do HUSM - para gestão ambulatorial, para gestão do arquivo e documentação clínica e para gestão da internação”.

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

4.2 ANÁLISE COMPARATIVA DA GESTÃO AMBULATORIAL ANTERIOR E A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

No período analisado de 2014 a 2016, anterior à implementação das Diretrizes de Regulação Assistencial (DRA), para análise dos processos para agendamento de consultas, remarcações, e mecanismos de comunicação com os pacientes, foram coletados os dados do Manual de Gerenciamento de Rotinas – Procedimento Operacional Padrão do serviço administrativo dos ambulatórios (MGR). Observou-se que as consultas canceladas eram reagendadas com indicação de nova data em formulário preenchido pelo profissional de saúde. Os avisos de alteração dos agendamentos aos pacientes eram realizados por telefone, pela equipe administrativa dos ambulatórios. No entanto, era necessário que os pacientes comparecessem ao hospital para retirar esse formulário no setor de marcação do HUSM, antes da consulta.

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

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

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

Na Atenção Primária à Saúde, o paciente realiza o primeiro contato com o SUS, mas esse primeiro contato para resolução de seu problema de saúde pode também ocorrer nos

serviços de urgência e emergência do SUS, inclusive no serviço de urgência e emergência do HUSM. Nesse caso, quando o paciente é internado após receber o primeiro atendimento no serviço de urgência e emergência desse hospital, o acesso ao serviço ambulatorial ocorre se a equipe médica do hospitalar solicitar agendamento de consulta tipo pós-alta, para a continuidade do tratamento em ambulatório.

Além do agendamento de consultas, as diretrizes descrevem os processos e as condições para as remarcações de consultas dos pacientes que não compareceram ao atendimento. Na segunda versão das DRA, as condições para remarcação das consultas dos pacientes faltosos permaneceram as mesmas. Assim, a remarcação está condicionada ao tipo de consulta, da apresentação de justificativa da ausência e de quantas faltas o paciente possui na especialidade.

Destaca-se aqui que os pacientes agendados para primeiras consultas são informados pelo gestor do SUS, a data de retorno é informada pelo hospital ao paciente, e, quando o retorno é remarcado, quando reside em Santa Maria, o hospital entra em contato com o paciente para avisá-lo, mas quando reside em outra cidade, e em período superior a 30 dias até o dia da nova data, o hospital envia o comprovante da consulta à Secretaria de Saúde do município em que o paciente reside, para que ele seja avisado pela secretaria.

Após análise do conteúdo do MGR e das informações coletadas de documentos organizacionais da gestão e após pesquisa exploratória no site do HUSM, não foram identificadas ações ou orientações para mitigação do absenteísmo ambulatorial ou acompanhamento da atividade programada através de indicadores, na gestão anterior à implementação das DRA, entre 2014 e 2016.

Conforme o fluxo para remarcação de consultas, os pacientes deveriam se locomover até o hospital para a retirada do formulário de agendamento com a indicação da data indicada pelo médico. Isso demonstra que o fluxo de remarcação de consultas anterior à implementação das DRA envolvia duas locomoções dos usuários até o hospital, uma para o agendamento e outra para a nova data de consulta de retorno. Percebe-se, dessa forma, que os fluxos definidos desconsideravam os motivos para o absenteísmo ambulatorial identificados na revisão bibliográfica realizada nesta pesquisa, relacionados a outros compromissos dos pacientes e problemas de transporte. Segundo a literatura analisada, entre os principais motivos para o absenteísmo ambulatorial estão problemas de locomoção dos pacientes até as instituições de saúde (Beltrame *et al.*, 2019; Bender; Molina; Mello, 2010; Bittar *et al.*, 2016; Pinto *et al.*, 2022)

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSEERH

e a insegurança para faltarem ao trabalho (Beltrame *et al.*, 2019; Bender; Molina; Mello, 2010; Pinto *et al.*, 2022; Santos, 2008). Além disso, percebe-se que a gestão ambulatorial referente ao período 2014-2016 não possuía o foco na otimização de recursos, e no acompanhamento dos resultados por meio de indicadores, considerando que o absenteísmo ambulatorial acarreta prejuízos financeiros à instituição.

