

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**ELS AMORIM VIANA**

**ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO  
ESPECIALIZADO NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2020**

**ELS AMORIM VIANA**

**ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO  
ESPECIALIZADO NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora:

Dr<sup>a</sup> Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

---

V614a Viana, Els Amorim.

Análise da regulação do acesso para atendimento especializado na X Região de Saúde de Pernambuco/Els Amorim Viana. – Recife: [s. n.], 2020.  
122 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2021.  
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Regulação e fiscalização em saúde. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Equidade no acesso aos serviços de saúde. 4. Assistência à saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

---

CDU 614.2

**ELS AMORIM VIANA**

**ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO  
ESPECIALIZADO NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 18/12/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Sidney Feitosa Farias  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis  
Universidade Federal de São Paulo

*À minha mãe e minha irmã que ajudaram-me tanto até aqui.  
À Maria Flor, minha filha, pela paciência às minhas ausências.  
À Gildazio Moura, meu companheiro de todas as horas, pelo incentivo, sempre, à minha  
formação.*

## AGRADECIMENTOS

Tarefa difícil esta! Não só por correr o risco do esquecimento nominal e, por isso, ser injusta, mas pelo fato de ter a completa certeza de que todos os convívios e relações da vida profissional, pessoal e acadêmica cooperaram para chegar até aqui.

Agradeço primeiramente a minha orientadora Dr<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti pela paciência com esta aluna tão cheia de outras atividades. Pelos ensinamentos, pela oportunidade e pela amizade. Obrigada pelo seu apoio incondicional o tempo todo.

Ao grupo de pesquisa ACESSUS que, mesmo numa relação virtual, nos mostrou apoio a qualquer momento.

À Fiocruz Pernambuco e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco pela parceria em oportunizarem o Mestrado Profissional, que sem dúvidas, nos proporcionou uma contribuição inestimável à melhoria da qualidade da nossa formação profissional e do retorno que daremos aos serviços.

Aos professores convidados, aos professores da casa, em especial a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Idê Gurgel que coordenou brilhantemente a nossa turma, além do nosso querido Franklin Semente, o qual não poupou esforços para que todos tivessem as melhores condições de desenvolvimento possíveis.

Aos meus colegas de turma, que com certeza, não poderia ser melhores. Aos almoços coletivos, aos happy hours maravilhosos, as caronas dadas... Jamais esquecerei!! Jozelma você foi incrível!

Aos meus colegas de trabalho, em especial a minha amiga Fernanda Torres que segurou a barra e todas as tarefas durante minhas saídas do setor e Niely pelo carinho.

Aos amigos da X GERES, muito obrigada. A gerente Mary Delanea que confiou no nosso trabalho, aos municípios que compõem essa região e a UP AE pela oportunidade.

À minha família pela a ajuda decisiva na condução das atividades da vida da minha filha durante minha ausência das idas e vindas das aulas na capital.

Ao meu companheiro de vida e de lutas, referência em caráter e na busca por um mundo melhor e mais justo: Gildazio Moura, que tão feliz fica com minha ascensão profissional.

À minha filha Maria Flor, de 7 anos, que não entende muito o valor de um mestrado, mas com certeza serei exemplo para sua formação profissional. Daqui uns anos ela vai entender... Te amo, te amo, Florzinha! E obrigada pela cartinha linda.

“Só eu sei, as equinas por  
que passei, só eu sei...”  
(DJAVAN, 1984)

VIANA, Els Amorim. **Análise da regulação do acesso para atendimento especializado na X Região de Saúde de Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

O acesso da população à rede dos serviços de saúde deve se dar por meio do nível primário de atenção, que precisa 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 ambulatoriais especializados ou hospitalares. Para fortalecer a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco (PE) e interiorizar a assistência especializada, em 2013, o governo do Estado através da Secretaria Estadual de Saúde implantou a primeira Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), que suprimiu parte da necessidade de serviços de atenção especializada componentes das redes de atenção das regiões de saúde do estado. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a regulação do acesso às consultas especializadas realizadas na UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho, compreendendo a oferta e demanda, bem como, o complexo regulador dentro da rede de assistência à saúde. A análise foi do tipo estudo de caso com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado na sede da X Região de Saúde de PE. Por meio de um roteiro foi coletado as informações do Sistema de Regulação-SISREG entre os anos de 2018 e 2019, também foi realizada entrevistas com 12 médicos da atenção básica e 6 coordenadores da regulação dos municípios da Região. Observou-se que os profissionais médicos, dos municípios da X Região de Saúde não tem conhecimento do protocolo de encaminhamento, bem como, das especialidades e das cotas ofertadas pela UPAE. Existe um déficit importante do número de cotas ofertadas pela UPAE para a X Região de Saúde considerando a portaria 1.631/2015 que cria critérios de necessidades de consultas especializadas. Nesse contexto, é necessário um matriciamento entre a atenção básica, regulação e UPAE e uma reavaliação da quantidade de cotas ofertadas afim de possibilitar o exercício pleno da regulação para toda a população da X Região de Saúde.

Palavras-chaves: regulação e fiscalização em saúde; acesso aos serviços de saúde; equidade no acesso aos serviços de saúde; assistência à saúde.

VIANA, Els Amorim. **Analysis of the regulation of access to specialized care in the X Health Region of Pernambuco**. 2020. Dissertation (Professional Master's in Public Health) – Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

### **ABSTRACT**

The population's access to the health services network must take place through the primary level of care, which must be qualified to attend and solve the main problems that demand health services. Those who aren't resolved at this level should be referred to specialized outpatient or hospital services. To strengthen the decentralization of the Unified Health System (SUS) in Pernambuco (PE) and internalize specialized assistance, in 2013 the state government through the State Health Secretariat implemented the first Pernambuco Specialized Care Unit (UPAE) which supplies part of the need for specialized care services that are part of the care networks of the state's health regions. Therefore, the present study is aimed to analyze the regulation of access to specialized consultations held at UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho, understanding supply and demand, as well as the regulatory complex within the health care network. The analysis was a case study with a quantitative and qualitative approach, carried out at the headquarters of the 10th Health Region of PE. Through a script information from the Regulation System-SISREG was collected between the years 2018 and 2019, interviews were also carried out with 12 primary care physicians and 6 regulatory coordinators of the municipalities within the Region. It was observed that medical professionals in the municipalities of the X Health Region aren't aware of the referral protocol, as well as the specialties and quotas offered by UPAE. There is an important deficit in the number of quotas offered by UPAE for the X Region of Health considering the ordinance 1,631 / 2015 that creates criteria for the needs of specialized consultations. In this context, there's a need for matrix support between primary care, regulation and UPAE and a reassessment of the amount of quotas offered in order to enable full exercise of regulation for the entire population of the X Health Region.

**Keyword:** health care coordination and monitoring; health services accessibility; equity in access to health services; delivery of health care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CEP/IAM</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CGR</b>	Colegiado de Gestão Regional
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CID</b>	Código Internacional de Doenças
<b>CIR</b>	Colegiado Intergestor Regional
<b>CIRETRAN</b>	Circunscrição Regional de Trânsito
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CONEP</b>	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
<b>FASP</b>	Faculdade do Sertão do Pajeú
<b>GERES</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>GRE</b>	Gerência Regional de Educação
<b>HIV</b>	Vírus da imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IFPE</b>	Instituto Federal de Pernambuco
<b>IPA</b>	Instituto Agrônomo de Pernambuco
<b>KM<sup>2</sup></b>	Quilômetro quadrado
<b>PDI</b>	Plano Diretor de Investimentos
<b>PDR</b>	Plano Diretor Regional
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PPI</b>	Programação Pactuada Integrada
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SES/PE</b>	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
<b>SISREG</b>	Sistema de Regulação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TG</b>	Tiro de Guerra
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UPAE</b>	Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de Pernambuco e suas macrorregiões de saúde.....	20
Figura 2 - Mapa da X Região de Saúde.....	21
Quadro 1 - Distância intermunicipal para a sede da X Região de Saúde.....	22
Figura 3 - Pirâmide Populacional da X Região de Saúde.....	23
Quadro 2 - Principais causas de internações na X Região de Saúde.....	27
Figura 4 - Mapa de Pernambuco com localizações de UPAE's.....	34
Figura 5 - Mapa de Pernambuco e suas microrregiões de saúde.....	36
Figura 6 - Fluxo de encaminhamentos para atendimento na UPAE.....	42
Quadro 3 - Cálculo de cotas ofertadas por mês na UPAE.....	44
Gráfico 1 - Soma total e média anual de consultas ofertadas nos anos de 2018 e 2019...	45
Gráfico 2 - Número de consultas ofertadas e agendadas nos anos de 2018 e 2019.....	48
Gráfico 3 - Número de cotas ofertadas, agendadas e executadas por mês.....	50
Gráfico 4 - Número de absenteísmo na UPAE por mês nos anos de 2018 e 2019.....	52
Quadro 4 - Representação da relação oferta X demanda – Portaria 1.631 de 01 dez de 2015.....	55
Quadro 5 - Representação da fila de espera X tempo de espera no ano de 2019.....	58

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil de Residentes da X Região de Saúde.	24
Tabela 2 - Frequência de Óbitos de Residentes por causa, segundo ano do óbito.....	24
Tabela 3 - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Infecto Parasitárias..	25
Tabela 4 - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias do Colo do Útero..	26
Tabela 5 - Cálculo do Percentual de Cotas de cada Especialidades por município.....	43
Tabela 6 - Soma total e média anual das consultas ofertadas pela UP AE.....	45
Tabela 7 - Número de consultas agendadas por município no ano de 2018.....	46
Tabela 8 - Número de consultas agendadas por município no ano de 2019.....	46
Tabela 9 - Número de consultas executadas por município no ano de 2018.....	49
Tabela 10 - Número de consultas executadas por município no ano de 2019.....	49
Tabela 11 - Número de absenteísmo na UP AE no ano de 2018.....	51
Tabela 12 - Número de absenteísmo na UP AE no ano de 2019.....	51
Tabela 13 - Percentual de cotas programadas x executadas no ano de 2018.....	52
Tabela 14 - Percentual de cotas programadas x executadas no ano de 2019.....	53
Tabela 15 - Perfil dos coordenadores da regulação da X Região de Saúde.....	60
Tabela 16 - Perfil dos médicos entrevistados da X Região de Saúde.....	61

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	17
3	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	18
3.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
4.1	A X REGIÃO DE SAÚDE.....	19
4.1.1	<b>Municípios abrangentes e distâncias</b> .....	20
4.1.2	<b>População total</b> .....	22
4.1.3	<b>Perfil epidemiológico</b> .....	23
4.2	REGULAÇÃO DO ACESSO.....	27
4.2.1	<b>A regulação do acesso na rede integrada de assistência à saúde</b> .....	30
4.3	A POLÍTICA DE REGULAÇÃO NO BRASIL E EM PERNAMBUCO.	31
4.4	UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – UPAE.....	33
5	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	35
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	35
5.3	PERÍODO DO ESTUDO.....	36
5.4	COLETA DE DADOS.....	36
5.4.1	<b>Documental</b> .....	36
5.4.2	<b>Dados quantitativos</b> .....	36
5.4.3	<b>Entrevistas</b> .....	37
5.5	ANÁLISE DE DADOS.....	37
5.5.1	<b>Dados documentais e entrevistas</b> .....	37
5.5.2	<b>Dados quantitativos</b> .....	37
5.6	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA.....	38
5.7	AMOSTRA.....	38
5.8	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	38
5.9	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	39
6	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	40
7	<b>RESULTADOS</b> .....	41

7.1	O FLUXO DA REGULAÇÃO DO ACESSO À UPAE.....	41
7.2	ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS AO ESPECIALISTA.....	42
7.3	ANÁLISE DA OFERTA E DEMANDA PARA A UPAE.....	43
7.3.1	<b>Consultas ofertadas</b> .....	44
7.3.2	<b>Consultas agendadas</b> .....	46
7.3.3	<b>Consultas executadas</b> .....	48
7.3.4	<b>Absenteísmo</b> .....	50
7.3.5	<b>Cota programada X Cota executada</b> .....	52
7.3.6	<b>Relação Oferta X Demanda – Portaria 1.631 de 01 de outubro de 2015</b> .....	53
7.3.7	<b>Fila de espera</b> .....	57
7.4	COMPREENDENDO O COMPLEXO REGULADOR DENTRO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	60
7.4.1	<b>Fluxo do acesso</b> .....	62
7.4.1.1	Fluxo real.....	62
7.4.1.2	Referência e contra referência.....	63
7.4.1.3	Obstáculos do acesso.....	64
7.4.1.4	Estratégias para melhorar a organização do acesso.....	64
7.4.2	<b>CrITÉRIOS de encaminhamentos</b> .....	65
7.4.2.1	CrITÉRIOS preconizados.....	65
7.4.2.1.1	<i>Protocolos</i> .....	66
7.4.2.1.2	<i>Relação com a atenção básica</i> .....	66
7.4.3	<b>Relação Oferta X Demanda</b> .....	67
7.4.3.1	Importância da UPAE.....	67
7.4.3.2	Insuficiência da oferta.....	67
7.4.3.3	Desconhecimento sobre a oferta.....	68
8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	69
9	<b>CONCLUSÃO</b> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
	<b>APÊNDICE A – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	81
	<b>APÊNDICE B – CONVITE</b> .....	91
	<b>APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES</b>	92
	<b>APÊNDICE D – TCLE</b> .....	93

<b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA MÉDICOS.</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA COORDENADORES MUNICIPAIS E REGIONAL.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO B – FICHA DE ENCAMINHAMENTO À UPÆ.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO C – PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À UPÆ....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nunca houve um "Estado de Bem-Estar Social" instituído. O Brasil é caracterizado por possuir uma regulação social tardia, que considera a política social como ferramenta de resposta à sociedade e como uma "regulação tripartite entre Estado, Sociedade e Mercado" (GIANNOTTI, 2013). Dessa forma, o Brasil opera mediante forte tensão de interesses antagônicos: de um lado, a preservação e garantia dos direitos sociais e de outro, o mercado com seus interesses privados e fins econômico-financeiros.

A teoria econômica clássica atribui a "lei da oferta e da demanda", em um mercado de livre competição, à determinação das quantidades e dos preços da produção. O ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provém ou contratam serviços de saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

Essa disputa é traduzida inclusive na Constituição Brasileira de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), como resposta à grande mobilização social e visando à proteção social. Porém, permitiu que a iniciativa privada atuasse livremente de maneira complementar no seu interior (BRASIL, 2015). A regulação nesse contexto vem sendo objeto importante de estudo, com constante incremento de atores nesse cenário, por exemplo: as organizações sociais, a entrada do capital estrangeiro, o reembolso ao SUS pelos planos de saúde, etc. (BRASIL, 2017).

A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstram que a proteção do Estado é necessária. Considerando também que a prestação dos cuidados de saúde tem especificidades próprias, é necessário que os governos atuem em nome dos seus cidadãos para garantir adequada prestação de serviços no setor saúde. E isso requer que os governos assumam seu papel regulador" (BRASIL, 2011b).

Para Donabedian (2003), acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Para Travassos e Viacava (2007), reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços de saúde pela população.

No Brasil, é mantido um padrão com marcadas desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde, onde as pessoas em posição de maior desvantagem social, têm menor probabilidade de busca e utilização desses serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

O acesso da população à rede dos serviços de saúde deve se dar por meio do nível primário de atenção, que precisa estar qualificado 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 (SOLLA; CHIORO, 2008).

Os serviços ambulatoriais especializados recebem diferentes denominações: Ambulatório de Especialidades Médicas, Núcleo 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 (SOLLA; CHIORO, 2008).

O Ministério da Saúde definiu a atenção especializada de média/alta complexidade como um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, além de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, dotados de maior densidade tecnológica que os diferenciam da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2001). O acesso a estes serviços apresenta-se como um importante problema, tanto para populações de pequenos municípios de regiões distantes de grandes centros urbanos, como para aqueles que integram regiões metropolitanas, seja pelos custos e/ou pela força de trabalho especializada envolvida (BRASIL, 2004; FRANCO, MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; AGUILERA et al., 2013).

Para fortalecer a descentralização do SUS em Pernambuco e interiorizar a assistência especializada, em 2013, o governo do Estado através da Secretaria Estadual de Saúde implantou a primeira Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (Upae) (PERNAMBUCO, 2013a), que suprimiu parte da necessidade de serviços de atenção especializada componentes das redes de atenção das regiões de saúde do estado (PERNAMBUCO, 2013b).

As UPAE's são centros de diagnósticos de referência regional que oferece atendimentos ambulatoriais em especialidades médicas de Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia e Urologia e procedimentos diagnósticos de média complexidade como Raio X, Ultrassonografias, Endoscopias, Patologia clínica, Mamografia, Densitometria, Teste Ergométrico, dentre outros. Fortalecem a rede de assistência entre a atenção primária e a terciária, garantindo a continuidade do cuidado (PERNAMBUCO, 2019a).

A UPAE de Afogados da Ingazeira tem seu início em 2014 (PERNAMBUCO, 2013a). Tornou-se referência para uma população estimada em 189 mil pessoas, dos 12 municípios que compõem a X Região de Saúde (PERNAMBUCO, 2019b).

O presente estudo teve como objetivo analisar a regulação do acesso às consultas especializadas realizadas na UPAE, compreendendo a oferta e demanda, bem como, o complexo regulador dentro da rede de assistência à saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A regulação do acesso à assistência à saúde, versa sobre os elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas e necessidades da população com as ofertas do sistema de saúde. Essa regulação agrega vários componentes, tais como: fluxos assistenciais, rede de serviços, agendamento local, centrais de regulação, acolhimento, apoio matricial, entre outros. Entendendo que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais e com todos os trabalhadores de saúde participando e operando o acesso de alguma forma (MAGALHÃES Jr., 2006).

Em Oliveira (2014), os instrumentos para regulação do acesso aos serviços de saúde, devem partir de uma atenção básica resolutiva, com definição e pactuação dos fluxos de acesso através de protocolos operacionais da rede de serviços e protocolos de acesso e classificação de risco/vulnerabilidade.

É nesse contexto que surge o nosso interesse pelo tema de como se dá o acesso às consultas especializadas dos municípios que compõe a X Regional de Saúde de Pernambuco na UP AE Dom Francisco de Mesquita Filho.

É um estudo que busca auxiliar a gestão estadual, regional e municipal no que concerne a regulação ambulatorial da X Regional de Saúde, bem como, a otimização da regulação do acesso à Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE).

Essa pesquisa justifica-se pela pertinente necessidade de entender os tipos de mecanismos utilizados pelas Secretarias Municipais de Saúde para a regulação do acesso às consultas especializadas.

Essa situação, ainda, configura-se relevante para a área acadêmica que esse tipo de estudo tornar-se-á pioneiro na X Regional de Saúde.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Analisar a regulação do acesso, dos municípios que compõe a X Região de Saúde de Pernambuco, na UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Descrever o fluxo da regulação do acesso às consultas da UPAE.
- b) Analisar os critérios de encaminhamentos às especialidades clínicas ofertadas pela UPAE.
- c) Analisar a oferta e demanda para a UPAE.
- d) Compreender o complexo regulador do acesso dentro da Rede de Assistência à saúde na X Regional de Saúde de Pernambuco.
- e) Apontar elementos de reflexão por meio de oficina aos membros da UPAE, Secretários de Saúde, Coordenadores da Atenção Básica, Médicos Reguladores e Técnicos da Regulação dos municípios envolvidos para fomentar a discussão de como vem funcionando a UPAE.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

De maneira geral, o presente capítulo tem por objetivo exibir dados que explique a X Região de Saúde, através dos municípios de abrangência e suas respectivas distâncias à sede da região, seu perfil populacional, perfil epidemiológico e a regulação do acesso às consultas especializadas na Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE).

### 4.1 A X REGIÃO DE SAÚDE

Vinte anos após a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde-SUS Nº 8.080, de 1990 foi regulamentada a região de saúde através do Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamentou também a articulação federativa e o contrato organizativo de ação pública da saúde, o planejamento regional, as portas de entrada do SUS, dentre outros elementos (CARVALHO et al., 2017; SANTOS, 2017; BRASIL, 2011a).

Para a implementação da regionalização, as regiões foram divididas conforme a administração política do estado, sendo consideradas como critérios nesta divisão, as especificidades, peculiaridades da disponibilidade dos serviços de saúde dos municípios, assim como as características demográficas, socioeconômica, sanitária, entre outras (BRASIL 2002; SOUZA; SOUZA, 2018).

