



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA  
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELO DE  
DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO**

**BRISA R. XAVIER SILVA**

**REGULAÇÃO EM SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA  
RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE**

**JOÃO PESSOA**

**2022**

BRISA RICARDO XAVIER DA SILVA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA  
RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE**

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Modelo em Decisão em Saúde, como requisito para avaliação do trabalho de conclusão para título de mestrado, apresentado ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal da Paraíba.

**Orientadores:** Luciano Bezerra Gomes; José Carlos de Lacerda Leite

**JOÃO PESSOA**

**2022**

S586r Silva, Brisa Ricardo Xavier da.

Regulação em saúde : limites e possibilidades para  
resolubilidade da atenção a saúde / Brisa Ricardo Xavier da Silva.  
- João Pessoa, 2022.

74 f. : il.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes, José Carlos de Lacerda  
Leite.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Saúde pública. 2. Serviços de saúde. 3. Exames médicos. 4.  
Consulta médica - Agendamento. I. Gomes, Luciano Bezerra. II.  
Leite, José Carlos de Lacerda.  
III. Título.

UFPB/B

CDU 614(043)

BRISA RICARDO XAVIER DA SILVA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA  
RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE**

APROVADO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes – Orientador**

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

---

**Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite - Orientador**

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

---

**Prof. Dr. Juliana Sousa Soares de Araújo – Examinadora Externa**

Universidade Federal da Paraíba -UFPB

---

**Prof. Dr. Ricardo de Sousa Soares – Examinador Interno**

Universidade Federal da Paraíba – UFPB

---

**Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento – Examinador Interno**

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

*Sonhos determinam o que você quer. Ação  
determina o que você conquista.*

*Aldo Novak*

## AGRADECIMENTO

O sentimento que habita em meu coração é gratidão. Agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos concedidas em minha vida, desde meu nascimento, infância, adolescência e hoje em fase adulta, sempre fui abençoada em cada momento da vida seja ele pessoal como também acadêmico e profissional. Ô meu grandioso Deus como és maravilhoso me concedeu a conquista desse mestrado, motivo de superação e mais aprendizado, pois diante de tempos difíceis não me deixe fraquejar, sempre perseverando nos presidimos que, meu senhor, tem a mim.

Agradeço também a minha mazinha do céu, Nossa Senhora que como mãe está sempre ao meu lado segurando minha mão nos momentos difíceis que tive no decorrer desses dois anos, a luta contra enfermidades, problemas pessoais, dificuldades acadêmicas, mas tudo foi superado, pois quem tem devoção à mãe de Jesus nunca está só. Porque sempre intercederá por mim.

Não posso deixar de falar da minha força de vontade. Considero-me uma protagonista desse processo de ensino-aprendizado, pois sem meus objetivos formados, a perseverança que cultivei e o desejo de crescer pessoalmente, como também profissionalmente oportunizaram novos caminhos onde estes foram trilhados dentro do Programa de Modelos em Decisão em Saúde (MDS) e atualmente estou aqui escrevendo minha dissertação e prestes a defender em poucos dias, isso é gratificante para mim que tive uma vida acadêmica humilde, mas diante dos meus esforços estou chegando onde sempre sonhei. E com fé esse ainda não é o fim dessa jornada.

Quero agradecer aos meus familiares que sempre foram um apoio primordial nessa jornada. Ao meu esposo com sua generosidade incentivando sempre meus sonhos e com sua cumplicidade consegue fortalecer meus interesses em crescer visando o melhor a nossa família. Meus pais, que sempre foram e são a fortaleza da minha essência estando sempre comigo em todas as escolhas que fiz.

Não posso esquecer os meus amigos mais próximos que com suas palavras consegue reflorescer meu ego quando está abalado e pensando em fracassar. Eles acreditam que posso vencer os empecilhos que surgir, pois sou guerreira.

Agora, que agradei aos meus familiares e amigos próximos chegou a hora de homenagear meus orientadores Luciano Bezerra Gomes que construiu a ideia da linha de pesquisa, pois sabendo do meu interesse sobre a temática conseguiu se articular com o

professor Eduardo Simon e me enveredar nesse mundo da saúde pública. Ao orientador José Carlos de Lacerda Leite, com sua empatia desenvolveu uma brilhante orientação aos seus orientandos, conhecendo as dificuldades de cada um e sabendo articular a melhor maneira de vencer os obstáculos sem estagnar no percurso da pesquisa. Só tenho a agradecer sua competência e dizer que continue assim compassivo e atencioso com seus alunos.