No entanto, diante do reconhecimento do absenteísmo ambulatorial como um problema para a instituição, no momento de adesão à EBSEERH, com o contrato de consultoria, foram desenvolvidos novos mecanismos e critérios para remarcação de consultas, e foi inserida a Rede de Atenção à Saúde na organização das remarcações. Percebe-se que os profissionais do HUSM responsáveis pela elaboração das DRA consideram que o novo modelo de gestão ambulatorial inseriu no HUSM ações necessárias à mitigação e ao monitoramento do absenteísmo ambulatorial das consultas ofertadas pelo hospital:

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

Assim, ao comparar o modelo anterior de gestão ambulatorial e o modelo de gestão ambulatorial implementado com as DRA, em 2017, observa-se que foram implementados critérios que condicionam a remarcação das consultas ao tipo de consulta, a apresentação de justificativa da ausência e de quantas faltas o paciente possui na especialidade, como um conjunto de ações propostas para redução do absenteísmo ambulatorial no HUSM.

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

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

Dos relatórios, foram coletadas as taxas anuais de absenteísmo ambulatorial por especialidade médica, o total de consultas médicas agendadas e realizadas por ano e por especialidade médica, de 2014 a 2022. Ressalta-se que foram considerados para análise os dados relativos às consultas médicas especializadas contratualizadas com o SUS durante os períodos analisados, considerando que o hospital e o gestor do SUS realizam a gestão compartilhada dos serviços assistenciais. Os dados referem-se às primeiras consultas, agendadas pelo gestor no sistema *on-line* de regulação, para atendimento do paciente no HUSM, e às consultas de retorno, agendadas no HUSM.

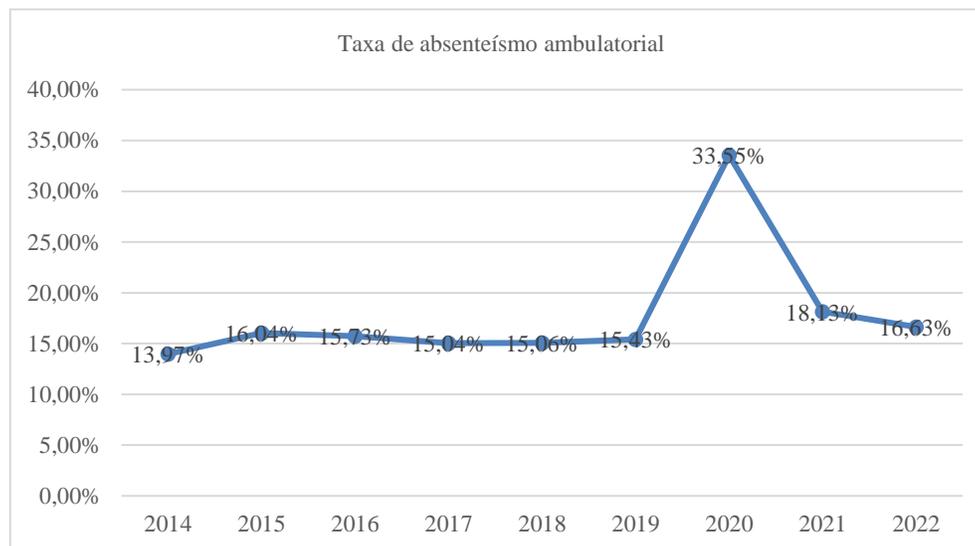
Para elucidar a análise do absenteísmo ambulatorial do HUSM e identificar o efeito das DRA sobre os indicadores analisados, considerando as variáveis destacadas e os critérios, foram utilizadas estatísticas descritivas, análise horizontal e vertical, e calculada a taxa de absenteísmo ambulatorial anual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