Na tentativa de minimizar as fragilidades da regionalização, a partir do Pacto de Gestão, em 2006, foram criados os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como um dos instrumentos para a concretização da governança regionalizada, os quais a partir da publicação do Decreto nº 7.508 de 2011 passaram a ser chamados de Comissão Intergestores Regional (CIR) que funcionam como instâncias permanentes de negociações, pactuações e cogestão solidária e cooperativa entre gestores dos espaços regionais definidos no Plano Diretor Regional (PDR).

Em Pernambuco, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi o instrumento norteador na estruturação do Complexo que divide o Estado em 04 Macrorregiões de Saúde, 12 Regiões de Saúde e 11 Microrregiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

**Figura 1** - Mapa de Pernambuco e suas macrorregiões de saúde



**Fonte:** A autora a partir de arquivo pessoal.

**Legenda:**

-  Município Sede de Macro
-  MACRORREGIÃO 1 – Metropolitana (Regiões de Saúde – I, II, III e XII)
-  MACRORREGIÃO 2 – Agreste (Regiões de Saúde – IV e V)
-  MACRORREGIÃO 3 – Sertão (Regiões de Saúde VI, X e XI)
-  MACRORREGIÃO 4 – Vale do São Francisco e Araripe (Regiões de Saúde – VII, VIII e IX)
-  Afogados da Ingazeira - Município sede da X Regional de Saúde

#### 4.1.1 Municípios Abrangentes e Distâncias

A X Região de Saúde de Pernambuco, está fixada na 3ª macrorregião, localizada no Sertão do Alto Pajeú e é composta por 12 municípios: Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaracy, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama. A X Região de Saúde possui uma área territorial de 4.308,57 Km<sup>2</sup>, uma densidade demográfica de 553,88, o IDH do município sede é de 0,657 e apresenta-se com um clima semi-árido.

**Figura 2 - Mapa da X Região de Saúde**



**Fonte:** A.autora a partir de arquivo pessoal

O município da sede da X Região de Saúde, Afogados da Ingazeira, destaca-se pelo centro comercial e por ser sede de diversos órgãos públicos como: A Gerência Regional de Educação (GRE), X Gerência Regional de Saúde (GERES), 23º Batalhão da Polícia Militar, TG 07-020 sétima região, Sassepe, Hospital Regional Emília Câmara, 24ª CIRETRAN especial, Instituto Agrônomo de Pernambuco (IPA), Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE), Corpo de Bombeiros entre outros, além de possuir instituições de nível superior como a Faculdade do Sertão do Pajeú (FASP), o Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) e abriga a única diocese de sua microrregião (IBGE, 2017; PERNAMBUCO, 2019b).

A sede da X Região de Saúde localiza-se a 379 km de distância da capital. A cidade da X GERES mais distante da capital é Itapetim, com 419 Km e também a cidade mais distante da sede da X GERES. Igaracy é cidade mais próxima da sede da regional com 19,8 Km de distância.

**Quadro 1** - Distância intermunicipal para a sede da X Região de Saúde

Nº	MUNICÍPIO	DISTÂNCIA PARA A SEDE DA X REGIONAL	DISTÂNCIA PARA RECIFE
1	Afogados da Ingazeira	0 km	379 km
2	Brejinho	71,3 km	415 km
3	Carnaíba	22,4 km	399 km
4	Iguaracy	19,8 km	358 km
5	Ingazeira	27,7 km	388 km
6	Itapetim	75,1 km	419 km
7	Quixaba	34,4 km	410 km
8	Santa Terezinha	65,3 km	417 km
9	São José do Egito	56,7 km	393 km
10	Solidão	32,3 km	404 km
11	Tabira	23,8 km	396 km
12	Tuparetama	53,7 km	374 km

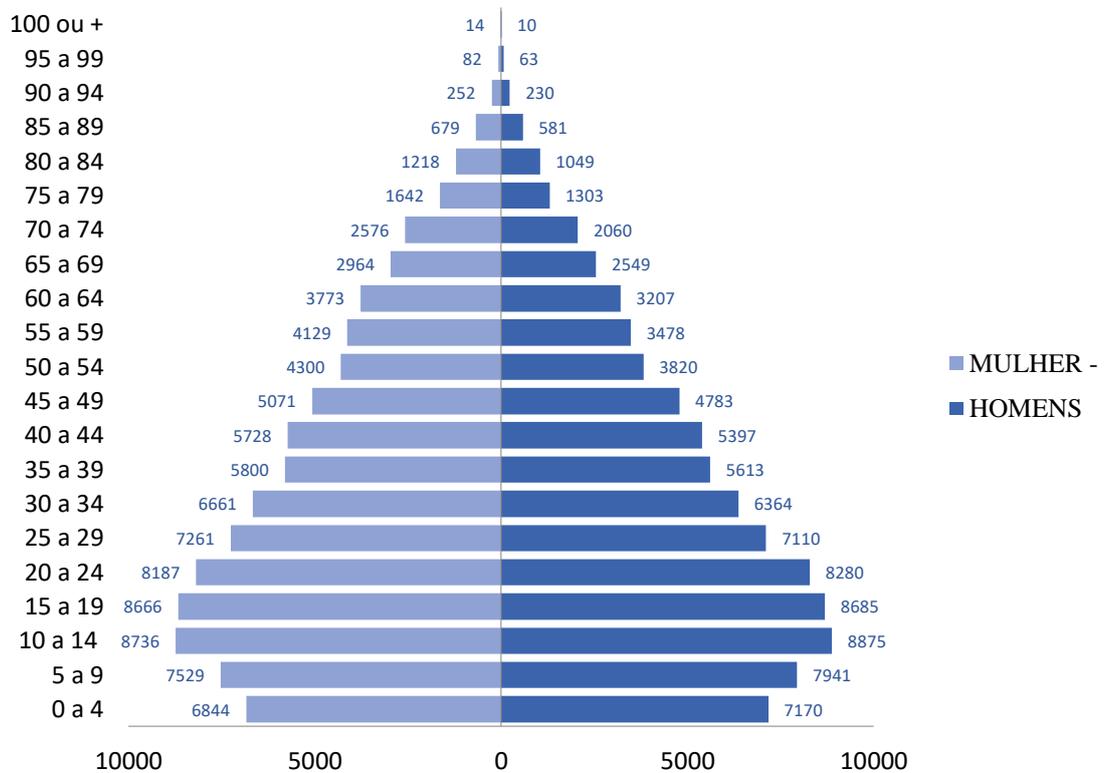
**Fonte:** A autora a partir do Google Maps.

#### 4.1.2 População Total

As transformações sociais, políticas e econômicas têm gerado constantes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações em todo o mundo. Esse fenômeno tem impactado fortemente os sistemas de saúde, principalmente aqueles que têm a universalidade como princípio, tornando sua sustentabilidade um desafio a ser enfrentado em diversos países. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2018).

De acordo com o IBGE (2019), no Censos e Estimativas em 2019, a população estimada é de 190.011 habitantes, predominando o sexo feminino com 51,01%. No que se refere a faixa etária, segundo censo, 2010 do IBGE, a predominância na região é da faixa etária de 10 a 14 anos.

**Figura 3** - Pirâmide Populacional da X Região de Saúde, Pernambuco, 2010.



Fonte: IBGE (2010).

#### 4.1.3 Perfil Epidemiológico

De acordo com o mapa de saúde da X Região de Saúde (2018), houve uma redução da mortalidade infantil de residentes da X Regional de Saúde, sendo que em 2014 a taxa de mortalidade era de 10,92 por mil nascidos vivos reduzindo esse coeficiente em 2018 para 9,78 por mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade infantil é importante parâmetro para avaliação das condições de vida e saúde de uma população e em indicador da adequação da assistência obstétrica e neonatal.

**Tabela 1** - Número e Taxa de Mortalidade Infantil de Residentes da X Região de Saúde. Pernambuco, 2014-2018

Municípios	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Afogados da Ingazeira	8	12,25	6	9	14	24,13	6	11,49	6	9,61
Brejinho	0	-	0	-	0	-	1	12,04	0	-
Carnaíba	4	14,08	2	6,80	5	19,45	6	22,30	3	11,53
Iguaracy	1	6,06	3	17,44	0	-	1	6,66	1	7,69
Ingazeira	0	-	1	17,85	1	15,38	0	-	1	15,38
Itapetim	3	14,92	1	5,18	2	10,69	1	5,98	1	4,92
Quixaba	2	20,20	1	11,62	0	-	1	11,49	0	-
Santa Terezinha	0	-	3	17,24	0	-	2	12,19	2	12,98
São José do Egito	5	10,91	5	11,87	8	18,43	3	6,53	8	17,62
Solidão	1	8,69	1	10,75	1	12,98	1	11,36	0	-
Tabira	6	14,28	5	11,38	8	20,46	3	7,53	3	6,41
Tuparetama	1	8,40	3	23,07	3	28,84	2	16,80	2	19,60
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>10,92</b>	<b>31</b>	<b>11,01</b>	<b>42</b>	<b>16,53</b>	<b>27</b>	<b>10,54</b>	<b>27</b>	<b>9,78</b>

Fonte: A autora a partir do SINASC e SIM.

Segundo o Sistema de informação de Mortalidade, as doenças do aparelho circulatório nos anos de 2014 e 2018 representaram a principal causa de morte na X Região de Saúde. Isso nos mostra que o perfil da mortalidade vem se aproximando do observado em países desenvolvidos, com predomínio das doenças cardiovasculares e das neoplasias como primeira e segunda causa de óbito, respectivamente (SISTEMA DE MORTALIDADEAE, 2018).

**Tabela 2** - Frequência de Óbitos de Residentes por Causa (Capítulo CID 10) e Segundo Ano do Óbito da X Região de Saúde. Pernambuco, 2014 e 2018

(continua)

Causa (Capítulo CID10)	2014	%	2018	%
Doenças do aparelho circulatório	409	33,06	438	32,93
Neoplasias (tumores)	206	16,65	186	13,98
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	133	10,75	137	10,30
Causas externas de morbidade e mortalidade	127	10,26	116	8,72
Doenças do aparelho respiratório	110	8,89	163	12,25
Doenças do aparelho digestivo	57	4,60	59	4,43

**Tabela 2** - Frequência de Óbitos de Residentes por Causa (Capítulo CID 10) e Segundo Ano do Óbito da X Região de Saúde. Pernambuco, 2014 e 2018

Causa (Capítulo CID10)	(conclusão)			
	2014	%	2018	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	54	4,36	62	4,66
Algumas afec originadas no período perinatal	50	4,04	51	3,83
Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	38	3,66	62	4,66
Doenças do aparelho geniturinário	31	2,50	44	3,30
Transtornos mentais e comportamentais	16	12,93	18	1,35
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	16	12,93	9	0,67
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12	0,97	8	0,60
Doenças do sistema nervoso	10	0,80	32	2,40
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4	0,32	2	0,15
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,08	4	0,30
Gravidez parto e puerpério	1	0,08	1	0,07
<b>Total</b>	<b>1.295</b>	<b>103,02</b>	<b>1.454</b>	<b>104,60</b>

Fonte: A autora a partir SIM

Em relação às doenças parasitárias a X Região de Saúde apresentou o maior coeficiente de mortalidade no ano de 2016 com (39,27) óbitos e o menor em 2014 com um registro de 28,84 óbitos por 100.000 habitantes.

**Tabela 3** - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Infecto Parasitárias de Residentes da X Região de Saúde, Pernambuco, 2014-2018

Municípios	(continua)									
	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Afogados da Ingazeira	7	19,15	12	32,69	12	32,55	9	24,31	7	18,86
Brejinho	2	26,80	1	13,40	2	26,79	5	66,98	0	0
Carnaíba	12	62,33	15	77,64	13	67,08	6	30,86	12	61,56
Iguaracy	1	8,25	3	24,72	1	8,23	6	49,28	6	49,13
Ingazeira	1	21,87	1	21,93	0	0	2	44,03	1	21,94
Itapetim	5	36,07	4	29,04	16	116,71	6	43,99	6	43,86
Quixaba	1	14,62	2	29,28	1	14,68	2	29,40	4	58,56
Santa Terezinha	4	34,57	1	8,60	2	17,12	1	8,52	3	25,50
São José do Egito	10	30,13	10	29,97	12	35,78	18	53,41	11	32,56
Solidão	0	0	1	16,81	3	50,29	0	0	1	16,69

**Tabela 3** - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Infecto Parasitárias de Residentes da X Região de Saúde, Pernambuco, 2014-2018

(conclusão)

Municípios	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TX								
Tabira	7	25,20	14	50,07	11	39,10	8	28,27	11	38,77
Tuparetama	4	49,15	2	24,53	1	12,25	3	36,72	0	0
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>28,84</b>	<b>66</b>	<b>35,13</b>	<b>74</b>	<b>39,27</b>	<b>66</b>	<b>34,93</b>	<b>62</b>	<b>32,72</b>

Fonte: A autora a partir IBGE; SIM

No Brasil as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero continuam moderadamente altas ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos. As taxas de sobrevivência variam entre as regiões de maior e menor desenvolvimento, porém, este câncer também é considerado como de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado precocemente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

A infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), a prematuridade da vida sexual, multiplicidade de parceiros, co-infecção pelo HIV e o tabagismo, constituem fatores que predis põe o acometimento desta patologia. Para a prevenção primária e secundária do câncer do colo do útero, temos como estratégia o exame citopatológico, que permite a detecção precoce desde que seja realizado periodicamente. Assim sendo, visualizamos na tabela abaixo que entre os anos de 2014 a 2018 o número de casos de óbitos por câncer de útero aumentou, de 1,06 em 2014 para 3,72 em 2018 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2003).

**Tabela 4** - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas do Colo do Útero de Residentes da X Região de Saúde. Pernambuco, 2014-2018.

(continua)

Municípios	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TX								
Afogados da Ingazeira	0	-	0	-	1	2,71	0	-	1	2,69
Brejinho	0	-	2	26,79	0	-	1	13,39	0	-
Carnaíba	0	-	1	5,17	1	5,15	0	-	1	5,13
Iguaracy	0	-	1	8,23	0	-	0	-	1	8,19
Ingazeira	1	21,91	1	21,94	2	43,96	0	-	0	-
Itapetim	0	-	1	7,25	1	7,29	0	-	2	14,61
Quixaba	0	-	0	-	0	-	0	-	1	14,65
Santa Terezinha	0	-	1	8,60	1	8,56	1	8,52	0	-

**Tabela 4** - Número e Taxa de Mortalidade Específica por Neoplasias Malignas do Colo do Útero de Residentes da X Região de Saúde. Pernambuco, 2014-2018.

(conclusão)

Municípios	2014		2015		2016		2017		2018	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
São José do Egito	1	3,01	2	5,99	3	8,94	0	-	1	2,95
Solidão	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Tabira	0	-	1	3,57	0	-	1	3,53	0	-
Tuparetama	0	-	1	12,27	0	-	1	12,24	0	-
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1,06</b>	<b>11</b>	<b>5,85</b>	<b>9</b>	<b>2,11</b>	<b>4</b>	<b>2,35</b>	<b>7</b>	<b>3,72</b>

Fonte: A autora a partir IBGE; SIM

Segundo os dados expostos no quadro 3, podemos observar que as principais causas de internações, estão relacionadas à gestação por ruptura prematura de membranas, as doenças diarreicas possuem uma frequência de internações considerável.

Com relação à Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível que esteve como a segunda maior causa de internações na X Região de Saúde em 2013, ascendendo até mesmo as doenças do aparelho respiratório com a J45 Asma.

**Quadro 2** - Principais Causas de Internações na X Região de Saúde. Pernambuco, 2014-2018.

Diagnóstico CID10 (categoria)	2014	2015	2016	2017	2018	Total
O42 Ruptura prematura de membranas	1463	1230	1248	1073	1285	6299
O80 Parto único espontâneo	722	857	747	747	812	3885
K80 Colelitíase	250	256	267	240	371	1384
J96 Insuficiência respiratória NCOP	73	134	339	415	365	1326
J18 Pneumonia p/micro-organismo NE	298	317	247	265	177	1304
A09 Diarreia e gastroenterite	687	377	30	75	99	1268
O03 Aborto espontâneo	217	291	257	267	232	1264
S52 Fratura do antebraço	168	236	212	246	215	1077
I50 Insuficiência cardíaca	387	254	73	130	194	1038
R39 Outros sintomas e sinais relativos aparelho urinário	3	68	173	310	370	924

Fonte: A autora a partir do SIH/SUS

#### 4.2 REGULÇÃO DO ACESSO

O conceito de regulação deriva da Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando-se os dois polos da relação em ambientes de mercado – a oferta e a demanda. O debate no campo de ação do setor saúde se inicia com o escopo dessa atividade

(regulatória) voltada para o mercado de planos e seguros de saúde. No âmbito do SUS, ela visa ordenar a relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta de sistemas e serviços (BARBOSA et al., 2016; CASTRO, 2002).

A função de regulação é entendida como estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (MENDONÇA, 2006).

Alguns autores chamam a atenção para a diferença entre regulação assistencial e do acesso, afirmando que “a regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador”, portanto a primeira é composta por um conjunto de atividades que inclui a segunda. Ressaltam, ainda, que ao definir regulação do acesso, a programação assistencial passa a basear-se nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (MENDONÇA, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; FORTIER, 2006).

Santos e Merhy (2006), definem **Microrregulação ou Regulação Assistencial** à execução das ações cotidianas da operação do sistema, de colocar em prática o que foi definido pela macrorregulação. Inclui também a avaliação e o planejamento das ações, fornecendo à gestão uma inteligência reguladora operacional e **Macrorregulação** refere-se ao estabelecimento de planos estratégicos, de projetos prioritários, de relação com o controle social; definições orçamentárias maiores; relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde.

Para Cecílio et al. (2014, grifo do autor),

A **Regulação Política** é executada pelos gestores, equipes de regulação e formuladores de política, tem o objetivo de aumentar a disponibilidade ou oferta de serviços para produzir a integralidade do cuidado. A **Regulação Profissional** é aquela executada pelos profissionais de saúde, atua conforme os seguintes modos: *Criativo: aprende a usar e "flexibilizar" as regras da regulação formal.* *Burocrático: subordina-se à regulação formal.* *Independente: aquele que "corre por fora" do sistema formal, usa contatos pessoais, faz prevalecer a inserção profissional sobre a institucional.* A **Regulação Clientelista** é exercida por políticos ocupantes de cargos eletivos, dirigentes de entidades de classe ou de grupos de interesse, conselheiros que atuam nas instâncias formais de controle do SUS, atua no formato de "Pressão e barganha. A **Regulação Leiga** é executada por usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos. Pessoas com problemas de saúde que recorrem aos recursos globais disponibilizados no SUS.

Para Chioro e Cecílio (2018, grifo do autor) também existe,

a **Regulação operada pelos Planos de Saúde** que adotam explicitamente seus princípios e recomendações (adscrição de clientela, equipe multiprofissional, protocolos e ênfase em cuidados primários, médico de família como regulador de acesso às especialidades e procedimentos especializados, promoção e prevenção etc.) na experimentação de novos modelos assistenciais que resultem economicamente mais viáveis em melhores cuidados para os beneficiários dos planos de saúde.

A regulação de acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazem, também, a noção de complexos reguladores. Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de Atenção às Urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

As diferentes abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que: “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. Alguns autores empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo Starfield (2002), devemos distinguir acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Essa percepção é no sentido de identificar a disponibilidade de serviços, afetando a decisão de procurá-los e isso é influenciado pela experiência passada e pelo grau de informação da existência deles.

Donabedian (1973), distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços.

Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury (1995), adotam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica). A **dimensão política** – modelo sanitarista-politicista: relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular; a **dimensão econômica** – modelo economicista: é referente à relação entre oferta e demanda; a **dimensão técnica** – modelo sanitarista-planificador: relativo à planificação e organização da rede de serviços e a **dimensão simbólica** – modelo das representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

#### 4.2.1 A Regulação do Acesso na Rede Integrada de Assistência à Saúde

No Brasil, em 2011, mais de vinte anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em face de lacunas legais quanto à organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, ainda existe a necessidade de regulamentação de dispositivos da Lei nº 8.080, por meio do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a) que define o acesso à saúde no Brasil como universal, igualitário e, ordenado às ações e serviços de saúde. Inicia-se pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. Nesse sentido, a Atenção Básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), são elas:

**I - Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.

**II - Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais.

**III - Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

**IV - Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS/UFMA, 2016).

Em 2017, apesar de alguns retrocessos, a nova portaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nº 2.436/2017 define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária e garante a Atenção Básica como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017).

É aceito, na literatura internacional, que os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde cujos modelos se estruturam com base numa Atenção Primária forte, resolutiva e coordenadora do cuidado dos usuários, apresentam melhores resultados que aqueles cujo modelo de Atenção Primária ou Atenção Básica à Saúde é frágil (MENDES, 2009).