Por fim, agradecer a Prefeitura Municipal de João Pessoa pela aprovação do estudo e aos colaboradores que ao meio de tanta demanda se mostram atenciosos no repasse das informações que fomentam meu trabalho. Dedico minha gratidão a Universidade Federal da Paraíba e a coordenação do MDS que com responsabilidade desenvolve seu papel de formadoras de forma eficiente.

## RESUMO

A Política Nacional de Regulação é uma estratégia de gestão com finalidade de organizar o sistema de saúde brasileiro, aperfeiçoando os recursos disponíveis, qualificando a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde. O uso demasiado de encaminhamentos é uma realidade, comprometendo incisivamente o aumento das filas de espera e atrasos nos diagnósticos. Assim, a gestão busca estratégias para a qualificação da rede de acesso e profissionais de saúde, desenvolvendo políticas públicas específicas que contemplem o apoio e qualidade do serviço ofertado a população. O estudo tem o objetivo de analisar a demanda de encaminhamentos especializados para diagnósticos de afecções osteomusculares no âmbito das Unidades de Saúde da Família. Neste trabalho, foi utilizado o banco de dados construído pela pesquisadora a partir dos dados dos encaminhamentos disponíveis no polo da central de regulação dos distritos sanitários III, IV e V. A amostra conta com 642 encaminhamentos de usuários agendados no sistema de regulação no período de fevereiro e março de 2022. Para o estudo considera-se às informações contidas em fichas de encaminhamentos regulados, os quais são: dados sociodemográfico, diagnóstico clínico, procedimento, classificação de risco e tempo de solicitação perante o sistema. Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. A abordagem estatística envolveu análise descritiva dos dados e modelagem de regressão logística, para avaliar o processo de otimização dos encaminhamentos para possível autorização e execução e consequentemente incentivo da resolubilidade do sistema regulador. Os resultados mostram, que o sistema de regulação para apresentar eficácia em seu contexto logístico e gestão existe ainda muitos entraves, pois a maioria das variáveis não possuíram relevância para o estudo evidenciando que nossa rede primária ainda está muito fragilizada no cuidado integral e longilíneo. Percebemos que a capacidade de decisão dos profissionais é bastante influenciada pelos aspectos sociais e econômicos o que causa maior dificuldades em novos olhares a saúde. Portanto, o estudo torna-se relevante a partir do momento que demonstra como o sistema de regulação sofre consequências a partir do manejo da atenção primária, observando como é importante os investimentos de ações fortalecedoras para esse nível de atenção, tendo em vista que a mudança alcançada pelo público de profissionais e usuários desse nível assistencial apresenta alterações significativas podendo ser alcançadas a nível especializado. É interessante salientar que temos recursos para atingir esses fatores, apenas necessitando da reestruturação do setor.

**Palavras-chaves:** Serviços de saúde. Agendamento de Consulta. Exames médicos.



## ABSTRACT

The National Regulation Policy is a management strategy aimed at organizing the Brazilian health system, improving available resources, qualifying the population's attention and access to health actions and services. The excessive use of referrals is a reality, incisively compromising the increase in waiting lines and delays in diagnoses. Thus, management seeks strategies for the qualification of the access network and health professionals, developing specific public policies that include the support and quality of the service offered to the population. The study aims to analyze the demand for specialized referrals for diagnoses of musculoskeletal disorders within the Family Health Units. In this work, we used the database built by the researcher from the data of referrals available at the center of regulation of health districts III, IV and V. The sample has 642 referrals from users scheduled in the regulation system in the period of February and March 2022. For the study, the information contained in regulated referral forms is considered, which are: sociodemographic data, clinical diagnosis, procedure, risk classification and time of request before the system. It was a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The statistical approach involved descriptive data analysis and logistic regression modeling, to evaluate the process of optimizing referrals for possible authorization and execution and, consequently, encouraging the resolvability of the regulatory system. The results show that the regulation system to present effectiveness in its logistical and management context still has many obstacles, since most of the variables had no relevance to the study, showing that our primary network is still very fragile in comprehensive and long-line care. We realized that the decision-making capacity of professionals is greatly influenced by social and economic aspects, which causes greater difficulties in new perspectives on health. Therefore, the study becomes relevant from the moment it demonstrates how the regulatory system suffers consequences from the management of primary care, observing how important it is to invest in strengthening actions for this level of care, given that the change being reached by the public of professionals and users of this level of care, significant changes can be achieved at a specialized level. It is interesting to point out that we have the resources to achieve these facts, all it takes is the restructuring of the sector.