Com base nas informações, constata-se que foram agendadas, de 2014 a 2016, 299.157 consultas, de 2017 a 2019, 303.507 consultas, o que representa um pequeno aumento de 1,43%, Entretanto, de 2020 a 2022 foram agendadas 250.180 consultas, que representam uma queda de 17,57% em relação ao triênio anterior. No período analisado, anterior às DRA, das 299.157 consultas agendadas, 45.845 não foram realizadas por motivo de falta dos pacientes às consultas – o que significa uma taxa de absenteísmo ambulatorial de 15,32%. Após a implementação das DRA, das 553.687 consultas agendadas, 116.617 não foram realizadas por falta dos pacientes às consultas – o que representa uma taxa de absenteísmo ambulatorial de 21,06%, 5,74% maior que a do período anterior.

Com base nos dados coletados dos relatórios estatísticos, foi calculada a taxa de absenteísmo anual do período 2014 a 2022. Observa-se que o absenteísmo ambulatorial se manteve com pequenas variações de 2014 até 2019. Cabe salientar que em março de 2020 foi decretada a pandemia de Covid-19, mesmo ano que o absenteísmo ambulatorial teve o pico de 33,55%. No entanto, apesar de os anos seguintes apresentarem importante queda em relação à 2020, como demonstrado na Figura 1, a taxa de absenteísmo ambulatorial de 2021 foi de 18,13%, e em 2022 foi de 16,63%, o que demonstra que as taxas de absenteísmo ambulatorial dos últimos anos se mantêm superiores ao período anterior às DRA.

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSERH

Figura 1 – Taxa de absenteísmo ambulatorial anual



Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados de relatórios estatísticos do HUSM.

As maiores médias foram em 2021, com 17,74%, e em 2022, com 16,66%. Ou seja, após a implementação das DRA houve aumento da taxa média aritmética simples de absenteísmo ambulatorial em todos os anos, exceto em 2017, quando a taxa média foi de 14,85%, pouco menor que a de 2014, de 14,91%.

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

Por outro lado, as maiores taxas de absenteísmo ambulatorial, no período anterior às DRA, foram de 21,14%, em 2014, em Ginecologia e Obstetrícia, de 21,20%, em 2015, em Oftalmologia e de 19,56%, em 2016, também em Oftalmologia. A partir da implementação das DRA, observa-se que as maiores taxas de absenteísmo ambulatorial foram em Oftalmologia, em 2017 e 2018, de 21,12% e 21,04% respectivamente. Em 2019, a maior taxa foi de 20% em Gastroenterologia; em 2020, de 48,91% em Pneumologia; em 2021, de 23,97%, em Infectologia; e em 2022, a maior taxa foi em Cirurgia Geral, de 23,26%.

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

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

Ao analisar a evolução do absenteísmo ambulatorial das especialidades médicas, por meio da técnica de análise horizontal, foi possível identificar quais especialidades apresentaram queda, aumento ou pouca variabilidade das taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA. Na análise horizontal, são calculados números índices, considerando o valor de uma data base e o valor de uma certa data. Neste estudo, foi considerada a taxa de absenteísmo ambulatorial de 2014 como valor da data base, e o valor do absenteísmo ambulatorial dos anos seguintes a que se pretendeu comparar como valor de certa data.

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

Por outro lado, diversas especialidades apresentaram aumento da taxa de absenteísmo ambulatorial em todos os anos após a implementação das DRA, entre elas Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia e Urologia. Dos seis anos (2017-2022) após a implementação das DRA, as seguintes especialidades apresentaram acréscimo nas taxas em cinco anos do período: Cirurgia Geral, Coloproctologia e Dermatologia. Os maiores aumentos de taxa ambulatorial foram identificados em Ortopedia e Traumatologia, de 2014 a 2022, respectivamente, de

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSERH

26,85%, 26,83%, 26,18%, 44,06%, 31,37% e 28,6%. E, em Cirurgia Geral, de 2014 a 2022, respectivamente, de 12,01%, 12,65%, 15,43%, 29,91%, 19,9% e 21,19%.