#### 4.3 A POLÍTICA DE REGULAÇÃO NO BRASIL E EM PERNAMBUCO

As diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplaram áreas prioritárias do SUS. Essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). E possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

Em conformidade com esse processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação no âmbito do SUS classifica a regulação em saúde em três dimensões de atuação: BRASIL, 2008.

- a) **Regulação dos Sistemas de Saúde** - Dirigida às três esferas de governo, executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância. Contempla todas as ações de saúde, de prestadores de serviços públicos e privados, compreendendo desde o cadastro do estabelecimento, passando pela contratação de metas físicas e financeiras; o exercício das profissões de saúde; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e outras tecnologias de interesse da saúde; condições ambientais e de trabalho relativas à situação de saúde dos indivíduos e coletividade.
- b) **Regulação da Atenção à Saúde** - Tem como objetivo, a adequada prestação de serviços à população, garantindo a prestação final da assistência à população.
- c) **Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial** - Tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão.

A implantação de complexos reguladores, que pode ser de abrangência estadual, regional e/ou municipal, objetiva formar uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços, para maior agilidade no atendimento à população, com especial atenção às situações de risco iminente de vida e, como resultado de sua aplicação, melhoria do acesso aos serviços de saúde e controle e avaliação sobre os serviços ofertados (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de Atenção à Saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2009).

Esse sistema logístico informatizado é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores. O sistema é acessado pelo portal SISREG – Sistema de Regulação, pertencente ao Ministério da Saúde. Esse sistema informatizado é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores, e foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e a introdução de soluções de parâmetros locais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O SISREG é um sistema de informações on-line disponibilizado pelo Datasus para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um programa (software) que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Em Pernambuco, a organização dos serviços ligados à regulação teve o reflexo direto da descentralização lenta. A Secretaria de Saúde do Estado no início da década de noventa criou e logo depois extinguiu a Diretoria Executiva de Regulação nos processos de reforma administrativa. Anos depois, duas secretarias adjuntas foram criadas no organograma formal da SES/PE para conduzir o SUS no estado, entretanto o gestor estadual colocou a regulação na secretaria adjunta de vigilância à saúde afastada da assistência à saúde, o que dificultou os processos internos para condução da política. Além de ter passado por um período de total desarticulação dessas ações, mais recentemente, durante muitos anos sequer aparecia essa função formalmente no organograma (SILVA, 2010).

O Decreto Estadual nº 32.823 de 9 de dezembro de 2008 estabelece o novo organograma da SES, onde reorganiza as diversas funções da saúde estadual. A regulação ganha então destaque na estrutura organizacional como secretaria executiva e agrega à regulação do acesso (SILVA, 2010).

Em 2009, o Ministério da Saúde, na qualidade de gestor nacional do SUS, desenvolveu ações de implantação e de implementação de Complexos Reguladores, através da liberação de recursos financeiros, vinculada à apresentação de propostas municipais e estaduais (PERNAMBUCO, 2012).

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco foi contemplada com os incentivos supracitados, através das Portarias GM Nº 3.149 de 06 de dezembro de 2007 e GM Nº 3.188, de 18 de dezembro de 2009. A proposta apresentada orientou na formulação da Política

Estadual de Regulação de Acesso, sendo aprovada na Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB) sob resolução N.º 1.820, em 13/02/12, a qual define os princípios e as diretrizes para a Regulação de Acesso no Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2012).

#### 4.4 UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO - UP AE

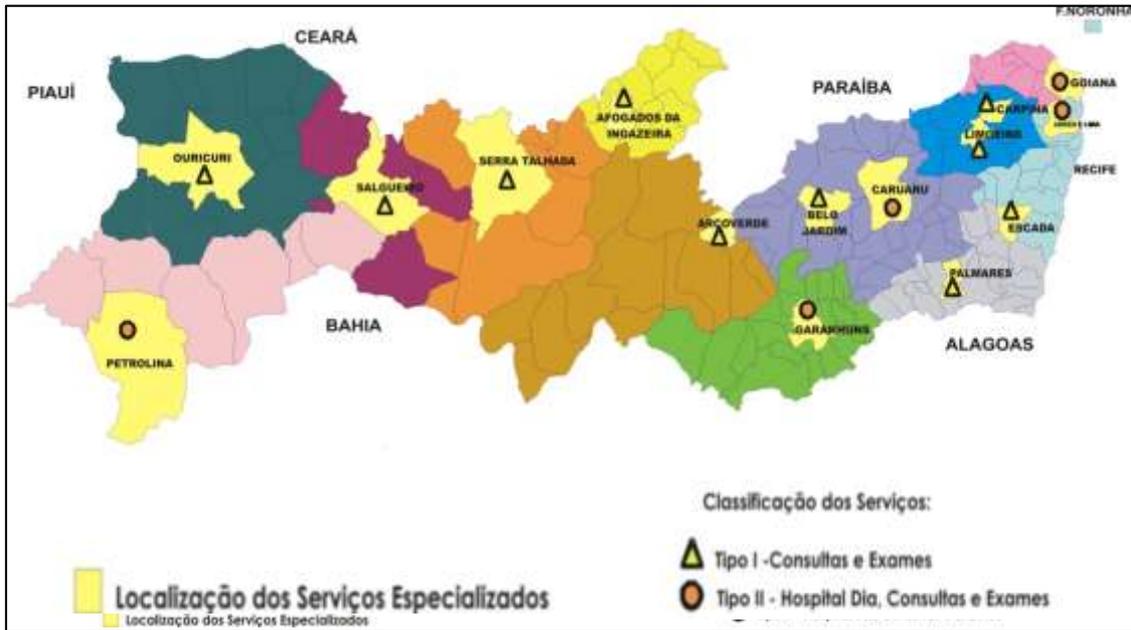
A partir de identificação de *déficit* de serviços de assistência especializada por meio de análise de série histórica da produção de serviços *versus* demanda reprimida, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco planejou a implantação das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), que suprem parte da necessidade de serviços de atenção especializada componentes das redes de atenção das regiões de saúde do estado (SILVA; COSTA; DUARTE, 2018).

As UPAE's são unidades ambulatoriais de alta resolubilidade em diagnósticos e orientações terapêuticas para diferentes especialidades médicas e não médicas, bem como para a realização de procedimentos médicos de média complexidade (SILVA; COSTA; DUARTE, 2018).

Em 2013, o Estado de Pernambuco, através da Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013 estabelece normas de cofinanciamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE, no âmbito do Estado de Pernambuco. Diário Oficial do Estado 23 Mar 2013 (SILVA; COSTA; DUARTE, 2018).

No mesmo ano, Pernambuco ganha as primeiras UPAE's, atualmente conta com 11 Unidades, distribuídas por microrregiões beneficiando os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) desses municípios e das cidades vizinhas (PERNAMBUCO, 2019a).

**Figura 4** - Mapa de Pernambuco com localização das UPAE's



**Fonte:** Pernambuco (2018a).

Dentre os instrumentos de regulação do acesso assistencial preconizados pela UPAE estão os protocolos clínicos e os operacionais. O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços especializados de saúde é uma necessidade e constitui uma importante ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão do conhecimento, na organização das ações de saúde e na gestão do cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores na gestão (PERNAMBUCO, 2019a).

A regulação de fluxos assistenciais, por meio de Centrais de Regulação, é o ato de propiciar o acesso de um cidadão, ao recurso necessário para manutenção de sua vida e/ou melhora de seu estado de saúde, por meio da interlocução de profissionais de saúde, responsáveis e investidos de autoridade para utilização da rede de saúde disponível (OLIVEIRA, 2014).

O fluxo de atendimento na UPAE prevê que o paciente seja referenciado a partir da atenção primária em saúde, que solicita o agendamento através da Central de Regulação Regional, que marca a consulta/procedimento e informa a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que por sua vez, informa ao paciente a data e horário do seu atendimento. A UPAE registra no sistema o atendimento do paciente e contra referência para a Unidade de origem (PERNAMBUCO, 2019a).

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O estudo foi organizado com base em referencial teórico e entrevista, que contemplou uma discussão geral sobre regulação em saúde, com foco na regulação do acesso a serviços de saúde ambulatoriais, destacando consultas médicas especializadas a partir de dados obtidos em sistema informatizado de regulação.

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Este estudo foi do tipo estudo de caso com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados (GIL, 2008). De acordo com Yin (2005), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.

### **5.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi realizado na sede da X Região de Saúde de Pernambuco. Essa região é composta por 12 municípios: Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaracy, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama. De acordo com o IBGE Censos e Estimativas em 2018, a população estimada é de 189.462 habitantes, predominando o sexo feminino com 51,01%. A X Gerência Região de Saúde possui uma área territorial de 4.129,98 Km<sup>2</sup>.

**Figura 5** - Mapa de Pernambuco e suas microrregiões de saúde.



**Fonte:** Adaptado de Araújo (2020).

### 5.3 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2018 até dezembro de 2019.

### 5.4 COLETA DE DADOS

Para esse estudo foram coletados os seguintes dados no período de junho a dezembro de 2019.

#### 5.4.1 Documental

- a) Protocolos clínicos da regulação do acesso à UPAE.
- b) Normatizações federais e estaduais e regionais.
- c) Manual do Sistema de Informação utilizado para a regulação do acesso à UAPE.

#### 5.4.2 Dados Quantitativos

Foram coletadas as planilhas de monitoramento das consultas clínicas especializadas da UPAE, contendo a oferta programada mensal, o percentual de agendamento, execução de cada especialidade estudada e o absenteísmo, bem como a fila de espera.

### **5.4.3 Entrevistas**

As entrevistas foram semiestruturada e compreendeu as questões referentes à regulação do acesso dos usuários às consultas clínicas especializadas da UPAE na visão do médico da Atenção Primária e das Coordenações Municipais de Regulação.

## **5.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram analisados a partir de elementos qualitativos e quantitativos.

### **5.5.1 Dados Documentais e Entrevistas**

Os dados documentais e as entrevistas foram analisados através da análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma das técnicas de tratamento de dados em pesquisa qualitativa e está calcado na proposta da professora da Universidade de Paris V, Laurence Bardin (2011).

Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Nessa análise, o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (CÂMARA, 2013).

### **5.5.2 Dados Quantitativos**

Os dados quantitativos obtidos foram analisados de forma descritiva simples. Compilados e inseridos em uma planilha eletrônica própria do programa Microsoft Office Excel versão 2010.

A estatística descritiva pode ser considerada como um conjunto de técnicas analíticas utilizado para resumir o conjunto dos dados recolhidos numa dada investigação, que são

organizados, geralmente, através de números, tabelas e gráficos. Pretende proporcionar relatórios que apresentem informações sobre a tendência central e a dispersão dos dados. Para tal, deve-se evidenciar: valor mínimo, valor máximo, soma dos valores, contagens, média, moda, mediana, variância e desvio padrão (MORAIS, 2005).

## 5.6 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Para a realização desse estudo foram realizadas entrevistas com:

- a) Médicos das Unidades Básicas de Saúde, solicitantes das consultas especializadas.
- b) Coordenadores da Regulação, da rede municipal e regional de acesso à regulação da UPAE.

## 5.7 AMOSTRA

A amostra foi definida como não probabilística intencional. Nesse estudo apresenta-se o método de amostragem intencional via otimização. Tal método baseia-se na fundamentação de que devemos controlar a seleção amostral sempre que houver conhecimento suficiente para garantir boas inferências de quantidades conhecidas e de alguma forma correlacionadas com aquelas desconhecidas e de interesse.

Foram entrevistados 12 médicos das Unidades Básicas de Saúde e 6 coordenadores da regulação dos municípios de Afogados da Ingazeira Iguaracy, Ingazeira, São José do Egito, Tabira e Tuparetama.

## 5.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas as entrevistas de médicos que fizeram encaminhamentos para as consultas clínicas especializadas da UPAE e que ainda faziam parte da equipe da Unidade Básica de Saúde do mesmo município na qual pertence o usuário.

Foi excluído o profissional que estava afastado das atividades durante a coleta de dados e seu tempo de atuação na atenção básica fosse menor que 1 (um) ano.

## 5.9 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A proposta de ação a ser realizada trata-se da participação dessa pesquisadora na reunião do Colegiado Intergestor Regional para apresentação dos dados desse presente estudo. Toda a proposta de intervenção encontra-se no Apêndice

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Esse estudo cumpre-se as exigências éticas fundamentais, da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 – da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS) de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde que dispõe das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/IAM sendo aprovado com o CAAE 15892819.0.0000.5190, conforme ANEXO 1.

A pesquisa obedeceu os quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia; a não maleficência; a beneficência e a justiça.

Foi solicitado a Carta de Anuência a X GERES e a UP AE Dom Francisco. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado para solicitar a participação dos envolvidos foram assinados em duas vias tendo sido garantido o sigilo, que assegura a privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Além da liberdade do participante de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer fase desta, sem haver qualquer penalização os estabelecimentos de saúde que ocorreu a pesquisa.

## 7 RESULTADOS

De modo a apresentar os diversos resultados do presente estudo, sobre os aspectos da regulação do acesso ambulatorial de consultas especializadas na X Região de Saúde, através da UPAE, foram analisados o fluxo do acesso, a oferta e demanda das consultas e o complexo regulador dentro da rede de assistência à saúde. Os critérios de encaminhamentos não foram observados em sua totalidade, uma vez que o sistema de regulação SISREG usado na marcação das consultas não ofereceram todas as informações necessárias.

### 7.1 O FLUXO DA REGULAÇÃO DO ACESSO À UPAE

O acesso às consultas da UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho, em Afogados da Ingazeira, dá-se através dos encaminhamentos fornecidos pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde aos pacientes que foram consultados na rede primária de atenção à saúde e que necessitam de atendimento especializado.

O fluxo ilustrado na figura 6 mostra o passo a passo do acesso para o atendimento na UPAE. O primeiro passo é o paciente ser atendido pelo médico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em seus respectivos municípios.

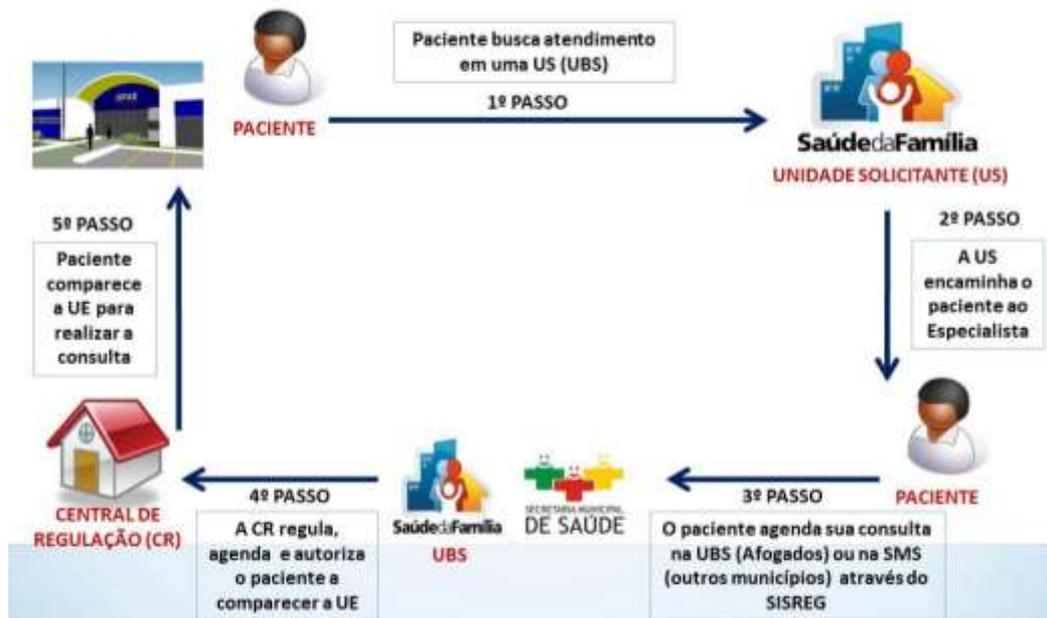
Após a conduta clínica médica o profissional tenha observado a necessidade de realizar um encaminhamento ao especialista, o médico direciona o paciente através de uma ficha de encaminhamento à consulta especializada na UPAE.

No terceiro passo, o paciente direciona-se até a central de regulação do seu município e entrega o encaminhamento ao especialista. Exceto o município de Afogados da Ingazeira que agenda na própria recepção da Unidade Básica de Saúde. A central de regulação irá colocar o paciente em uma fila de espera, registrada de forma manual ou em livros de registro, ou através do resgate do próprio encaminhamento guardadas e arquivadas em pastas por ordem de chegada.

O quarto passo é o agendamento da consulta. Após a liberação mensal das vagas de atendimento na UPAE, a central de regulação entra em contato com o paciente, agenda sua consulta através do sistema de regulação SISREG. O paciente recebe uma guia de agendamento que informa o dia e hora marcado da consulta com o especialista na UPAE.

O quinto e último passo é o comparecimento do paciente na UPAE para o atendimento com o especialista.

**Figura 6** - Fluxo de encaminhamento para atendimento especializado na UPAE



Fonte: Pernambuco (2018).

## 7.2 ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS AO ESPECIALISTA

A Secretaria Municipal de Saúde de Afogados da Ingazeira, sede da X Região de Saúde, é quem administra o sistema de regulação SISREG através da Central Regional de Regulação. O sistema regula as consultas de todas as especialidades da UPAE, porém para o perfil ambulatorial o sistema apresenta-se configurado para ser auto regulado, isso significa que não é necessário autorização da consulta por um médico regulador, por tanto todas as consultas ambulatoriais são digitadas, agendadas e reguladas em um único momento, dessa forma o sistema não gera fila de espera. Ou seja, todas as vezes que a UPAE libera a cotas para a Central Regional de Regulação e a Central distribui as cotas para cada município, de acordo com o percentual definido, quando o município for realizar a marcação de suas consultas, em um mesmo momento, a solicitação é digitada no sistema, agendada e logo em seguida é dada a guia de agendamento para o paciente com dia e hora marcada.

Foi observado é que o SISREG no modo ambulatorial não registra o motivo do encaminhamento do paciente, além do período em que ele ficou aguardando a consulta. Foi desabilitado para ser auto regulado. Por este motivo não foi possível realizar a análise dos critérios de encaminhamentos ao especialista porque o sistema não contém dados claros e evidentes do motivo pelo qual o paciente está indo ao especialista.

### 7.3 ANÁLISE DA OFERTA E DEMANDA PARA A UPAE

Na UPAE são ofertadas consultas médicas das especialidades de: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia e Urologia.

As cotas mensais disponibilizadas pela UPAE são gerenciadas e distribuídas para cada município pela Central Regional de Regulação. O cálculo para distribuição do percentual de cotas para cada município é dada da seguinte forma:

$$\frac{\text{População Total do Município} \times 100}{\text{População Total da X Região de Saúde}}$$

**Tabela 5** - Cálculo do percentual de cotas de cada especialidades por município

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO TOTAL DO MUNICÍPIO	POPULAÇÃO TOTAL DA X REGIÃO DE SAÚDE	PERCENTUAL DE COTAS
Afogados da Ingazeira	35.088	180.760	19,4%
Brejinho	7.307	180.760	4%
Carnaíba	18.574	180.760	10,3%
Iguaracy	11.779	180.760	6,5%
Ingazeira	4.496	180.760	2,5%
Itapetim	13.881	180.760	7,7%
Quixaba	6.739	180.760	3,7%
Santa Terezinha	10.991	180.760	6%
São José do Egito	31.829	180.760	17,6%
Solidão	5.744	180.760	3,2%
Tabira	26.427	180.760	14,6%
Tuparetama	7.925	180.760	4,4%

**Fonte:** A autora a partir do IBGE, (2010).

Vale ressaltar que a população total da região ainda está sendo considerada a referência do Censo de 2010. Cada especialidade das consultas médicas ofertadas pela UPAE são divididas entre os 12 municípios de acordo com cada percentual de cotas, como pode ser vista, no quadro a seguir.

**Quadro 3** – Cálculo de cotas ofertadas por mês na UP AE da X Região de Saúde.

<b>EXEMPLO: DERMATOLOGIA</b>		
<b>MUNICÍPIO</b>	<b>PERCENTUAL DE COTAS</b>	<b>Nº DE COTAS MÊS ATUAL</b>
Afogados da Ingazeira	19,4%	215
Brejinho	4%	215
Carnaíba	10,3%	215
Iguaracy	6,5%	215
Ingazeira	2,5%	215
Itapetim	7,7%	215
Quixaba	3,7%	215
Santa Terezinha	6%	215
São José do Egito	17,6%	215
Solidão	3,2%	215
Tabira	14,6%	215
Tuparetama	4,4%	215

**Fonte:** A autora

O quadro acima demonstra a quantidade de cotas que cada município tem por mês por cada especialidade. As cotas mensais são variáveis (3ª coluna), não existe uma cota fixa por mês. Isso porque as cotas variam dependendo da agenda que o médico irá ofertar à UP AE. Como a quantidade de cotas são distribuídas pelo percentual populacional os municípios que são mais contemplados são Afogados da Ingazeira e São José do Egito e os municípios da Ingazeira e Solidão são os que têm menor índice de cotas mensais.