**Keywords:** Health services. Appointment Scheduling. Medical exams.

## SUMÁRIO

|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                  | <b>11</b> |
| <b>2 INTERROGAÇÕES.....</b>                                                                               | <b>14</b> |
| <b>3 HIPÓTESE.....</b>                                                                                    | <b>15</b> |
| <b>4. OBJETIVOS.....</b>                                                                                  | <b>16</b> |
| <b>5. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>                                                                        | <b>17</b> |
| 5.1 VERTENTES DA ATENÇÃO BÁSICA E SISTEMA<br>REGULADOR.....                                               | 17        |
| 5.2 LIMITAÇÃO E EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO NO AMBITO DA AB.....                                                | 21        |
| 5.4 FACILITADORES ENTRE A AB E REGULAÇÃO EM SAÚDE .....                                                   | 25        |
| 5.5 MODELO EM DECISÃO EM SAÚDE .....                                                                      | 33        |
| <b>6. METODOLOGIA.....</b>                                                                                | <b>35</b> |
| 6.1 TIPO DE ESTUDO.....                                                                                   | 35        |
| 6.2 LOCAL DE ESTUDO.....                                                                                  | 35        |
| 6.3 LOCAL DE COLETA DE DADOS.....                                                                         | 36        |
| 6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....                                                                              | 36        |
| 6.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....                                                                    | 36        |
| 6.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISADORA.....                                                             | 40        |
| 6.7 ANÁLISES DOS DADOS.....                                                                               | 40        |
| <b>6.5.1 Regressão Logística .....</b>                                                                    | <b>41</b> |
| 6.5.1.1 Seleção das variáveis para o estudo.....                                                          | 43        |
| <b>7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                                     | <b>46</b> |
| 7.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....                                                                              | 47        |
| 7.2 ANÁLISES DE REGRESSÃO LOGÍSTICA.....                                                                  | 54        |
| <b>7.2.1 Análise de Regressão Logística para a melhoria da resolubilidade dos<br/>encaminhamentos SUS</b> | <b>56</b> |
| <b>8. CONSIDERAÇÃO FINAIS .....</b>                                                                       | <b>64</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                   | <b>67</b> |
| <b>APÊNDICE A .....</b>                                                                                   | <b>72</b> |
| <b>ANEXO A .....</b>                                                                                      | <b>73</b> |
| <b>ANEXO B .....</b>                                                                                      | <b>74</b> |
| <b>ANEXO C .....</b>                                                                                      | <b>75</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A percepção sobre saúde sofreu avanços com o passar do tempo, rompendo paradigmas construídos pelas políticas públicas que consideravam a saúde como direito apenas das pessoas com doenças transmissíveis ou de serviços previdenciários, fazendo a assistência ser fragmentada e voltada ao cuidado curativo. Com a chegada do SUS, pela Constituição de 1988, a assistência à saúde deixou de ser limitada, tornando-se direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990)

Cada pessoa independente de seu sexo, raça, condições sociais ou pessoais, diagnóstico e sintomatologia tem acesso garantido à assistência a saúde de forma igualitária, integral e gratuita, que concretiza os princípios hierárquicos do SUS, sendo a Universalidade, Integralidade e Equidade que conferem legitimidade ao SUS (BRASIL, 1990).

Essa legitimidade se fortalece a partir da operacionalização do SUS pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), estratégia que possuem assistência ao cuidado em diferentes densidades tecnológicas, que oferecem ao indivíduo um cuidado integral de acordo com seu aspecto biopsicossocial (BRASIL, 2017).

Esse cuidado segue um fluxo hierarquizado que confere o acesso dos usuários a todos os serviços da rede independente de sua complexidade, direito adquirido pela portaria nº 1.559 de 1 agosto de 2008, para aperfeiçoar o uso das tecnologias oferecidas pela RAS estabelecendo um fluxo ordenado, que considera a classificação de risco, diagnóstico e justificativa como objetivos instituídos para implantação da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2016).

Em 1º Agosto de 2008 a Portaria nº 1.559 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Com atuação na regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência. Durante os anos de formulação do SUS, ações, instrumentos e estratégias foram sendo desenvolvidos para reafirmar os princípios básicos de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, visando ampliar os níveis de equidade e eficácia do sistema (BRASIL, 2008).

Desta forma, a Unidade Básica de Saúde da Família que compõe a Estratégia de Saúde da Família – ESF representa um avanço positivo em áreas que apresentam um déficit de serviços básicos de saúde. Sendo a Atenção Básica a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Para Sousa e Ribeiro (2011, p. 358) “Com o objetivo principal de realizar ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e proteção da saúde, mas também diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção saúde”.