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

Beltrame *et al.* (2019), com o propósito de analisar as taxas de absenteísmo ambulatorial de consultas ofertadas pelo SUS na região metropolitana do Espírito Santo, entre os anos 2014 e 2016, verificaram que 38,6% das consultas não ocorreram por falta dos pacientes. Com o mesmo objetivo, a pesquisa realizada por Bender, Molina e Mello (2010) demonstra que de 844 consultas agendadas em uma unidade básica de saúde de Florianópolis, a taxa de absenteísmo foi de 34,4%. Santos (2008) verificou que, das 10.181 consultas agendadas em março de 2008 em unidades básicas de saúde de um município da Bahia, 3.852 não foram realizadas porque os pacientes não compareceram, o que representa uma taxa de absenteísmo ambulatorial de 27,5%.

Portanto, percebe-se que, com a implementação das DRA no HUSM, apesar das novas estratégias para redução do absenteísmo, de modo geral, as taxas de absenteísmo ambulatorial das consultas ofertadas ao SUS, analisadas neste estudo, em relação ao período anterior à implementação, aumentaram em todos os anos, exceto em 2017, no ano da implementação.

Observa-se também que há grandes diferenças de absenteísmo ambulatorial entre as especialidades, considerando que, em 2022, a taxa de absenteísmo ambulatorial das consultas de Reumatologia foi de 11,29%, de Infectologia de 20,24% e de Cirurgia Geral de 23,26%, o que sugere atenção especial dos gestores do HUSM à gestão ambulatorial das especialidades em que os pacientes mais faltam às consultas, no sentido de identificar os motivos de os pacientes dessas especialidades faltarem, para que possam construir estratégias focadas nessas especialidades, reduzindo o absenteísmo ambulatorial do HUSM.

5 CONCLUSÕES

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

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

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

Ainda nessa perspectiva, houve aumento das taxas de absenteísmo ambulatorial após a implementação das DRA, e infere-se que há importantes diferenças entre as taxas de absenteísmo ambulatorial entre algumas especialidades, pois, ao compará-las, algumas apresentam altas taxas de absenteísmo ambulatorial e outras, pequenas.

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

Para pesquisas futuras, sugere-se uma análise comparativa do HUSM com outros hospitais administrados pela EBSEH, sobre a percepção de outros profissionais que atuam na regulação assistencial sobre as mudanças implementadas com as DRA, e pesquisas que analisem a percepção dos usuários sobre a oferta dos serviços regulamentados pelas DRA. Ainda, sugere-

ADESÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSM À EBSERH

se estudos que analisem o perfil dos pacientes das especialidades médicas ofertadas pelos ambulatorios do HUSM e os motivos destes para as faltas às consultas agendadas.

REFERÊNCIAS

ALBIERI, F. A. O.; CECÍLIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. SPE, p. 184-195, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2022.

BECKER, J. L. **Estatística básica: transformando dados em informação**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

BELTRAME, S. M. *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 1015-1030, 2019.

BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

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

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

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

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

CASTILHO, G. G. C.; SOUZA, A. P. A. A regulação assistencial intra-hospitalar no âmbito do SUS: As contribuições do assistente social em um hospital em São Luís (MA). *In*:

CIOCCARI, D. G.; CORONEL, D. A.

ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16, 2018, Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2018.

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

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

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Diretrizes de regulação assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria**: gestão do processo ambulatorial. Santa Maria: UFSM; HUSM, 2016.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Diretrizes de regulação assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria**: gestão do processo ambulatorial. Santa Maria: UFSM; HUSM, 2022.

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

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

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

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

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

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.

MESA, M. L. J.; ASECIO, J. M. M.; RUIZ, F. R. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 38, n. 2, p. 235-245, 2015.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

NEAL, R. D. *et al.* Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. **BMC Family Practice**, v. 6, p. 1-6, 2005.

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

GETEC, v.13, p.25-48, ago./dez. 2023

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

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

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