### **7.3.1 Consultas Ofertadas**

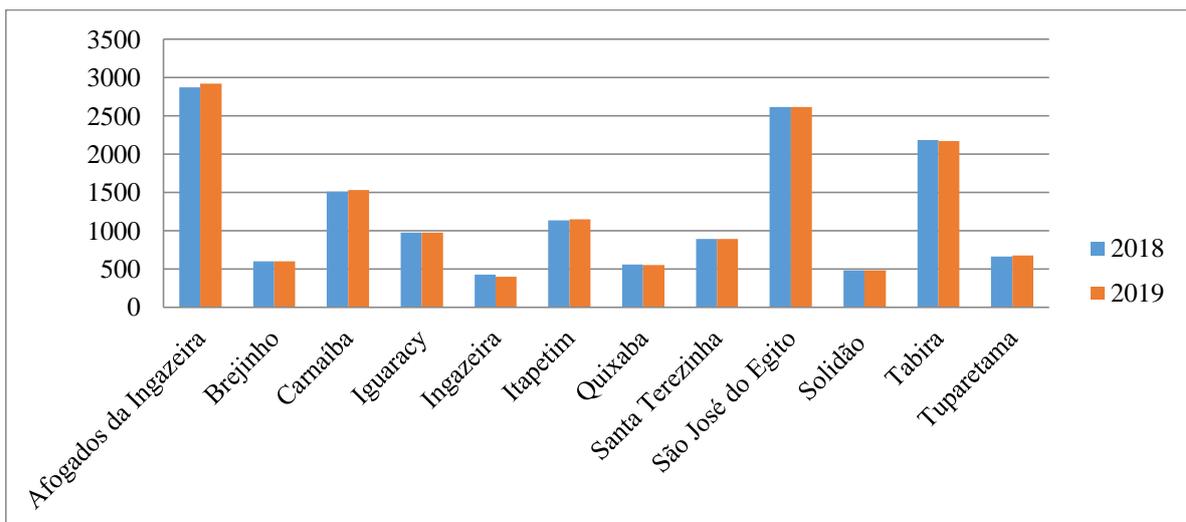
Analisado o número de consultas ofertadas pela UP AE entre os anos de 2018 e 2019, observa-se que a média anual das consultas ofertadas nesse período são semelhantes, sendo em 2018, 1.241 consultas/mês, e no ano de 2019 contendo 1.245 consultas/mês. A soma total de consultas ofertadas tem aproximadamente 15 mil consultas distribuídas para os 12 municípios por ano. Nota-se que dois municípios, Santa Terezinha e São José do Egito, obtiveram a mesma quantidade de cotas tanto no ano de 2018 como no ano de 2019.

**Tabela 6** - Soma total e média anual de consultas ofertadas pela UPAE por município, na X Região de Saúde, nos anos de 2018 e 2019.

ANO	2018		2019	
MUNICÍPIOS	SOMA	MÉDIA ANUAL	SOMA	MÉDIA ANUAL
Afogados da Ingazeira	2871	239	2919	243
Brejinho	597	50	601	50
Carnaíba	1511	126	1527	127
Iguaracy	975	81	971	81
Ingazeira	425	35	399	33
Itapetim	1132	94	1146	96
Quixaba	558	47	552	46
Santa Terezinha	887	74	887	74
São José do Egito	2613	218	2613	218
Solidão	480	40	483	40
Tabira	2182	182	2172	181
Tuparetama	662	55	675	56
<b>TOTAL</b>	<b>14893</b>	<b>1241</b>	<b>14945</b>	<b>1245</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Gráfico 1** - Soma total e média de consultas ofertadas pela UPAE por município, na X Região de Saúde, nos anos de 2018 e 2019.



Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

### 7.3.2 Consultas Agendadas

A soma geral das consultas agendadas comprova um discreto aumento. É possível verificar que os municípios estão agendando acima do limite ofertado.

**Tabela 7** - Número de consultas agendadas por município, na UP AE, da X Região de Saúde, no ano de 2018.

ANO	2018												SOMA	MÉDIA ANUAL
MUNICÍPIO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
Afogados da Ingazeira	366	330	357	315	266	310	379	313	261	295	288	432	3912	326
Brejinho	29	27	32	11	35	35	32	42	35	34	40	38	390	33
Carnaíba	120	149	110	98	118	124	150	129	113	116	108	132	1467	122
Iguaracy	81	82	86	74	75	85	86	84	68	75	71	96	963	80
Ingazeira	25	27	33	31	31	26	25	33	30	23	24	33	341	28
Itapetim	79	80	89	69	71	77	86	80	74	70	77	92	944	79
Quixaba	42	52	54	45	61	55	59	50	39	47	40	55	599	50
Santa Terezinha	60	65	58	54	66	59	66	56	52	54	63	66	719	60
São José do Egito	191	204	214	170	178	191	186	202	164	145	179	185	2209	184
Solidão	38	39	38	33	28	43	36	31	29	33	35	40	423	35
Tabira	191	196	190	195	192	198	235	191	170	187	184	210	2339	195
Tuparetama	49	54	57	46	54	50	47	50	44	50	46	48	595	50
<b>TOTAL</b>	<b>1271</b>	<b>1305</b>	<b>1318</b>	<b>1141</b>	<b>1175</b>	<b>1253</b>	<b>1387</b>	<b>1261</b>	<b>1079</b>	<b>1129</b>	<b>1155</b>	<b>1427</b>	<b>14901</b>	<b>1242</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Tabela 8** - Número de consultas agendadas por município, na UP AE, da X Região de Saúde, no ano de 2019.

(continua)

ANO	2019												SOMA	MÉDIA ANUAL
MUNICÍPIO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
<i>Afogados da Ingazeira</i>	378	375	391	364	352	367	332	431	330	342	362	356	4380	365
<i>Brejinho</i>	47	41	37	39	36	39	40	50	39	44	44	30	486	41
<i>Carnaíba</i>	138	125	116	131	135	119	140	145	119	127	123	127	1545	129
<i>Iguaracy</i>	83	81	81	83	93	76	83	89	75	80	80	84	988	82
<i>Ingazeira</i>	25	31	32	40	22	28	42	37	27	23	29	25	361	30
<i>Itapetim</i>	86	87	123	84	79	64	71	87	80	74	73	79	987	82
<i>Quixaba</i>	48	45	50	48	61	46	48	47	44	43	44	56	580	48
<i>Santa Terezinha</i>	58	65	68	58	59	69	65	64	61	63	69	63	762	64
<i>São José do Egito</i>	181	196	161	175	179	150	163	165	173	188	178	177	2086	174
<i>Solidão</i>	36	37	27	36	37	39	30	38	32	33	36	38	419	35

**Tabela 8** - Número de consultas agendadas por município, na UP AE, da X Região de Saúde, no ano de 2019.

(conclusão)

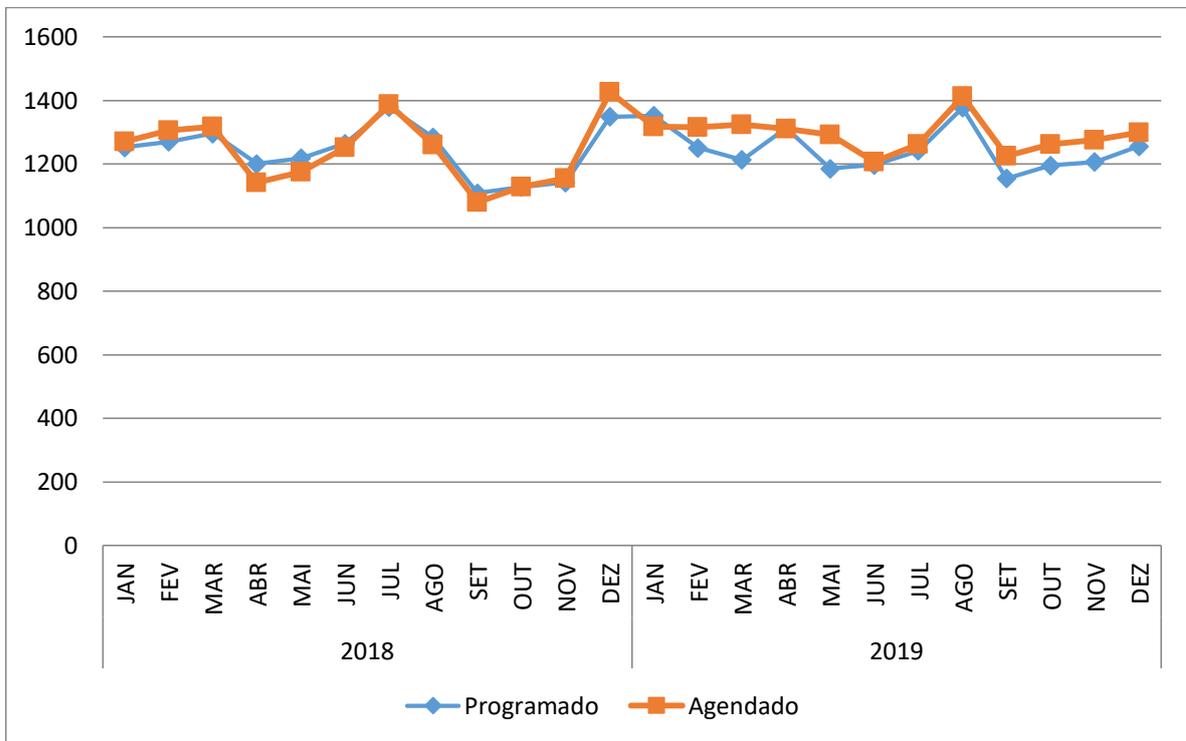
ANO	2019													
MUNICÍPIO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	SOMA	MÉDIA ANUAL
<i>Tabira</i>	182	184	197	201	184	169	204	207	199	203	193	224	2347	196
<i>Tuparetama</i>	55	49	41	52	55	41	44	53	46	42	45	40	563	47
<b>TOTAL</b>	1317	1316	1324	1311	1292	1207	1262	1413	1225	1262	1276	1299	15504	1292

**Fonte:** A autora a partir do SISREG; X GERES

No ano de 2018 percebe-se que os municípios de Afogados da Ingazeira, Quixaba e Tabira agendaram mais consultas do que foi ofertado nesse mesmo ano, podemos dizer que o acréscimo das consultas agendadas foi pequena, apenas de 8 consultas. Em 2019 os municípios que agendaram mais que a oferta foram, Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Iguaracy, Quixaba e Tabira. Houve um acréscimo de 3,7% das cotas agendadas em relação às cotas ofertadas no ano de 2019.

Podemos observar que no ano de 2018, dos meses de abril a junho e de agosto a setembro foram os meses que os municípios agendaram menos do que as cotas ofertadas. Já no ano de 2019, apenas os meses de janeiro e abril não foram agendados mais consultas do que foi ofertado.

**Gráfico 2** - Número de consultas ofertadas e agendadas por mês, na UP AE, da X Região de Saúde, nos anos de 2018 e 2019.



**Fonte:** A autora a partir do SISREG; X GERES.

### 7.3.3 Consultas Executadas

Observa-se que na soma geral o total de consultas executadas é menor do que a quantidade de consultas ofertadas. Porém, o município de Afogados da Ingazeira, durante o período estudado, obteve execução mensal das consultas acima das cotas ofertadas, exceto o mês de Maio/2018. É possível analisar também que no de 2018 os municípios de Carnaíba, no mês de fevereiro executou 1 consulta a mais do que as cotas ofertadas. Os municípios de Quixaba, durante os meses de maio, junho e julho, e Tabira, abril, maio, julho e outubro conseguiram executar consultas acima da quantidade das cotas ofertadas.

Analisada a tabela do ano de 2019, é possível notar que além do município de Afogados da Ingazeira que teve 13,5% de aumento das consultas executadas. Os municípios de Iguaracy, em maio, Ingazeira nos meses de abril e julho, Itapetim em março, Quixaba em março, maio e dezembro e Tabira nos meses de julho, setembro, outubro, novembro e dezembro apresentaram execução de consultas acima das cotas ofertadas.

**Tabela 9** - Número de consultas executadas pela UPAE por município, na X Região de Saúde, em Dez/2017 a Dez/18.

ANO	2018												MÉDIA ANUAL	
	MUNICÍPIOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV		DEZ
Afogados da Ingazeira	322	284	295	273	217	251	327	263	219	241	249	373	3314	281
Brejinho	19	18	24	9	27	24	26	32	30	24	29	20	282	24
Carnaíba	102	132	88	88	100	98	126	112	102	105	101	105	1259	105
Iguaracy	74	74	82	72	71	73	80	81	64	71	67	85	894	76
Ingazeira	24	25	27	25	31	21	23	32	25	20	21	32	306	26
Itapetim	66	68	77	53	65	56	67	69	58	52	68	77	776	64
Quixaba	33	46	50	43	56	50	55	44	36	39	35	45	532	44
Santa Terezinha	49	52	46	41	53	43	49	46	45	41	48	53	566	47
São José do Egito	151	156	183	134	148	152	150	164	138	118	137	150	1781	149
Solidão	30	36	30	31	20	33	32	27	27	25	32	39	362	30
Tabira	175	165	168	183	182	181	206	163	152	171	161	183	2090	174
Tuparetama	41	47	42	35	40	32	38	37	32	40	35	39	458	36
<b>TOTAL</b>	<b>1086</b>	<b>1103</b>	<b>1112</b>	<b>987</b>	<b>1010</b>	<b>1014</b>	<b>1179</b>	<b>1070</b>	<b>928</b>	<b>947</b>	<b>983</b>	<b>1201</b>	<b>12620</b>	<b>1055</b>

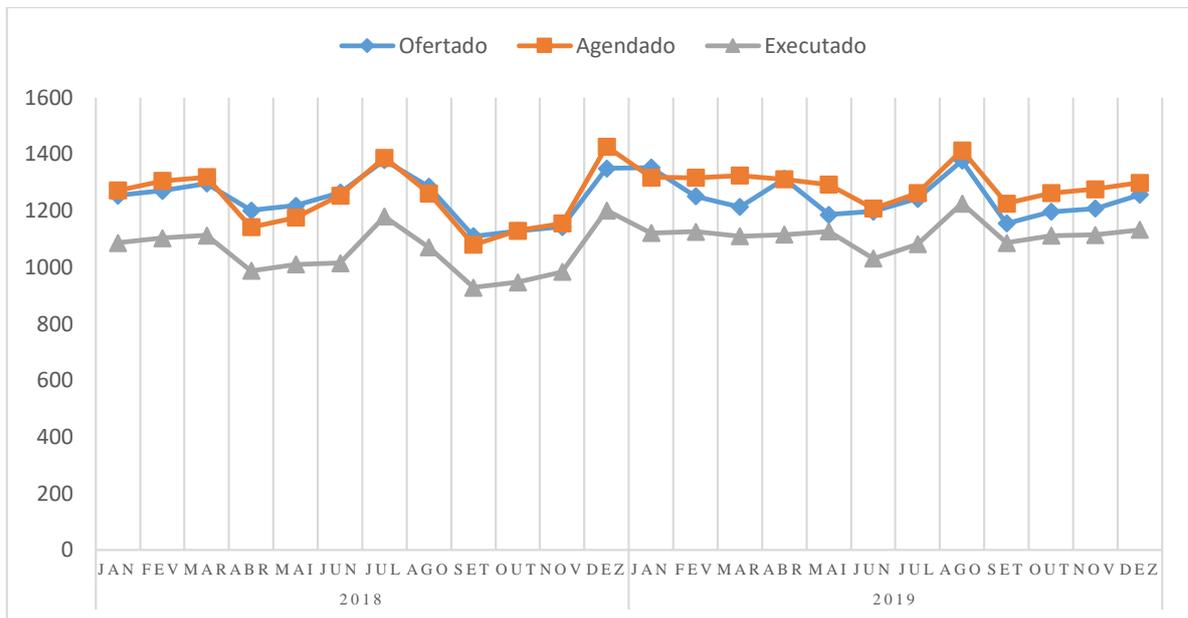
Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Tabela 10** - Número de consultas executadas pela UPAE por município, na X Região de Saúde, em 2019.

ANO	2019												MÉDIA ANUAL	
	MUNICÍPIO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV		DEZ
Afogados da Ingazeira	329	326	349	308	308	314	302	375	298	297	308	302	3816	318
Brejinho	43	36	29	33	32	33	34	36	35	34	36	25	406	34
Carnaíba	116	103	81	101	115	99	95	125	94	115	101	106	1251	104
Iguaracy	78	76	77	75	89	73	79	87	71	77	76	80	938	78
Ingazeira	21	31	30	36	20	24	39	33	24	23	24	22	327	27
Itapetim	79	69	115	73	66	52	60	77	72	65	66	68	862	72
Quixaba	44	39	47	41	57	41	45	41	36	36	40	47	514	43
Santa Terezinha	44	56	15	42	47	55	53	50	52	41	61	57	573	48
São José do Egito	140	148	125	150	151	128	124	136	147	170	150	148	1717	143
Solidão	31	34	27	33	34	35	25	33	29	28	33	33	375	31
Tabira	151	161	183	185	164	145	190	191	187	189	178	210	2134	178
Tuparetama	45	46	31	38	43	31	35	41	41	36	41	34	462	39
<b>TOTAL</b>	<b>1121</b>	<b>1125</b>	<b>1109</b>	<b>1115</b>	<b>1126</b>	<b>1030</b>	<b>1081</b>	<b>1225</b>	<b>1086</b>	<b>1111</b>	<b>1114</b>	<b>1132</b>	<b>13375</b>	<b>1115</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Gráfico 3 - Número de cotas ofertadas, agendadas e executadas, por mês na UPAE, no período de 2018 e 2019.**



**Fonte:** A autora a partir do SISREG; X GERES

### 7.3.4 Absenteísmo

A análise do absenteísmo no ano de 2018 apresenta-se maior que o ano de 2019. A média mensal em 2018 é de 188 consultas que deixaram de ser realizadas, isso significa 15,2% das cotas que foram agendadas e não foram executadas. Nota-se ainda no ano de 2018 que o município que conseguiu o melhor índice em relação às faltas foi o município da Ingazeira, com uma média mensal de 3 consultas não realizadas por mês, considerando também que no mês de maio de 2018 o município da Ingazeira não obteve nenhuma falta.

Em seguida, no ano de 2019, a média mensal de absenteísmo reduziu para 177 consultas não realizadas por mês. Sendo um percentual de 13,7% de consultas não realizadas. Percebe-se que o município da Ingazeira continua com um índice mais baixo de ausências com média mensal de 3 consultas perdidas, seguidas dos municípios de Iguaracy e Solidão com média mensal de 4 consultas não realizadas por mês. Constata-se que os municípios da Ingazeira apresentou dois meses, fevereiro e outubro, e Solidão, mês de março, sem nenhuma falta.

No gráfico nota-se que o absenteísmo apresenta-se de forma linear sendo regular durante os meses do ano de 2018 e 2019, com variação entre 239 faltas em junho de 2018 e 139 em setembro de 2019.

**Tabela 11** - Número de absenteísmo na UPAE por município da X Região de Saúde, em Dez/2017 a Dez/18.

ANO	2018												SOMA	MÉDIA ANUAL
	MUNICÍPIO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV		
Afogados da Ingazeira	44	46	62	42	49	59	52	50	42	54	39	59	644	50
Brejinho	10	9	8	2	8	11	6	10	5	10	11	18	112	9
Carnaíba	18	17	22	10	18	26	24	17	11	11	7	27	232	18
Iguaracy	7	8	4	2	4	12	6	3	4	4	4	11	75	6
Ingazeira	1	2	6	6	0	5	2	1	5	3	3	1	37	3
Itapetim	13	12	12	16	6	21	19	11	16	18	9	15	185	14
Quixaba	9	6	4	2	5	5	4	6	3	8	5	10	74	6
Santa Terezinha	11	13	12	13	13	16	17	10	7	13	15	13	163	13
São José do Egito	40	48	31	36	30	39	36	38	26	27	42	35	452	35
Solidão	8	3	8	2	8	10	4	4	2	8	3	1	68	5
Tabira	16	31	22	12	10	17	29	28	18	16	23	27	260	20
Tuparetama	8	7	15	11	14	18	9	13	12	10	11	9	144	11
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>202</b>	<b>206</b>	<b>154</b>	<b>165</b>	<b>239</b>	<b>208</b>	<b>191</b>	<b>151</b>	<b>182</b>	<b>172</b>	<b>226</b>	<b>2446</b>	<b>188</b>

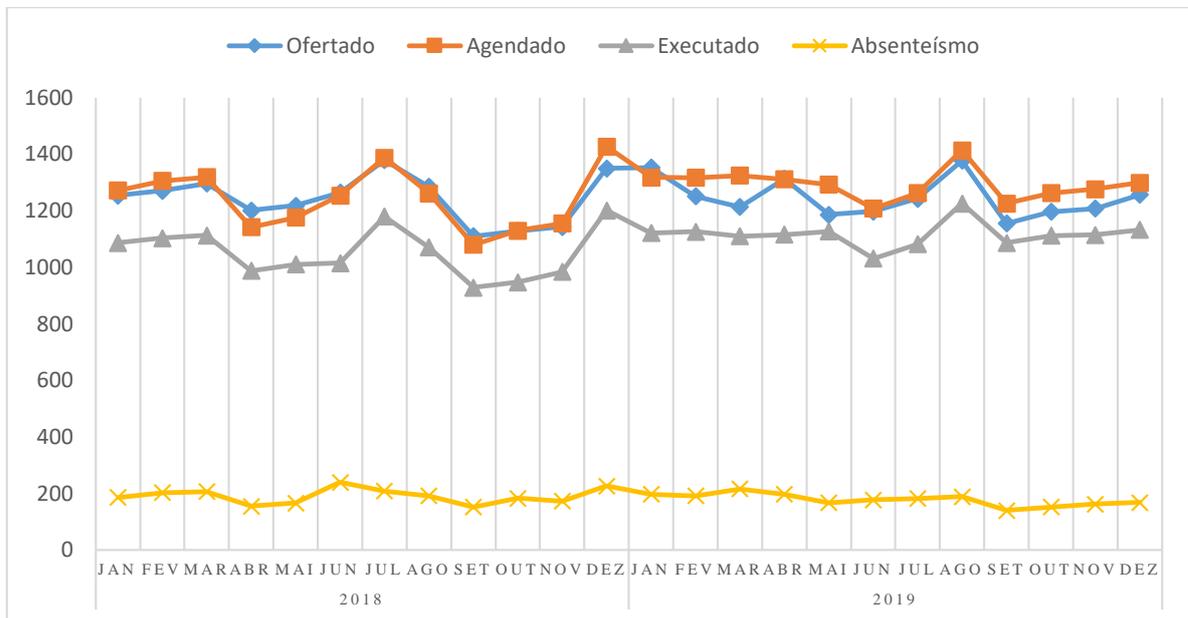
Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Tabela 12** - Número de absenteísmo na UPAE por município da X Região de Saúde, em 2019.

ANO	2019												SOMA	MÉDIA ANUAL
	MUNICÍPIO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV		
Afogados da Ingazeira	49	49	42	56	44	53	30	56	32	45	54	54	564	47
Brejinho	4	5	8	6	4	6	6	14	4	10	8	5	80	7
Carnaíba	22	22	35	30	20	20	45	20	25	12	22	21	294	25
Iguaracy	5	5	4	8	4	3	4	2	4	3	4	4	50	4
Ingazeira	4	0	2	4	2	4	3	4	3	0	5	3	34	3
Itapetim	7	18	8	11	13	12	11	10	8	9	7	11	125	10
Quixaba	4	6	3	7	4	5	3	6	8	7	4	9	66	6
Santa Terezinha	14	9	53	16	12	14	12	14	9	22	8	6	189	16
São José do Egito	41	48	36	25	28	22	39	29	26	18	28	29	369	31
Solidão	5	3	0	3	3	4	5	5	3	5	3	5	44	4
Tabira	31	23	14	16	20	24	14	16	12	14	15	14	213	18
Tuparetama	10	3	10	14	12	10	9	12	5	6	4	6	101	8
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>191</b>	<b>215</b>	<b>196</b>	<b>166</b>	<b>177</b>	<b>181</b>	<b>188</b>	<b>139</b>	<b>151</b>	<b>162</b>	<b>167</b>	<b>2129</b>	<b>177</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Gráfico 4** - Número de absenteísmo na UPAE por mês, na X Região de Saúde, nos anos de 2018 e 2019.



Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

### 7.3.5 Cota Programada X Cota Executada

No que diz respeito aos percentuais de agendamento e execução por cotas programadas nota-se que no ano de 2018 e 2019 os municípios de Afogados da Ingazeira, Quixaba e Tabira estão acima de 100% de agendamento por cota programada, porém em 2019 os municípios de Carnaíba e Iguaracy, também atingiram esse percentual de mais que 100% de suas cotas agendadas em referência às cotas programadas, entretanto só o município de Afogados da Ingazeira executa acima de 100% as consultas ofertadas durante os anos estudados. O percentual de execução das cotas programadas para o ano de 2018 na UPAE foi de 85% e em 2019 aumentou para 90% de execução das consultas especializadas. O absenteísmo apresentou-se em 15% no ano de 2018 e em 2019 reduziu para 14%.

**Tabela 13** - Percentual de cotas programada x executada em 2018.

(continua)

MUNICÍPIO	COTA PROGRAMADA	TOTAL AGENDADO	TOTAL EXECUTADO	% DE AGENDAMENTO POR COTA PROGRAMADA	% DE EXECUÇÃO POR COTA PROGRAMADA	% FALTAS
Afogados da Ingazeira	2871	3912	3314	136%	115%	15%
Brejinho	597	390	282	65%	47%	28%
Carnaíba	1511	1467	1259	97%	83%	14%

**Tabela 13 - Percentual de cotas programada x executada em 2018.****(conclusão)**

MUNICÍPIO	COTA PROGRAMADA	TOTAL AGENDADO	TOTAL EXECUTADO	% DE AGENDAMENTO POR COTA PROGRAMADA	% DE EXECUÇÃO POR COTA PROGRAMADA	% FALTAS
Iguaracy	975	963	894	99%	92%	7%
Ingazeira	425	341	306	80%	72%	10%
Itapetim	1132	944	776	83%	69%	18%
Quixaba	558	599	532	107%	95%	11%
Santa Terezinha	887	719	566	81%	64%	21%
São José do Egito	2613	2209	1781	85%	68%	19%
Solidão	480	423	362	88%	75%	14%
Tabira	2182	2339	2090	107%	96%	11%
Tuperatama	662	595	458	90%	69%	23%
<b>TOTAL MENSAL</b>	<b>14.893</b>	<b>14.901</b>	<b>12.620</b>	<b>100%</b>	<b>85%</b>	<b>15%</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Tabela 14 - Percentual de cotas programada x executada em 2019.**

MUNICÍPIO	COTA PROGRAMADA	TOTAL AGENDADO	TOTAL EXECUTADO	% DE AGENDAMENTO POR COTA PROGRAMADA	% DE EXECUÇÃO POR COTA PROGRAMADA	% FALTAS
Afogados da Ingazeira	2920	4380	3816	150%	131%	13%
Brejinho	602	486	406	81%	67%	16%
Carnaíba	1527	1545	1251	101%	82%	19%
Iguaracy	967	988	938	102%	97%	5%
Ingazeira	399	361	327	90%	82%	9%
Itapetim	1146	987	862	86%	75%	13%
Quixaba	552	580	514	105%	93%	11%
Santa Terezinha	887	762	573	86%	65%	25%
São José do Egito	2613	2086	1717	80%	66%	18%
Solidão	483	419	375	87%	78%	11%
Tabira	2171	2347	2134	108%	98%	9%
Tuperatama	675	563	462	83%	68%	18%
<b>TOTAL MENSAL</b>	<b>14.942</b>	<b>15.504</b>	<b>13.375</b>	<b>104%</b>	<b>90%</b>	<b>14%</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

### 7.3.6 Relação Oferta X Demanda – Portaria 1.631 de 01 de outubro de 2015

Essa análise foi realizada apenas com o ano de 2019, visto que a quantidade da oferta de consultas é semelhante ao ano anterior. Bem como, a fila de espera que é única e é sequenciada ano a ano.

Das especialidades disponibilizadas pela UPAE, apresentamos os dados das seguintes clínicas especializadas: Cardiologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Oftalmologia, Neurologia, Reumatologia, Endocrinologia e Angiologia com os parâmetros necessários, segundo a seção V – Atenção Especializada – da Portaria 1.631 de 01/10/2015, que aprova critérios e o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Os parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados são dados para cada 100 mil habitantes, de acordo com o critério da portaria. Para esse estudo foi calculado, de acordo com a Central Regional de Regulação, a população baseada no Censo de 2010.

Nesse âmbito é possível visualizar déficit de necessidade de consultas em todas as especialidades. Como a UPAE é a unidade de referência em especialidades, foi calculado a partir dessa necessidade, porém não significa que os municípios não devem complementar sua rede de serviços.

Em relação a esta pesquisa o maior déficit de consultas na X Região de Saúde está na especialidade de Neurologia com 95,2% de deficiência, sendo ofertada apenas 4,8% na UPAE. O segundo maior déficit é na especialidade de Oftalmologia, considerando que deveria ser ofertado na X Região de Saúde 24.840 consultas de oftalmo, porém só foi ofertado 6,9% dessas consultas, ou seja, temos um déficit de 93,1%. Angiologia é a terceira especialidade com a maior deficiência de consultas com 89,1%, deveria ter sido ofertada 3.060 consultas e só foram ofertadas 10,9%. O melhor índice de consultas ofertadas foi a especialidade de Reumatologia com 78% apresentando um déficit de apenas 22%.

**Quadro 4 – Representação da relação Oferta X Demanda – Portaria 1.631 de 01 de outubro de 2015**

(continua)

UPAE	Especialidade	Situação	01/19	02/19	03/19	04/19	05/19	06/19	07/19	08/19	09/19	10/19	11/19	12/19	TOTAL	PARÂMETROS DA PORTARIA 1.631/15 CONSULTA ANUAL A CADA 100 MIL HAB.	PARÂMETROS CONSULTAS NECESSÁRIAS PARA A X GERES	% DE CONSULTAS OFERTADAS	DÉFICT
UPAE Afogados da Ingazeira	Cardiologia	Programado	153	150	91	195	180	205	200	205	185	180	195	210	2149	6.000	10.800	19,9%	↓ 80,1 %
		Agendado	150	152	97	190	172	186	161	207	192	170	194	178	2049				
		Executado	136	133	86	164	160	167	150	190	172	148	176	163	1845				
	Dermatologia	Programado	135	140	135	130	130	125	120	130	130	140	135	135	1585	3800	6840	23,1%	↓ 76,9 %
		Agendado	136	141	148	130	125	130	128	145	132	143	141	138	1637				
		Executado	98	111	117	110	105	99	101	121	112	122	110	116	1322				
	Gastroenterologia	Programado	136	115	103	127	120	115	100	125	95	135	125	145	1441	1400	2520	57,1%	↓ 42,9 %
		Agendado	101	120	107	137	122	116	105	132	101	139	136	154	1470				
		Executado	79	94	89	110	103	98	93	114	90	123	99	123	1215				
	Otorrinolaringologia	Programado	145	140	140	140	125	110	108	140	130	225	150	40	1593	3600	6480	24,6%	↓ 75,4%
		Agendado	106	148	150	147	233	119	127	148	145	234	156	54	1767				
		Executado	92	123	127	128	199	104	104	136	128	204	140	45	1530				
	Urologia	Programado	105	130	180	170	130	150	165	170	95	120	150	0	1565	3500	6300	24,8%	↓ 75,2%
		Agendado	106	145	174	151	126	139	116	152	98	120	155	0	1482				
		Executado	92	128	142	134	109	112	100	132	89	98	137	0	1273				
	Oftalmologia	Programado	220	190	120	120	120	120	190	145	135	120	120	120	1720	13800	24840	6,9%	↓ 93,1%
		Agendado	215	201	133	122	128	130	207	156	152	123	126	126	1819				
		Executado	185	178	107	112	109	99	176	134	130	114	113	111	1568				
	Neurologia	Programado	55	35	35	45	40	50	50	55	50	45	50	50	560	6500	11700	4,8%	↓ 95,2%
		Agendado	57	39	41	45	39	50	71	59	57	48	58	53	617				
		Executado	51	34	39	37	34	35	68	45	50	45	55	51	544				

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

**Quadro 4 – Representação da relação Oferta X Demanda – Portaria 1.631 de 01 de outubro de 2015**

(conclusão)

UPAE	Especialidade	Situação	01/19	02/19	03/19	04/19	05/19	06/19	07/19	08/19	09/19	10/19	11/19	12/19	TOTAL	PARÂMETROS DA PORTARIA 1.631/15 CONSULTA ANUAL A CADA 100 MIL HAB.	PARÂMETROS CONSULTAS NECESSÁRIAS PARA A X GERES	% DE CONSULTAS OFERTADAS	DÉFICT
UPAE Afogados da Ingazeira	Reumatologia	Programado	105	140	145	140	95	95	70	90	90	95	100	235	1400	1000	1800	78%	↓ 22%
		Agendado	105	147	145	144	96	100	71	95	93	102	106	255	1459				
		Executado	92	129	128	121	85	91	60	82	86	94	96	226	1290				
	Endocrinologia	Programado	115	56	116	96	95	86	96	116	60	66	82	136	1120	2500	4500	24,8%	↓ 75,2%
		Agendado	105	57	123	95	95	93	100	128	61	71	86	140	1154				
		Executado	50	49	112	78	84	80	88	103	55	63	81	120	963				
	Angiologia	Programado	48	35	20	30	30	20	30	35	25	30	0	30	333	1700	3060	10,9%	↓ 89,1%
		Agendado	52	40	21	31	35	21	31	35	24	29	0	36	355				
		Executado	35	33	19	23	28	17	24	32	16	20	0	32	279				

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

### **7.3.7 Fila de Espera**

A especialidade que tem a maior fila de espera para a UP AE é Oftalmologia com 1.763 pessoas aguardando uma consulta, com tempo médio de espera de 1 ano para ser atendido, entretanto o maior tempo de espera para uma consulta é na especialidade de Neurologia com 36 meses de espera, ou seja, se todas as pessoas que estiverem na fila de espera para neurologia devem esperar 3 anos para ser atendido.

As especialidades com menor tempo de espera são Cardiologia com aproximadamente 2 meses de espera e a especialidade de urologia com apenas 1 mês de espera.

**Quadro 5 – Representação da Fila de Espera X Tempo de Espera, 2019**

(continua)

UPAE	Especialidade	Situação	01/19	02/19	03/19	04/19	05/19	06/19	07/19	08/19	09/19	10/19	11/19	12/19	TOTAL	MÉDIA/ MENSAL	FILA DE ESPERA	TEMPO DE ESPERA / MÊS
UPAE Afogados da Ingazeira	Cardiologia	Programado	153	150	91	195	180	205	200	205	185	180	195	210	2149	179	264	1,5
		Agendado	150	152	97	190	172	186	161	207	192	170	194	178	2049	171		
		Executado	136	133	86	164	160	167	150	190	172	148	176	163	1845	154		
	Dermatologia	Programado	135	140	135	130	130	125	120	130	130	140	135	135	1585	132	1237	9,4
		Agendado	136	141	148	130	125	130	128	145	132	143	141	138	1637	136		
		Executado	98	111	117	110	105	99	101	121	112	122	110	116	1322	110		
	Gastroenterologia	Programado	136	115	103	127	120	115	100	125	95	135	125	145	1441	120	1067	8,9
		Agendado	101	120	107	137	122	116	105	132	101	139	136	154	1470	123		
		Executado	79	94	89	110	103	98	93	114	90	123	99	123	1215	101		
	Otorrinolaringologia	Programado	145	140	140	140	125	110	108	140	130	225	150	40	1593	133	614	4,6
		Agendado	106	148	150	147	233	119	127	148	145	234	156	54	1767	147		
		Executado	92	123	127	128	199	104	104	136	128	204	140	45	1530	128		
	Urologia	Programado	105	130	180	170	130	150	165	170	95	120	150	0	1565	130	92	0,7
		Agendado	106	145	174	151	126	139	116	152	98	120	155	0	1482	124		
		Executado	92	128	142	134	109	112	100	132	89	98	137	0	1273	106		
	Oftalmologia	Programado	220	190	120	120	120	120	190	145	135	120	120	120	1720	143	1763	12,3
		Agendado	215	201	133	122	128	130	207	156	152	123	126	126	1819	152		
		Executado	185	178	107	112	109	99	176	134	130	114	113	111	1568	131		
	Neurologia	Programado	55	35	35	45	40	50	50	55	50	45	50	50	560	47	1685	36,1
		Agendado	57	39	41	45	39	50	71	59	57	48	58	53	617	51		
		Executado	51	34	39	37	34	35	68	45	50	45	55	51	544	45		

**Quadro 5 – Representação da Fila de Espera X Tempo de Espera, 2019**

(conclusão)

UPAE	Especialidade	Situação	01/19	02/19	03/19	04/19	05/19	06/19	07/19	08/19	09/19	10/19	11/19	12/19	TOTAL	MÉDIA/ MENSAL	FILA DE ESPERA	TEMPO DE ESPERA / MÊS
UPAE Afogados da Ingazeira	Reumatologia	Programado	105	140	145	140	95	95	70	90	90	95	100	235	1400	117	891	7,6
		Agendado	105	147	145	144	96	100	71	95	93	102	106	255	1459	122		
		Executado	92	129	128	121	85	91	60	82	86	94	96	226	1290	108		
	Endocrinologia	Programado	115	56	116	96	95	86	96	116	60	66	82	136	1120	93	1042	11,2
		Agendado	105	57	123	95	95	93	100	128	61	71	86	140	1154	96		
		Executado	50	49	112	78	84	80	88	103	55	63	81	120	963	80		
	Angiologia	Programado	48	35	20	30	30	20	30	35	25	30	0	30	333	28	226	8,1
		Agendado	52	40	21	31	35	21	31	35	24	29	0	36	355	30		
		Executado	35	33	19	23	28	17	24	32	16	20	0	32	279	23		

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

#### 7.4 COMPREENDENDO O COMPLEXO REGULADOR DENTRO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Participaram deste estudo 6 Coordenadores Municipais de Regulação e 12 médicos de 6 municípios da X Região de Saúde, Afogados da Ingazeira, Igaracy, Ingazeira, São José do Egito, Tabira e Tuparetama. A faixa etária dos coordenadores da regulação variou entre 20 a 49 anos e são todas do sexo feminino. A metade tem curso de nível superior (Enfermagem, História e Matemática), os outros 50% são profissionais de nível médio. Apenas 2 coordenadoras possuem curso de especialização, sendo uma em Regulação em Saúde no SUS e outra em Saúde da Família as outras 4 pessoas não apresentam qualquer tipo de especialização. Nenhuma das pesquisadas tem mais de 10 anos de atuação na Regulação em Saúde.

**Tabela 15** - Perfil dos coordenadores da regulação da X Região de Saúde, Pernambuco, 2019  
(continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
20 a 29 anos	1	17%
30 a 39 anos	3	50%
40 a 49 anos	2	33%
<b>Sexo</b>		
Feminino	6	100%
Masculino	0	0
<b>Tipo de Formação</b>		
Nível Superior	3	50%
Nível Médio	3	50%
<b>Tempo de Formação</b>		
0 a 3 anos	0	0
3 a 6 anos	0	0
6 a 10 anos	3	50%
Acima de 10 anos	3	50%
<b>Tipo de Especialização</b>		
Regulação em Saúde	1	17%
Saúde da Família	1	17%
Saúde Coletiva	0	0%
Não tem	4	66%

**Tabela 15** - Perfil dos coordenadores da regulação da X Região de Saúde, Pernambuco, 2019  
(conclusão)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de Atuação na Regulação</b>		
0 a 3 anos	3	50%
3 a 6 anos	2	33%
6 a 10 anos	1	17%
Acima de 10 anos	0	0%
<b>Tipo de vínculo</b>		
Contrato	2	33,3%
Efetivo	2	33,3%
Comissionado	2	33,4%
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

Foram entrevistados também médicos das Unidades Básicas de Saúde, uma vez que são eles que encaminham os pacientes para a atenção especializada. A faixa etária varia de 20 a 49 anos, 58,3% são do sexo masculino. Os profissionais pesquisados tem 83,4% de tempo de formado e de tempo de atuação na Atenção Básica entre zero e 6 anos. Dos 10 médicos que estão com tipo de vínculo do Programa Mais Médicos todos eles realizam especialização em Saúde da Família.

**Tabela 16** - Perfil dos médicos entrevistados na X Região de Saúde, Pernambuco, 2019.  
(continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Etária</b>		
25 a 29 anos	4	33%
30 a 39 anos	6	50%
40 a 49 anos	2	17%
<b>Sexo</b>		
Feminino	5	41,7%
Masculino	7	58,3%
<b>Tempo de Formado</b>		
0 a 3 anos	5	41,7%
3 a 6 anos	5	41,7%
6 a 10 anos	1	8,3%
Acima de 10 anos	1	8,3%

**Tabela 16** - Perfil dos médicos entrevistados na X Região de Saúde, Pernambuco, 2019.

(conclusão)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Especialização</b>		
Saúde da Família	10	83,4%
Outro	1	8,3%
Não tem	1	8,3%
<b>Tempo de Atuação na Atenção Básica</b>		
0 a 3 anos	5	41,7%
3 a 6 anos	5	41,7%
6 a 10 anos	1	8,3%
Acima de 10 anos	1	8,3%
<b>Tipo de vínculo</b>		
Contrato	2	16,7%
Efetivo	0	0,0%
Programa Mais Médicos	10	83,3%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fonte: A autora a partir do SISREG; X GERES

O conteúdo das entrevistas foram divididas em 3 categorias: Fluxo do Acesso, Critérios de Encaminhamentos e Relação Oferta x Demanda. Para registro e sigilo dos entrevistados fica definido a letra (M) para os pesquisados Médicos e a letra (C) para as entrevistas das Coordenadoras.

#### 7.4.1 Fluxo do Acesso

Dentro da categoria fluxo do acesso existem foram identificadas 4 subcategorias: Fluxo Real, Referência e Contra Referência, Obstáculos ao Acesso e Estratégias para Melhorar ou Organizar o Acesso.

##### 7.4.1.1 Fluxo Real

No quesito fluxo real pode-se dizer que a resposta dos profissionais apontam para o conhecimento de um determinado fluxo do encaminhamento do acesso à UPAE, porém apresentando-se distintas formas em cada município. No município de Afogados da Ingazeira

os encaminhamentos são realizados através de prontuário eletrônico e as marcações para o especialista são realizadas na própria recepção das UBS's, segundo a fala do M1:

A gente tem uma ficha de encaminhamento, já no prontuário eletrônico do paciente, então a gente preenche a ficha, coloca a justificativa no encaminhamento e entrega ao paciente e o paciente marca com a recepcionista. A gente opta por “urgência”, “prioridade”, “consulta eletiva” e até “casos de emergência” (M1).

Os outros 11 municípios realizam suas marcações de consultas especializadas na própria Secretaria de Saúde, no setor de Regulação conforme a fala do M6:

Faço encaminhamento pra especialidade desejada, mando pra secretaria de saúde e a secretaria de saúde providencia pra onde vai. A minha parte de solicitação é basicamente a especialidade, o paciente vem com a sua queixa, o seu problema encaminhado pra especialidade que é necessário e a secretaria de saúde é quem faz o próximo passo do encaminhamento (M6).

#### 7.4.1.2 Referência e Contra Referência

Na subcategoria referência e contra referência ficou claro e evidente que 100% dos entrevistados médicos foi unânime a inexistência do recebimento da contra referência como resposta da UP AE. Já na visão da coordenação foi relatado que apesar da criação de ficha de encaminhamento para o especialista também não conseguem receber a contra referência. Embora 2 municípios tenham registrados que recebem a contra referência a partir dos exames que os especialistas solicitaram e os pacientes retornam para a regulação para marcar.

Contra referência, zero! Nunca recebi. (M5)

Nunca recebi a contra referência. A gente reclama direto. (M3)

Nunca recebi a contra referência de nenhum profissional. (M10)

Tenho referenciado conforme o protocolo. É um problema nosso a contra referência, não recebemos. (M8)

A gente está sempre cobrando só que hoje a gente procura ter uma referência, a gente criou um encaminhamento, um modelo de encaminhamento pra os especialista da UP AE e também de outras unidades especializadas que a gente tem, só que é raro a gente receber uma contra referência. (C1)

Os pacientes eles trazem esses encaminhamentos que fazem essa contra referência da UP AE. (C6)

#### 7.4.1.3 Obstáculos do Acesso

Nesse quesito foi realizado a pergunta apenas aos coordenadores sobre os principais entraves para garantir o acesso dos usuários da UPAE. Foi percebido que o maior obstáculo do acesso na visão dos coordenadores de regulação é a quantidade de vagas ofertadas pela UPAE.

A quantidade de vagas que muitas vezes não são suficientes. (C1)

Eu creio mesmo que é a quantidade de vagas. Assim, o entrave que tem é a quantidade de vagas que não temos. Muitas vezes eles (os pacientes) ficam sem realizar suas consultas por conta disso, assim no tempo correto. (C3)

A quantidade muito limitada de consultas pra algumas especialidades como oftalmologia, endocrinologia que são as especialidades que a gente tem uma fila de espera maior. (C4)

A quantidade de vagas, isso é o que dificulta. A gente tem uma fila de espera de neuro que tem gente de 2016 ainda não foi. Que nunca nem foi a primeira vez. Por conta que tem gente que tem epilepsia, aí tem gente que é só convulsão, aí tem paciente que é autista, aí tem esses pacientes que são assim... Aí divide esse povo que é só cefaleia aí não vão, não entra numa fila pra ser marcado, não entra primeiro do que uma pessoa que tem epilepsia. (C5)

#### 7.4.1.4 Estratégias para Melhorar ou Organizar o Acesso

Diversas estratégias foram relatadas para organizar o acesso à unidade, quando perguntou-se que sugestões teriam para melhorar a regulação entre a atenção primária e a UPAE, logo surgiu: Divulgar os protocolos de encaminhamentos, bem como, encaminhar os pacientes de acordo com os critérios estabelecidos. Outra sugestão dada foi a existência de um prontuário eletrônico com sistemas interligados com todos os equipamentos de saúde. Ampliar as cotas, bem como, a quantidade de especialistas. Aumentar o diálogo entre a Atenção Básica e a regulação, priorizando os pacientes que tem encaminhamentos com urgência. Por fim, como uma sugestão foi cumprir a contra referência.

O que eu gostaria muito era que tivesse um vínculo entre eu e a Atenção Básica pra poder a gente organizar, fazer uma triagem desses encaminhamentos, pra poder ver se devido a oferta ser pouca se daria conta. Porque tem encaminhamento que está sendo marcado que eu acho que o paciente nem existe mais, quando coloco na atenção básica o paciente já tem falecido, aí devido essa demanda tão grande e a oferta ser pouca quando vem ser marcado o paciente já não precisa mais, aí devia ter feito uma triagem... Eu queria que tivesse uma interação com a gente, que ela colaborasse, que ela me escutasse, mas não existe isso. (C5)

Prontuário *on line*, seria perfeito pra gente, se a gente tivesse um prontuário *on line* que fosse universal, ou seja, que todo mundo utilizasse, que todos os locais utilizassem seria perfeito pra esse tipo de contra referência. Quando o paciente fosse atendido aqui ele faria o mesmo prontuário consequentemente faria um prontuário lá na UPAE que seria o mesmo, só colocaria uma informação a mais. (M9)

Falta essa integração entre a UPAE, os especialistas e atenção básica. Acho que a contra referência ajudaria bastante nisso. (M1)

## 7.4.2 Critérios de Encaminhamentos

Foram distribuídos 3 subcategorias para esse item, são eles: Critérios Preconizados, Protocolos e Relação com a Atenção Básica.

### 7.4.2.1 Critérios Preconizados

Quando perguntado aos coordenadores que critérios a regulação propõem para utilizar as vagas percebe-se que houve um esforço da equipe de gestão para organizar o acesso e uma das ferramentas implementadas foi o protocolo de encaminhamento e classificação de risco clínico. Embora a coordenação relate que o protocolo é utilizado, alguns profissionais afirmam que não conhecem esse instrumento. Referem encaminhar nos casos que ultrapassam a capacidade de resolução da Atenção Básica, mas não explicitam como definem esses casos. A utilização do critério de urgência foi classificada como prioridade para o uso das vagas na UPAE.

A gente tem uma fila enorme de espera, só que é por ordem que vai deixando aqui na secretaria, só que tem aqueles pacientes que tem urgência, que a gente tem que dar prioridade. (C2)

Hoje a gente utiliza dentro dos PSF's a questão da classificação de risco, então quando os médicos encaminham o paciente para um determinado especialista, eles estão utilizando o protocolo de classificação que utiliza a corzinha amarela, vermelha e azul, é isso que ajuda o pessoal que vai marcar, classificar quem é urgente ou não. (C1)

Primeiro a gente separa as urgências, o que vai sobrando a gente vai marcando os retornos e pro final fica os antigos. (C5)

É feito uma triagem que é pela a atenção básica. Ver o grau de prioridade, o grau de urgência. (C6)

#### 7.4.2.1.1 *Protocolos*

Quando questionado aos médicos sobre o conhecimento dos protocolos de encaminhamentos para a UP AE foi observado que o protocolo de acesso à UP AE é desconhecido em 100% pelos entrevistados.

Não. O protocolo não. Primeiro que não sei qual é o protocolo, nunca estudei, nem vi, não tenho familiaridade. (L4)

Não. Eu não conheço o protocolo. (M2)

Não. Não conheço o protocolo. Também não faço encaminhamento pela ficha porque eu não conhecia que existia uma ficha de encaminhamento direto para a UP AE. (M6)

Protocolo? Nenhum encaminhamento, nada quanto a protocolo não. (M10)

#### 7.4.2.1.2 *Relação com a Atenção Básica*

Quando os coordenadores foram interrogados sobre a construção do processo de trabalho entre as equipes de atenção básica e regulação foi percebido que há um entendimento da importância da relação entre ambos, porém só um município relata ter essa parceria firmada entre a regulação e atenção básica.

Sempre temos reuniões de 3 em 3 meses entre a atenção básica e a regulação. E tem acompanhamento também, além do acompanhamento temos reunião. E mensalmente nós tratamos sobre algumas cotas que temos pra exames, então sempre é tratada pra que a atenção básica fique por dentro do que é marcado e nós também por dentro do que eles solicitam. (C3)

A gente de vez em quando se reúne pra debater a respeito desse fluxo pra UP AE, a quantidade de vagas que é ofertada e quais são as prioridades, a gente tem que ver quais são os casos de mais urgência pra encaminhar pra lá. (C2)

Reunião em si a gente não tem da atenção básica com a regulação mas a gente está sempre falando, quando precisa a gente está sempre conversando sobre os problemas que acontecem. (C6)

Não. Nunca participei de reunião com enfermeiro, nem com médico, com a gente de saúde, nada! É por isso que a gente nem parece ser atenção básica e regulação. (C5)

### 7.4.3 Relação Oferta X Demanda

Nessa categoria foram analisados 3 subcategorias: a Importância da UPAE, a Insuficiência da Oferta e o Desconhecimento da Oferta.

#### 7.4.3.1 Importância da UPAE

O equipamento UPAE é percebido por todos os entrevistados como de grande importância, considerando que na região não existia disponibilização da oferta de consultas para algumas especialidades.

Eu vejo com uma coisa que foi boa porque pode beneficiar os 12 municípios que fazem parte da X Região de Saúde e que de certa forma a gente conseguiu diminuir a demanda que a gente enviava pra Recife. (C1)

Eu avalio um ótimo trabalho que eles fazem na UPAE e foi bom pra nossa região, porque nem todos pacientes tem condições de ter acesso as consultas, principalmente pra pagar especialista, foi ótimo. Descobrimos muitos problemas que pacientes tem, que antigamente não era descoberto por falta de condições financeiras que eles não tinham acesso a essas consultas e pra mim foi uma ótima implantação aqui da UPAE aqui na nossa região. (C2)

Pra gente é bom porque antigamente não tinha essas especialidades e na UPAE agora tem. Então facilita porque antes de eu entrar na regulação o que foi informado é que era mais difícil essas especialidades tinha que mandar pra Recife. Então agora facilita. (C6)

#### 7.4.3.2 Insuficiência da Oferta

Nesse quesito foi unanimidade os entrevistados relataram a insuficiência das cotas da UPAE.

Não. Não é suficiente. (C2)

Não. De jeito nenhum, passa longe. (C4)

Eu acho que nunca vai ser suficiente. Quem trabalha com regulação sempre tem aquela questão de que a demanda é sempre maior do que a oferta. (...) Eu acho que ainda tem uma deficiência, eu acho que ainda a UPAE poderia está ofertando um pouco mais de consultas para os nossos usuários. Na implantação, assim que começou, a gente sente que era um pouco mais, a gente sabe que era um pouco mais a oferta. Teve uma certa diminuição. (C1)

#### 7.4.3.3 Desconhecimento sobre a Oferta

Embora para as coordenações sejam claro o conhecimento da quantidade de cotas ofertadas, observa-se que os médicos que atuam nas UBS's desconhecem detalhadamente quantos e quais especialistas tem na UP AE e as vagas ofertadas por município.

Não. Não tenho noção. (M12)

Eu tenho conhecimento da nossa demanda aqui, do que é disponibilizado pra nossa Unidade, para as outras não. (M2)

Eu sei que é muita consulta, mas a quantidade, esse dado eu não tenho. (M6)

Não sei exatamente, sei que existe limites. (M5)

Não. Só de algumas especialidades como Neurologia. (M8)

## 8 DISCUSSÃO

A implantação da Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado em Afogados da Ingazeira foi, sem dúvidas, importante para X Região de Saúde de Pernambuco, que de forma regionalizada possibilitou maior acesso às consultas especializadas para mais de 180 mil pessoas distribuídas em 12 municípios do sertão do Pajeú.

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 tenham acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais (FONSECA; DAVANZO, 2002).

Para operacionalizar essa rede regionalizada da regulação a nível das secretarias municipais de saúde, está presente a equipe de reguladores que têm a responsabilidade de assegurar a autorização das solicitações de serviços de saúde daqueles que necessitam (BASTOS, 2019).

O trabalho desses profissionais consiste em conhecer a demanda do serviço de saúde, para disponibilizar, de forma ordenada, a oferta disponível. Inseridos no processo regulatório, obedecem a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário (PINTO; CARNEIRO, 2012).

De acordo com os achados desse estudo foi visto que todos os profissionais de cargos de coordenação da regulação são do sexo feminino. A predominância feminina no setor de regulação corrobora com os resultados encontrados por Bastos (2019) no trabalho intitulado Regulação da saúde no estado do Pará: um estudo na região metropolitana de Belém. Para a autora este percentual demonstra “de forma expressiva a tendência de feminilidade da força de trabalho em saúde e a maior participação da mulher no mercado de trabalho”.

Em relação à faixa etária de trabalhadores da saúde, Alves et al., (2004), afirmam que 83,03% dos pesquisados estudados, encontram-se com idade entre 36 e 50 anos. O estudo confirma com a pesquisa em tela, que aponta 83,3% dos coordenadores entrevistados tem essa faixa etária entre 30 e 49 anos o que confere maior maturidade profissional.

A utilização do SISREG permitiu a centralização de toda oferta das consultas especializadas da UPAE. Para Ferreira (2010), a centralização do gerenciamento deste recurso assistencial, pelos complexos reguladores, é fundamental para que se inicie o processo

organizativo da ação regulatória eletiva, com mapeamento da demanda e da oferta, uma vez que a utilização de um sistema de informações embasa as ações de planejamento do gestor, visando à ampliação e à qualificação da rede assistencial, de acordo com as necessidades observadas.

O processo regulatório demonstrou deficiência no âmbito de sua organização quando relacionado a oferta do número de cotas pela quantidade populacional. Assim, pode-se inferir que o número reduzido de cotas pode estar contribuindo para o longo tempo de espera relacionado aos atendimentos especializados. Como é o caso das consultas de neurologia deste estudo, que o paciente precisa aguardar mais de três anos para ser atendido. Para os autores Silveira et al., (2018) estes fatores (número de cotas e o tempo de espera) podem ser considerados limitantes para a regulação do acesso.

Para Albuquerque et al., (2013), além das contribuições para a ampliação do acesso por prioridade clínica, destaca-se que a regulação ainda organiza e planeja suas ações considerando a distribuição geográfica e os aspectos sociais característicos de cada região de saúde. O que, nesse estudo, percebe-se que não foi considerado o perfil epidemiológico da região.

Não obstante, o aumento da oferta das consultas especializadas, “por si só, não diminui o estrangulamento do acesso”. Pois, o que se torna imprescindível para a resolutividade e qualidade do atendimento é o cumprimento do critério de encaminhamento. Para isso, torna-se necessário que os profissionais conheçam os protocolos clínicos para não encaminharem para atenção especializada problemas de saúde que possam ser resolvidos na atenção primária. Portanto, observou-se que os profissionais médicos, dos municípios da X GERES não tem conhecimento do protocolo, das especialidades e das cotas ofertadas pela UPAE (BASTOS, et. al., 2020; CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011; SILVEIRA et al., 2018).

No entanto, a adoção de protocolos na prática clínica constitui-se como um relevante instrumento para a boa condução dos encaminhamentos à regulação, contribuindo para a continuidade e a “integralidade do cuidado” (BASTOS, 2020; SANTOS, et al., 2012). Neste contexto, Baduy (2011) afirma que parte relevante dos encaminhamentos efetuados pela atenção primária para a consulta especializada poderia ser resolvida com cuidados primários à saúde. Sendo assim, torna-se fundamental para o processo regulatório o fortalecimento deste nível de atenção, devido sua relevância como grande centro comunicador nas redes de atenção à saúde (SILVEIRA et al., 2018).

Verifica-se ainda, que apenas qualificar a atenção primária não é suficiente para garantir a qualidade e o fortalecimento dos serviços regulatórios, pois é primordial fortalecer a comunicação entre os profissionais que compõem a atenção básica e a regulação. A ausência

de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a atenção primária e a atenção especializada do município exercida nas centrais de regulação denota vulnerabilidade da rede assistencial (SOUSA et al., 2014). Os dados desta pesquisa demonstram uma incipiente comunicação entre estes profissionais, contribuindo para o aumento dos encaminhamentos sem critérios “o que pode dificultar e retardar o acesso de casos prioritários” ao atendimento especializado (SILVEIRA et al., 2018).

Na perspectiva de garantir a integralidade e a equidade na atenção à saúde, é essencial a participação dos profissionais da atenção básica na elaboração e na revisão dos protocolos de acesso, visto que esses profissionais considerarão a posição do usuário nos distintos pontos da rede.

O estudo também revela uma lacuna da referência e contra referência entre os médicos da atenção básica e a UPAE quando relatam que não recebem a contra referência dos atendimentos. Os sistemas organizados em diferentes níveis de atenção, como a RAS, necessitam de um efetivo sistema de referência e contrarreferência para viabilizar seus fluxos entre as diversas esferas que os compõem (MENDES, 2011).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento do usuário, de um nível de atenção de menor complexidade para outro de maior grau de complexidade. A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para outro de menor complexidade, ou seja, quando a continuidade do tratamento necessite de menos recursos tecnológicos e terapêuticos (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Também pode ser percebido no estudo de Bastos (2019), que a contra referência ainda é pífia, possui limites e entraves que interferem em sua efetividade, trazendo implicações ao atendimento integral dos sujeitos a todas as suas necessidades numa perspectiva de acesso universal aos serviços de saúde.

## 9 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou analisar o acesso da regulação do atendimento especializado para a UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho que recebe pacientes de 12 municípios pertencentes a X Região de Saúde, perspectiva da relação oferta x demanda e a visão dos profissionais quanto a implantação do serviço na região.

Diante do objetivos propostos pôde-se concluir que a implantação da UPAE na região foi importante porque aproximou o paciente da consulta com o especialista, promovendo uma diminuição da distância percorrida, considerando que a possibilidade de ir a uma consulta especializada, para determinadas clínicas como reumatologia, neurologia e dermatologia, era na capital do estado.

No entanto, existe um déficit de consultas para atender todas os pacientes em tempo oportuno. A análise das consultas ofertadas representa uma discrepância com a realidade necessária. Porém, percebe-se que os municípios também tem que ter sua contra partida e não só a UPAE ofertar toda a demanda, até porque a portaria 1.631/2015, que elege critérios, deixa claro que não é obrigatório seguir seus parâmetros, entretanto cabe uma avaliação regional e epidemiológica para as ofertas das consultas especializadas.

Diante deste estudo cabe um destaque para uma real necessidade de reavaliação das especialidades ofertadas pela UPAE considerando o perfil epidemiológico da região, o perfil de consultas clínicas ofertadas por cada município.

Quanto ao desconhecimento dos protocolos de encaminhamento por parte dos médicos que encaminham os pacientes torna-se necessário o matriciamento para construção em conjunto de novos protocolos entre os profissionais da atenção básica e regulação com a UPAE.

O SISREG, disponibilizado atualmente pelo Ministério da Saúde, possibilita o gerenciamento da cota bem como o monitoramento da oferta e da demanda. A partir desse monitoramento mensal foi identificado que o agendamento das consultas estão sendo utilizados acima da cota ofertada porém essa estratégia foi criada, em conjunto com a UPAE e a central de regulação, para diminuir a perda de cotas que existia mensalmente. Dessa forma a UPAE Dom Francisco torna-se a unidade que apresenta o menor absenteísmo em comparação com as outras UPAE's do Estado de Pernambuco.

O processo regulatório analisado mostrou deficiência na análise dos critérios de encaminhamentos devido ao sistema SISREG ter sido configurado para ser auto regulado. Essa análise é importante porque pode entender se a fila de espera está excessiva pelo encaminhamento sem critério ou simplesmente porque a demanda é sempre maior que a oferta.

De certa forma quem acaba fazendo essa regulação são os coordenadores da regulação que, como foi visto na análise, a metade dos que foram entrevistados são de nível médio e a outra metade que possuem nível superior apenas uma tem formação na área de saúde. Constatase que as centrais de regulação estão sob a direção técnica de profissionais não habilitado para tal função sendo apenas operadores de marcação de consultas.

## REFERÊNCIAS

- AGUILERA, S. L. V. U. *et al.* Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1039, jul./ago. 2013.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, jul./set. 2013.
- ALBUQUERQUE, M.S.V. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2004.
- BADUY, R.S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.295-304, fev. 2011.
- BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-56, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BASTOS, L. B. R et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 25, fev. 2020.
- BASTOS, L. B. R. **Regulação da saúde no estado do Pará**: um estudo na região metropolitana de Belém. 2019. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br>. Acesso em: 6 nov. 2020.
- BASTOS, K. K. S. Organização dos serviços de saúde: avanços e fragilidades do sistema de referência e contrarreferência a partir do estudo em um hospital universitário. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 16, 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1396/1364>. Acesso em: 20 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde Noas-SUS 01/01. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jan. 2001.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Especializada em Saúde no Brasil**: indicadores e tabelas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 ago. 2008.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1206-1207, 2011a.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Brasília: DataSus, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL. Constituição [1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 90/2015, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. 48, 464 p, ed. Brasília: Centro de Documentação e Informação, 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Introdução à Regulação no SUS**. Recife: UFPE, 2017.

CÂMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas as organizações. **Rev. Interinst. Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CARVALHO, A.L.B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n 4, p. 1155-1164, abr. 2017.

CECILIO, L. C. de O, *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1502.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

CECÍLIO. L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n 8, e00056917, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQzhrJN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em Saúde**. Brasília: Conass, 2011b. (Para Entender a Gestão do SUS, v. 10). Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_10.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf). Acesso em: 8 maio 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender o Pacto pela Saúde**. Brasília: Conass, 2006. (Nota técnica, n. 6).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Conass debate: o futuro dos sistemas universais de saúde**. Brasília: Conass, 2018.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n 6, p. 2783-2794, jun. 2011.

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973. In: TRAVASSOS C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Supl. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

FERREIRA, J.B.B. *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface**, Botucatu, v.14, n.33, p. 345-358, abr./jun. 2010.

FONSECA, R. B.; DAVANZO, A. M. Q. Estudo para o regionalismo do SUS. In: VIANA, A. L; NEGRI, B. (Orgs.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

FORTIER, C. C. Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS – CRESUS no acesso aos serviços públicos de saúde no Estado do Ceará. Monografia (Especialização em Economia e Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Estado do Ceará, Fortaleza, 2006.

SILVA, M. V. S. *et al.* Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 107-116, 2012. supl.1.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços**: um estudo de caso do município de Guarulhos. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14112013-102627/pt-br.php>. Acesso em: 12 nov. 2018.

GIL, A. C. Delineamento da pesquisa. *In*: GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008. p. 49-59.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/.html?>. Acesso em: 4 mar. 2019.

MAGALHÃES Jr., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privados-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309144/1/MagalhaesJunior\\_HelvecioMiranda\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309144/1/MagalhaesJunior_HelvecioMiranda_D.pdf). Acesso em: 29 fev. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J.C. (org.). **A política de regulação do Brasil**. Brasília: Opas, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

MORAIS, C. **Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa: Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística**. Bragança: Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Bragança, 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/242681022\\_Escalas\\_de\\_Medida\\_Estatistica\\_Descriptiva\\_e\\_Inferencia\\_Estatistica](https://www.researchgate.net/publication/242681022_Escalas_de_Medida_Estatistica_Descriptiva_e_Inferencia_Estatistica). Acesso em: 29 jan. 2019.

OLIVEIRA, T. F.de. **O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde**. 2014. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense. Rio de Janeiro, **Rev. Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, jul./set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao\\_final1.doc\\_ao\\_conass\\_em\\_jan\\_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf) Acesso em: 21 abr. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Sertão do Pajeú ganhará UPA de Especialidades**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2013a. Disponível em:

<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/sertao-do-pajeu-ganhara-upa-de-especialidades>. Acesso em: 3 mar. 2019.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013. Estabelece normas de co-financiamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE, no âmbito do Estado de Pernambuco. **Diário Oficial do Estado**, Recife, 23 mar. 2013b.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde. **Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado**. Recife: Secretaria Executiva de Atenção à Saúde, 2018a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Assistência à Saúde. **UPAE**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2018b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upaes>. Acesso em: 10 dez. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Recife, : Secretaria Estadual de Saúde, 2019a. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upaes>. Acesso em: 24 fev. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. X Gerência Regional de Saúde. **Mapa analítico de saúde da X Região de Saúde de Pernambuco, 2019**. Afogados da Ingazeira: X Gerência Regional de Saúde, 2019b.

PERSICI, S.; ROCHA, E. T.; MARCHI, R. J. Regulação como ferramenta de gestão na atenção à saúde em nível municipal. In: BUGARELLI, A. F. *et al.* (org.). **Redes de atenção à saúde: práticas, experiências e propostas na gestão da saúde coletiva**. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. cap. 3.1. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/169547/001016549.pdf?sequence=1> Acesso em: 26 nov. 2019.

PINTO, JR.; CARNEIRO, M.G.D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Rev. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 09, n. 58, p.123-28, 2012.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. **A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma Revisão**. São Paulo: Interface, 2006.

SANTOS, J.S. *et al.* Organizadores. **Protocolos clínicos e de regulação: Acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo sistêmico do SUS. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401281&script=sci\\_abstract&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401281&script=sci_abstract&tlng=p) t. Acesso em: 19 abr. 2020.

SILVA, L. B.; COSTA, J. M. B. S.; DUARTE, M. S. Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) tipo II, 2016. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 618-630, jul./set. 2018.

SILVA, L. C. M. **Implantação de complexos reguladores no estado de Pernambuco**: uma avaliação a partir dos gestores da saúde. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVEIRA, M. S. D. *et al.* Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 63-72, 2018.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 17, p. 627-663. Disponível em:  
[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_AMBULATORIAL\\_ESPECIALIZADA\\_Solla\\_e\\_Chioro.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf). Acesso em: 8 fev. 2019.

SOUSA, F.O.S *et al.* Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-293, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. ISSN 1678-4561. Acesso em 11 nov. 2020.

SOUZA, M. R. N. S.; SOUZA, M. K. B. Potencialidades e desafios para a Gestão Regional em Saúde: Reflexões a partir da dinâmica dos espaços colegiados. **Rev. Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v.6, n.10, p. 27-43, abr. 2018. Disponível em:  
<file:///C:/Users/ITAUTEC/Downloads/211-568-1-PB.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

TRAVASSOS C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Supl. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2019.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-243.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out 2007.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto de intervenção do Provab**: orientações para elaboração no modelo padrão. Brasília: Universidade Aberta do SUS: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em:  
[https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/PROVAB/orientacoes\\_para\\_elaboracao\\_do\\_projeto\\_de\\_intervencao\\_provab.pdf](https://www.unasus.gov.br/uploads/pagina/PROVAB/orientacoes_para_elaboracao_do_projeto_de_intervencao_provab.pdf). Acesso em: 5 mar. 2019.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: Universidade

Federal do Maranhão: Universidade Aberta do Sus, 2016. Disponível em:  
[http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_redes01.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf). Acesso em: 10 mar .2019.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**APÊNDICE A – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**ELS AMORIM VIANA**

**O COMPLEXO REGULADOR DA X GERES PARA ATENDIMENTO NA UPAE –  
UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

**Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque**

**AFOGADOS DA INGAZEIRA**

**2020**

**ELS AMORIM VIANA**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**O COMPLEXO REGULADOR DA X GERES PARA ATENDIMENTO NA UPAE –  
UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

**Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque**

**AFOGADOS DA INGAZEIRA**

**2020**

**ELS AMORIM VIANA**

**O COMPLEXO REGULADOR DA X GERES PARA ATENDIMENTO NA UPAE –  
UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque**

**AFOGADOS DA INGAZEIRA**

**2020**

## SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	4
2	JUSTIFICATIVA.....	5
3	OBJETIVOS.....	6
3.1	Objetivo Geral.....	6
3.2	Objetivos Específicos.....	6
4	METODOLOGIA.....	7
4.1	Público Alvo.....	7
4.2	Local da Intervenção.....	7
4.3	Caracterização da Intervenção.....	7
4.4	Recursos.....	7
4.5	Parceiros e Instituições Apoiadoras.....	8
5	AVALIAÇÃO.....	8
6	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	8
7	ORÇAMENTO.....	8
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
9	APÊNDICES.....	10
	Apêndice 1.....	10
	Apêndice 2.....	11

## 1. APRESENTAÇÃO

O acesso da população à rede dos serviços de saúde deve se dar por meio do nível primário de atenção, que precisa 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 (SOLLA, CHIORO 2008).

O Ministério da Saúde definiu a atenção especializada de média/alta complexidade como um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, além de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, dotados de maior densidade tecnológica que os diferenciam da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2001).

O acesso a estes serviços apresenta-se como um importante problema, tanto para populações de pequenos municípios de regiões distantes de grandes centros urbanos, como para aqueles que integram regiões metropolitanas, seja pelos custos e/ou pela força de trabalho especializada envolvida (BRASIL, 2004; FRANCO, MAGALHÃES JÚNIOR, 2003; AGUILERA et al 2013).

Para fortalecer a descentralização do SUS em Pernambuco e interiorizar a assistência especializada, em 2013, o governo do Estado através da Secretaria Estadual de Saúde implantou a primeira Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) (PERNAMBUCO, 2013a), que suprem parte da necessidade de serviços de atenção especializada componentes das redes de atenção das regiões de saúde do estado (PERNAMBUCO, 2013b).

As UPAE's são centros de diagnósticos de referência regional que oferece atendimentos ambulatoriais em especialidades médicas de Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia e Urologia e procedimentos diagnósticos de média complexidade como Raio X, Ultrassonografias, Endoscopias, Patologia clínica, Mamografia, Densitometria, Teste Ergométrico, dentre outros. Fortalecem a rede de assistência entre a atenção primária e a terciária, garantindo a continuidade do cuidado (SES, 2018).

A UPAE de Afogados da Ingazeira tem seu início em 2014 (PERNAMBUCO, 2013a). Tornou-se referência para uma população estimada em 189 mil pessoas, dos 12 municípios que compõe a X Gerência Regional de Saúde (X GERES).

## 2. JUSTIFICATIVA

A regulação do acesso à assistência à saúde, versa sobre os elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas e necessidades da população com as ofertas do sistema de saúde. Essa regulação agrega vários componentes, tais como: fluxos assistenciais, rede de serviços, agendamento local, centrais de regulação, acolhimento, apoio matricial, entre outros. Entendendo que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais e com todos os trabalhadores de saúde participando e operando o acesso de alguma forma (MAGALHÃES Jr., 2006).

Em Oliveira (2014) os instrumentos para regulação do acesso aos serviços de saúde, devem partir de uma atenção básica resolutiva, com definição e pactuação dos fluxos de acesso através de protocolos operacionais da rede de serviços e protocolos de acesso e classificação de risco/vulnerabilidade.

É nesse contexto que surge o nosso interesse pelo tema de como se dá o acesso às consultas especializadas dos municípios que compõe a X Regional de Saúde de Pernambuco na UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho.

A apresentação desse estudo busca auxiliar a gestão estadual, regional e municipal no que concerne a regulação ambulatorial da X Regional de Saúde, bem como, a otimização da regulação do acesso à Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE).

### **3. OBJETIVO GERAL**

Apresentar os dados da pesquisa no Colegiado Intergestor Regional da X GERES.

#### **3.1 ESPECÍFICOS**

- Realizar encontro virtual para apresentação dos dados do estudo: Análise da regulação do acesso para atendimento especializado na X Região de Saúde de Pernambuco;
- Proporcionar subsídios aos gestores para debates futuros sobre oferta e demanda das consultas especializadas;
- Promover atualização aos profissionais médicos e técnicos da regulação quanto ao fluxo de encaminhamento;
- Estimular o diálogo entre a Atenção Primária à Saúde e a Regulação.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Público Alvo**

O público alvo dessa intervenção são os técnicos e Gerente da X GERES, Secretários de Saúde, Coordenadores da Atenção Primária à Saúde e técnicos da regulação dos 12 municípios que compõem a X Região de Saúde e coordenadores da UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho.

### **4.2 Local da Intervenção**

O encontro será realizado na última reunião do Colegiado – CIR a realizar-se na data prevista do dia 22 de dezembro de 2020, às 9h da manhã. Esse encontro será de forma virtual através da plataforma Google Meet com geração do link e divulgação a partir da Gerente da X GERES.

### **4.3 Caracterização da Intervenção**

- ✓ Para realizar esse encontro, inicialmente será apresentada a proposta de intervenção à Gerente da X GERES e solicitar uma pauta na reunião do Colegiado para apresentação da pesquisa.
- ✓ Repassar os contatos de telefone e e-mail dos participantes para ser repassado o link da reunião virtual.
- ✓ Será realizado convite digital por parte da pesquisadora e entregue aos participantes do encontro.
- ✓ O encontro será registrado através de aplicativo, a ser definido, que grava a tela do computador.

### **4.4 Recursos**

Os recursos usados para a apresentação da pesquisa no encontro é um notebook com acesso a internet.

#### 4.5 Parceiros e Instituições Apoiadoras

- X Gerência Regional de Saúde
- Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado - UPAE
- Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz-PE

#### 5. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada ao término da apresentação através de um formulário eletrônico do Google Forms sendo entregue o link por e-mail a cada participante. A pesquisadora concentrará os dados em uma planilha eletrônica própria do programa Microsoft Office Excel versão 2013.

#### 6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº	ATIVIDADES	NOV	DEZ 2020				
		2020	01	02	03	22	23
		30					
1	Apresentar a proposta de intervenção a Gerente da X GERES						
2	Repassar os contatos de telefone e e-mail para a Gerente da X GERES dos participantes para ser repassado o link da reunião virtual.						
3	Realizar convite digital e entregar aos participantes do encontro.						
4	Apresentar a pesquisa na reunião do Colegiado						
5	Consolidar os dados da avaliação						

#### 7. ORÇAMENTO

Nenhum recurso extra será necessário, uma vez que a pesquisadora já tem seu notebook e internet, bem como sabe construir o convite eletrônico.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILERA, S.L.V.U.; FRANÇA, B.H.S.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. **Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba**: desafios para os gestores. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 47(4):1021-39, jul./ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde Noas-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Especializada em Saúde no Brasil**: indicadores e tabelas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde**. Caderno de Saúde Pública 2018; 34(8):e00056917.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde**: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

MAGALHÃES Jr., H.M. **O Desafio de Construir e Regular Redes Públicas de Saúde, com Integralidade, em Sistemas Privados-Dependentes**: A Experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309144/1/MagalhaesJunior\\_HelvecioMira\\_nda\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309144/1/MagalhaesJunior_HelvecioMira_nda_D.pdf)>. Acesso em: 29 Fev 2019.

OLIVEIRA, T.F.de. **O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde**. Recife: 2014. Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Sertão do Pajeú ganhará UPA de Especialidades**. Portal da Secretaria Estadual de Saúde. Recife, 2013a. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/sertao-do-pajeu-ganhara-upa-de-especialidades>>. Acesso em: 03 Mar 2019.

PERNAMBUCO. **Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013**. Estabelece normas de cofinanciamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE, no âmbito do Estado de Pernambuco. Diário Oficial do Estado. 23 Mar 2013. Recife, 2013b.

SES. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado**. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde. Recife, 2018.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 17, p. 627-663. Disponível em: <[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_AMBULATORIAL\\_ESPECIALIZADA\\_Solla\\_e\\_Chioro.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf)>. Acesso em: 8 fev 2019.

**APÊNDICE B - CONVITE****Convite**

# *Convite*

A aluna Els Amorim Viana, do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fiocruz-PE, convida a Gerente e técnicos da X GERES, Srs. Secretários de Saúde, Coordenadores da Atenção Primária à Saúde, Técnicos da Regulação e Coordenação da UPAC para apresentação dos dados da pesquisa: **ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA X REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**. A ser realizado dia 22/12/2020 às 9:00h, através da plataforma digital GOOGLE MEET.

O link segue abaixo.

Desde já agradecemos sua participação.

## APÊNDICE C – FICHA DE AVALIAÇÃO DO PARTICIPANTE

### FICHA DE AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- 1) Você achou válido a experiência da pesquisa?

SIM	
NÃO	

- 2) Pra você qual o grau de relevância dessa pesquisa para a X GERES?

1	2	3	4	5

\* Sendo 1 menor satisfação e 5 maior satisfação

- 3) Caso deseje, utilize o espaço abaixo para fazer outros comentários ou deixar suas sugestões:

---



---



---



---



---



---

Obs.: Essa avaliação será transformada para ser respondida pela plataforma digital do GOOGLE FORMS

## APÊNDICE D - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA X REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Els Amorim Viana do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, do Instituto Aggeu Magalhães, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Nesta pesquisa pretendemos analisar a regulação do acesso às consultas especializadas dos municípios que compõe a X Regional de Saúde de Pernambuco na UPAE Dom Francisco Mesquita Filho”. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em forte estabelecimento entre pesquisadores e participantes e a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário. A pesquisa contribuirá para auxiliar a gestão estadual, regional e municipal no que concerne a regulação ambulatorial da X Regional de Saúde, a garantir a otimização da regulação do acesso à Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE).

Para participar deste estudo o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízo. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Os resultados obtidos pela pesquisa estarão á sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA X REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei qu a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

Declaro que concordo participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

---

Nome completo do participante, data

---

Assinatura do participante

Nome completo do pesquisador responsável: Els Amorim Viana  
Endereço: Rua Luciano Barbosa de Araújo, 71 – Manoela Valadares  
CEP: 56.800-000 – Afogados da Ingazeira-PE  
Telefone: (81) 99612-7394  
E-mail: [elsviana@hotmail.com](mailto:elsviana@hotmail.com)

---

Assinatura do pesquisador, data

**Contato com a pesquisadora responsável:**

Caso necessite de maiores informações sobre a presente pesquisa, favor ligar para a pesquisadora – Telefone: (81) 99612-7394, E-mail: [elsviana@hotmail.com](mailto:elsviana@hotmail.com) ou para o Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães – Telefone: (81) 2101-2639, E-mail: [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br)

## APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS

### Roteiro de Entrevista para Médicos das Unidades Básicas de Saúde

#### PERFIL DO ENTREVISTADO

**NOME:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_

**SEXO:**  feminino  masculino

#### TEMPO DE FORMADO:

0 a 3 anos  3 a 6 anos  6 a 10 anos  Acima de 10 anos

#### TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:

0 a 3 anos  3 a 6 anos  6 a 10 anos  Acima de 10 anos

#### TIPO DE VÍNCULO:

Contrato  Efetivo  Mais Médicos

#### TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO:

Saúde da Família  Outro  Não tem

- 1) Quando você precisa encaminhar pacientes para atendimento especializado, como você procede?
- 2) Você conhece o protocolo de encaminhamento para as consultas especializadas da UPAE?
- 3) Você tem conhecimento da quantidade de consultas ofertadas pela UPAE?
- 4) Que sugestões têm para melhorar a regulação assistencial entre a atenção primária e a UPAE?
- 5) Você tem referenciado o paciente para a UPAE conforme protocolo, bem como, tem recebido a contra referência pela UPAE?

**APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COORDENADORES  
MUNICIPAIS E REGIONAL**

**Roteiro de Entrevista para Coordenadores municipais e regional**

**PERFIL DO ENTREVISTADO**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_

**SEXO:**  feminino  masculino

**TIPO DE FORMAÇÃO:**

Nível Médio  Nível Superior

**TEMPO DE FORMADO:**

0 a 3 anos  3 a 6 anos  6 a 10 anos  Acima de 10 anos

**TEMPO DE ATUAÇÃO NA REGULAÇÃO:**

0 a 3 anos  3 a 6 anos  6 a 10 anos  Acima de 10 anos

**TIPO DE VÍNCULO:**

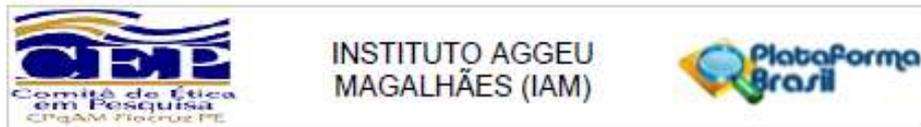
Contrato  Efetivo  Comissionado

**TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO:**

Saúde da Família  Saúde Coletiva  Outro  Não Possui

- 1) Como você avalia a implantação da UPAE na X Região de Saúde
- 2) Você tem conhecimento da quantidade de consultas ofertadas pela UPAE?
- 3) As cotas ofertadas são suficientes para sua demanda?
- 4) Existe algum tipo de critério para a utilização das vagas? Qual?
- 5) Você tem conhecimento e acompanha o fluxo de referência e contra referência da atenção básica com a UPAE?
- 6) Na sua avaliação quais são os principais entraves para garantir o acesso dos usuários na UPAE?
- 7) Há algum tipo de reunião integrada com a atenção Básica?
- 8) Como estão sendo construídos os processos de trabalho entre as equipes de atenção primária e regulação?
- 9) Que sugestões têm para melhorar a regulação assistencial entre a atenção primária e a UPAE?

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP –



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA REGULAÇÃO DO ACESSO PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA X REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

**Pesquisador:** ELS VIANA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15892819.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.670.508

#### Apresentação do Projeto:

A proposta é um estudo do tipo Estudo de Caso com abordagem quantitativa e qualitativa e faz parte do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, do Instituto Aggeu Magalhães, sob a orientação da ProF Paulette Cavalcanti de Albuquerque. Será realizado na sede da X Regional de Saúde de Pernambuco no período de dezembro de 2017 até dezembro de 2019. Este estudo é do tipo Estudo de Caso com abordagem quantitativa e qualitativa. Para esse estudo serão coletados os seguintes dados: documental, quantitativos e entrevistas. A população de referência são Médicos das Unidades Básicas de Saúde, solicitantes das consultas especializadas, Médicos reguladores, Coordenadores da Atenção Básica e Regulação, da rede integrada municipal e regional de acesso à regulação do acesso à UPAE e Coordenação e corpo técnico da UPAE, da unidade executante das consultas especializadas.

A amostra foi definida como não probabilística intencional. Serão incluídas as entrevistas de médicos que fizeram encaminhamentos para as consultas clínicas especializadas da UPAE e que ainda façam parte da equipe da Unidade Básica de Saúde do mesmo município na qual pertence o usuário e será excluído o profissional que estiver afastado das atividades durante a coleta de dados e seu tempo de atuação na área seja menor que 1 (um) ano.

<b>Endereço:</b> Av. Prof. Moraes Rego, s/nº		<b>CEP:</b> 50.670-420
<b>Bairro:</b> Cidade Universitária		
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE	
<b>Telefone:</b> (81)2101-2639	<b>Fax:</b> (81)2101-2639	<b>E-mail:</b> comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Página 01/05 05



INSTITUTO AGGEU  
MAGALHÃES (IAM)



Contribuição do Parecer: 3.670.508

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar a regulação do acesso, dos municípios que compõe a X Regional de Saúde de Pernambuco, na UPAE Dom Francisco de Mesquita Filho.

##### Objetivo Secundário:

- 1 - Descrever o fluxo da regulação do acesso às consultas da UPAE.
- 2 - Analisar os critérios de encaminhamentos às especialidades clínicas ofertadas pela UPAE.
- 3 - Analisar a oferta e demanda para a UPAE.
- 4 - Compreender o complexo regulador do acesso dentro da Rede de Assistência à saúde na X Regional de Saúde de Pernambuco.
- 5 - Realizar oficina de matriciamento em um dos municípios que apresente a maior fila de espera para o acesso a UPAE.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em forte estabelecimento entre pesquisadores e participantes e a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário.

##### Benefícios:

É um estudo que busca auxiliar a gestão estadual, regional e municipal no que concerne a regulação ambulatorial da X Regional de Saúde, bem como, a otimização da regulação do acesso à Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE).

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado na sede da X Regional de Saúde de Pernambuco que é composta por 12 municípios: Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama. O estudo será realizado no período de dezembro de 2017 até dezembro de 2019.

COLETA DE DADOS: Para esse estudo serão coletados os seguintes dados:

A)DOCUMENTAL- Protocolos clínicos da regulação do acesso à UPAE.- Normatizações federais e estaduais e Regionais.- Manual do Sistema de Informação utilizado para a regulação do acesso à UPAE.- Contrato da UPAE com a Organização Social.- Plano operativo de gestão da UPAE.

B)DADOS QUANTITATIVOS- Serão coletados os dados dos encaminhamentos da regulação do

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.670-420
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Página 02 de 05



INSTITUTO AGGEU  
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.670.508

acesso das consultas clínicas especializadas da UPAE dos municípios que compõe a X Regional, através de uma planilha construída com as seguintes variáveis: Idade, sexo, local, especialidade, data do encaminhamento, motivo do encaminhamento.- Planilhas de monitoramento das consultas clínicas especializadas da UPAE, contendo a oferta programada mensal, o percentual de agendamento e execução de cada especialidade

estudada, bem como a fila de espera.

C) ENTREVISTAS- As entrevistas serão semiestruturada e compreenderá as questões referentes à regulação do acesso dos usuários às consultas clínicas especializadas da UPAE.

5.6 – POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA: Para a realização desse estudo será realizada entrevistas com:

A) Médicos das Unidades Básicas de Saúde, solicitantes das consultas especializadas.

B) Médicos reguladores.

C) Coordenadores da Atenção Básica e Regulação, da rede integrada municipal e regional de acesso à regulação do acesso à UPAE.

D) Coordenação e corpo técnico da UPAE, da unidade executante das consultas especializadas.

5.7 – AMOSTRA: amostra foi definida como não probabilística intencional. Nesse estudo apresenta-se o método de amostragem intencional via otimização. Tal método baseia-se na fundamentação de que devemos controlar a seleção amostral sempre que houver conhecimento suficiente para garantir boas inferências de quantidades conhecidas e de alguma forma correlacionadas com aquelas desconhecidas e de interesse.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados sem pendências.

**Recomendações:**

Ajustar cronograma do formulário da Plataforma Brasil de acordo com o apresentado em anexo.

Entregar relatórios parciais e final, assim como informar qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Página 03 de 05



INSTITUTO AGGEU  
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.670.508

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1380779.pdf	29/10/2019 06:51:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	29/10/2019 06:50:02	ELS VIANA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/10/2019 06:48:42	ELS VIANA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/10/2019 06:46:34	ELS VIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	07/09/2019 19:43:18	ELS VIANA	Aceito
Outros	Carta_a_pendencias.pdf	07/09/2019 19:34:52	ELS VIANA	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevistas.pdf	06/09/2019 14:36:30	ELS VIANA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/09/2019 14:24:11	ELS VIANA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Els_revisado.pdf	06/09/2019 13:53:43	ELS VIANA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	06/09/2019 13:50:25	ELS VIANA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Dec_plataforma_Els.pdf	18/06/2019 12:21:25	ELS VIANA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Els.pdf	18/06/2019 12:14:14	ELS VIANA	Aceito

#### Situação do Parecer:

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Página 01 de 05



INSTITUTO AGGEU  
MAGALHÃES (IAM)



Continuação de Parecer 5670.528

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 30 de Outubro de 2019

---

Assinado por:  
Maria Almerice Lopes da Silva  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.focruz.br

Página 05 de 05

Pág 5-5

## ANEXO B - FICHA DE ENCAMINHAMENTO À UPAE

 <b>GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO</b> <b>SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE</b>		 	
<b>Esta conta deverá ser paga com recursos públicos</b>			
<b>ENCAMINHAMENTO À UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AFOGADOS DA</b>			
<b>Dom Francisco de Mesquita Filho</b>			
<b>R. Antonio Alves dos Santos, S/N, CEP: 56.800-970, Afogados da Ingazeira</b>			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome Completo:			
Data de Nascimento:	/	/	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Nº Cartão SUS:	CPF/RG:		
Nome da mãe:			
Endereço:			
Município:	CEP:		
Telefone:	Celular:		
UNIDADE DE ORIGEM:			
Equipe de Saúde da Família:		Microárea:	
MUNICÍPIO:			
HISTÓRIA CLÍNICA			
RESUMO DO CASO:			
<h1>Página 1</h1>			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD):			
EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS):			
OBSERVAÇÕES:			
Continuação...			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE			



**ANEXO C – PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO À UPAE**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
*Condições de Saúde que Sugerem Necessidade de Encaminhamento  
Para Avaliação Especializada*

Julho/2013

**Governador do Estado de Pernambuco**

Eduardo Henrique Accioly Campos

**Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco**

Antonio Carlos Figueira

**Secretaria Executiva de Coordenação Geral**

Ana Paula Sóter

**Secretário Executivo de Regulação em Saúde**

Adelaide Caldas

**Secretária Executiva de Atenção à Saúde**

Teresa Campos

**Secretária Executiva de Vigilância em Saúde**

Eronildo Felisberto

**Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

Cinthya

**Alves Secretário Executivo de Administração e**

**Finanças** Jorge Antonio Dias Correia de Araújo

**Diretoria Geral de Atenção Primária**

Afra Suassuna Fernandes

**Superintendente de Atenção Primária**

Rodrigo B.Lima

**Coordenação de Hipertensão e Diabetes**

Ana Carolina Almeida

**Colaboradores**

Ana Lúcia da Hora e Sá (Diretora Geral de Fluxos Assistenciais) Thiago

Azevedo (Gestor de Regulação da Macrorregião I)

A Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPA-E) é um serviço de referência para os profissionais que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Estes profissionais passam a dispor de mais um recurso para complementar a investigação e o acompanhamento de pessoas com diversas condições de saúde que não podem ser integralmente acompanhados na APS.

Embora consista em um ponto de atenção de alta resolatividade, onde serão realizadas não apenas consultas médicas especializadas, mas diversos exames complementares, além de consultas em várias áreas da saúde, as UPA-E não são o serviço onde as pessoas são acompanhadas ao longo do tempo: cabe aos serviços de APS cuidar e acompanhar as pessoas de sua área de abrangência, utilizando as UPA-E como um complemento à sua atuação. Os pacientes atendidos na UPA-E devem necessariamente ter seu seguimento na APS. Para isso, para cada paciente atendido na UPA-E deverá ser elaborada uma proposta de plano terapêutico, que será enviada ao profissional da APS para que este o utilize de forma a trazer mais benefícios ao paciente.

Sabemos que a dificuldade no acesso a consultas médicas especializadas é um problema histórico do SUS, e embora as UPA-E devam minimizar este problema, não podem resolvê-lo totalmente, pois é necessário que os pacientes sejam corretamente encaminhados, garantindo a utilização das UPA-E em sua capacidade máxima por pacientes que realmente precisem dela. Por isso é necessário que a referência a este serviço seja bastante eficiente.

Diante disso, a SES-PE apresenta, em caráter sugestivo, uma lista de condições de saúde que podem exigir a atuação da UPA-E no conjunto de ofertas de cuidado à população pernambucana. Entendemos que os principais gestores da oferta de serviços são os próprios profissionais que realizam atividades assistenciais na APS, pois deles depende o encaminhamento correto e oportuno. As sugestões aqui apresentadas não visam limitar a autonomia destes profissionais, mas sim indicar possibilidades de melhor utilização dos serviços oferecidos pela UPA-E.

## **CARDIOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle (após mudanças no estilo de vida e instalação de terapia medicamentosa adequada)
- 2) Diagnóstico presumido de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)
- 3) Precordialgia típica com ou sem limitação de atividade física (excluir outras causas não-cardíacas de dor torácica: musculoesqueléticas, DRGE, etc.)
- 4) Sopros cardíacos com suspeita de patologia valvular
- 5) Arritmias (com ou sem palpitações ou síncope)
- 6) Parecer cardiológico (para pacientes em avaliação pré-operatória com solicitação prévia do responsável pela cirurgia)

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Exames realizados anteriormente, especialmente no estabelecimento do risco cardiovascular, além de exames de imagem e ECG.

## **CIRURGIA GERAL**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Massas abdominais palpáveis
- 2) Litíase em vias biliares
- 3) Hérnias inguinais ou umbilicais
- 4) Outras condições após avaliação do especialista clínico (doenças hepáticas, doenças do pâncreas, indicação de cirurgia bariátrica, etc.)

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **CIRURGIA VASCULAR**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Doença vascular periférica sem melhora após rotina de exercícios físicos ou com limitações para a prática destes
- 2) Pé diabético (hiperceratose plantar, ulcerações, focos necróticos)
- 3) Claudicação com limitações das atividades diárias
- 4) Insuficiência venosa crônica

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **DERMATOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

1. Micoses resistentes ao tratamento convencional
2. Dermatites de contato resistentes ao tratamento convencional
3. Dermatoses Eritêmato-Escamosas (Psoríase, Líquen plano, Pitiríase Rosa)
4. Prurido, eczema, urticárias de difícil controle (afastar causas controláveis ou tratáveis como origem medicamentosa, escabiose, icterícia, etc.)
5. Suspeita de neoplasias cutâneas: lesões elevadas, infiltradas ou ulceradas, pigmentadas ou não, com crescimento progressivo.
6. Discromias (Vitiligo, Melasma)
7. Dúvidas no diagnóstico de Hanseníase, ou em estados reacionais da doença
8. Dúvidas no diagnóstico de Leishmaniose (lesões ulceradas que não cicatrizam após tratamento com antibióticos)
9. DSTs resistentes ao tratamento convencional
10. Acne severa, ou formas mais leves resistentes ao tratamento
11. Problemas estéticos: melasma, cicatrizes, etc. (considerar repercussão psicossocial)

**OBS:** Lembrar que os pacientes com lesões dermatológicas tratadas sem sucesso, deverão suspender as medicações antes da consulta.

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Descrição detalhada do(s) tratamento(s) realizado(s) previamente

Obs: pacientes em tratamento tópico devem, sempre que possível, suspender o uso das medicações antes da consulta com o especialista.

## **ENDOCRINOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Obesidade em qualquer grau (sem resposta à dieta adequada associada à atividade física)
- 2) Dislipidemias sem resposta adequada ao tratamento convencional
- 3) Diabetes resistente ao tratamento habitual, ou casos de dúvida na indicação de insulinoterapia
- 4) Hipo/hipertireoidismo sem resposta ao tratamento convencional, ou todos os casos em crianças, adolescentes e gestantes
- 5) Suspeita de outros problemas endocrinológicos (tumores hipofisários, síndrome de Cushing, hiperparatireoidismo, doença de Addison, etc.)

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento

## **GASTROENTEROLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Dispepsia funcional/DRGE/gastrites e esofagites resistentes ao tratamento habitual
- 2) Disfagia, especialmente se associada a perda de peso involuntária
- 3) Náuseas/vômitos prolongados (afastar parasitoses e causas alimentares)
- 4) Suspeita de doenças crônicas do pâncreas e vesícula biliar
- 5) Vômitos sanguinolentos
- 6) Sangue oculto nas fezes ou sangramento retal
- 7) Diarréias prolongadas/crônicas (afastar parasitoses)
- 8) Constipação crônica resistente ao tratamento habitual
- 9) Suspeita de hepatites B ou C

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente, como endoscopias digestivas, radiografias, ultrassonografias, ou exames laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **HEMATOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Citoses ou citopenias persistentes (afastadas causas reacionais)
- 2) Leucocitoses altas ( $> 100.000/mm^3$ ) ou neutropenia grave ( $< 500/mm^3$ ) a qualquer momento
- 3) Alterações no hemograma associadas a adenomegalias ou hepatoesplenomegalias
- 4) Anemias hemolíticas
- 5) Outras anemias (quando há dúvida na etiologia ou resistência a tratamentos prévios)

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento.

## NEFROLOGIA

### Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento

- 1) Alteração da função renal, suspeita ou verificada:
  - a. Redução acelerada do clearance de creatinina acima de 4 ml/min/ano (calcular o clearance de creatinina através da equação de Cockcroft-Gault (ver Caderno de Atenção Básica no. 14 – Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica)
  - b. Clearance da creatinina abaixo de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (se abaixo de 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> - RISCO IMINENTE - encaminhamento prioritário)
  - c. Proteinúria de qualquer nível (verificada por exame de urina tipo 1 ou fita reagente) na ausência de retinopatia diabética ou hipertensiva
  - d. Hiper ou hipopotassemia(atentar para uso de diuréticos)
  - e. Hematúria sem causa aparente (afastar infecção e trauma local).
  
- 2) Outras condições:
  - a. Hipertensão arterial de difícil controle (após avaliação da cardiologia)
  - b. Alterações do volume urinário sem causa aparente

### Informações importantes (incluir no encaminhamento):

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Co-morbidades associadas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, doenças reumatológicas e auto-imunes
- 3) Achados importantes como alteração da pressão arterial, edemas, alteração no volume ou aspecto urinário, massas abdominais palpáveis
- 4) Resultados de exames: sumário de urina ou análise de urina por fita reagente, creatinina sérica, estimativa do *clearance* de creatinina (equação de Cockcroft-Gault).

## **NEUROLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Cefaléia, excluídas outras causas (enxaquecas, sinusopatias, causas dentárias, distúrbios visuais)
- 2) Convulsões/epilepsia
- 3) Desmaios, excluídas outras causas (metabólicas, cardiovasculares)
- 4) Distúrbios cognitivos/da memória ou psicomotores
- 5) Exames realizados anteriormente, como exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento.

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente

## **OFTALMOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Perda da acuidade visual (sempre realizar o Teste de Snellen)
- 2) Cefaléia sem outras causas aparentes (excluir sinusopatias, causas dentárias, enxaqueca)
- 3) Queixas e alterações oculares (opacificação da córnea, dor ocular, lacrimejamento, fotofobia, prurido, diplopia, pupilas esbranquiçadas)
- 4) Avaliação de rotina para todos os pacientes diabéticos e hipertensos (anual)
- 5) Avaliação de rotina para todas as gestantes diabéticas (trimestral)
- 6) Avaliação periódica de pacientes com história familiar de glaucoma
- 7) Processos inflamatórios do olho e anexos (excluir doenças agudas como conjuntivites e tracoma)
- 8) Estrabismo

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbididades associadas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes
- 4) Se necessário, priorizar crianças, especialmente em idade escolar.

## **ORTOPEDIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Dorsolombalgias prolongadas, sem resposta ao tratamento convencional
- 2) Deformidades na coluna vertebral e/ou membros
- 3) Dor articular sem resposta ao tratamento convencional

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente, como exames de imagem e/ou laboratoriais relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **OTORRINOLARINGOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Rouquidão, zumbidos e rinossinusites (episódios prolongados e/ou sem resposta terapêutica)
- 2) Perda auditiva, especialmente após episódios infecciosos

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **PNEUMOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Asma de difícil controle
- 2) Suspeita de DPOC (para avaliação da função pulmonar e confirmação diagnóstica)
- 3) Alterações radiográficas sugestivas de câncer de pulmão

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **PROCTOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Fissuras anais
- 2) Pólipos anais
- 3) Prolapso retal
- 4) Hemorróidas

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente41.
- 5) 356896

## **REUMATOLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Perda de função no aparelho osteoarticular
- 2) Dor ou edema articular sem causa aparente (afastar patologias musculoesqueléticas)
- 3) Febre prolongada de origem indeterminada (afastar infecções)
- 4) Alterações de testes laboratoriais reumatológicos (fator reumatoide, FAN, etc.)

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente relacionados ao motivo do encaminhamento.

## **UROLOGIA**

### **Condições que sugerem a necessidade de encaminhamento**

- 1) Incontinência urinária (afastar Infecção do Trato Urinário – ITU)
- 2) Retenção urinária (afastar DSTs e prostatites agudas)
- 3) Suspeita de litíase em trato urinário (cólica renal, ITU de repetição)

### **Informações importantes (incluir no encaminhamento):**

- 1) Tempo de evolução da condição verificada
- 2) Descrição das alterações encontradas
- 3) Co-morbidades associadas
- 4) Tratamentos realizados, descritos detalhadamente
- 5) Exames realizados anteriormente, como sumários de urina e outros exames laboratoriais ou exames de imagem relacionados ao motivo do encaminhamento.