Salientando que o fluxo de acesso se inicia pela Unidade de Saúde da Família (USF), considerada o nível de referencia a saúde para entrada do usuário ao sistema SUS, sendo através dela o acesso ao nível de assistência Secundária e por sua vez a terciário. Em seguida, a central de regulação após marcação e autorização dos procedimentos direciona a USF na garantia de construir um vínculo com o usuário, para que seu cuidado seja integral e o mesmo não fique perdido na rede de assistência (BASTOS et al, 2020).

Diante disso, é importante compreender que, para que a Atenção Básica atue de forma eficaz é necessário à alta resolutividade, a qual está diretamente ligada à habilidade e disposição das equipes que compõe as unidades de saúde, a utilização dos protocolos de encaminhamentos ao cuidado direcionado a prevenção, promoção e proteção da saúde e também um olhar clínico para diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção saúde.

Nessa perspectiva, diante de uma população crescente é evidente a necessidade de investigação, pois com o aumento da demanda, decorrente da acréscimo da cobertura da atenção básica, do aumento do tempo de vida e da prevalência de doenças crônicas, tem dificultado o acesso à atenção especializada promovem o aumento das filas de espera, atrasos nos diagnósticos, perda do elo com a equipe de saúde, exacerbação do quadro clínico daqueles que realmente precisam de exames e consultas complementares para diagnósticos e descontentamento do usuário com serviço (CAPILHEIRA, SANTOS. 2006).

Outras problemáticas discorrem sobre o número reduzido de prestadores conveniados, o que promove alta demanda com indisponibilidade de leitos, aumento da demanda reprimida, custo financeiro e desvalorização do exame clínico, demora das autorizações e perda de encaminhamentos (BASTOS et al., 2020). Sendo de extrema importância compreender as principais estratégias no processo de trabalho de forma a reduzir as lacunas na central de regulação, uma vez que o profissional que compõe as equipes das Unidades de Saúde da Família tem participação direta na construção deste nó crítico.

Assim, reduzir o tempo de espera pelos cuidados de saúde torna-se um dos desafios dos gestores e formuladores de políticas públicas no Brasil. Conhecer o perfil do sistema regulador e articulá-lo com o papel da atenção básica do município, permite quantificar sua resolubilidade e auxilia na criação de um sistema de capacitação permanente de profissionais para que incentive a importância de avaliação criteriosa antes do encaminhamento ao especialista.

No Brasil, o tempo de espera para consultas especializadas e o incentivo pela educação permanente entre os profissionais está entre os principais objetivos para resolubilidade ao acesso a cuidados integrais à saúde no SUS. São exemplos de estratégias implantadas pelo

Ministério da Saúde (MS): a política dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleo de Apoio a Família e Comunidade (NASF), Programa Nacional de Melhoria e Qualidade do Acesso a Atenção Básica (PMAQ) e a implantação das Residências em Saúde em USF. Logo, considera-se um indicador da qualidade dos serviços, determinando a capacidade de resposta às necessidades de cuidado à saúde da população (FARIAS, et al., 2019).

A residência considera-se hoje a mais recente estratégia do SUS que influencia os profissionais médicos sendo capazes de solucionar adequadamente a 85 a 95% das demandas de saúde dos usuários, mas para isso esses devem possuir especialidade em saúde da família e comunidade conhecendo seu território para que desenvolva conhecimentos desejáveis para atuar na atenção primária à saúde. No entanto, a oferta desses profissionais no mercado de trabalho ainda está limitada, por diversos fatores, sendo minoria os profissionais que atuam na atenção primária com essa formação (REBOLHO et al., 2021).

Perante as dificuldades da atenção primária e sua repercussão na rede especializada, busca-se minimizar as lacunas ainda existentes sobre a Regulação em Saúde responsável pelo cuidado especializado, sendo necessário compreender o sistema logístico e de gestão do sistema regulado evidenciando o processo de trabalho da equipe de saúde da atenção básica, o perfil da unidade de saúde solicitante e como acontece o processo de agendamento dos procedimentos para possível autorização. Assim, o tempo de esperar poder ser considerado um dos entraves do sistema regulador que pode influenciar em sua produtividade e a eficiência, aumentando os custos com saúde e limitando a capacidade efetiva da clínica de saúde.

A partir da relevância e da escassez de estudos que abordam a atenção especializada no SUS, este estudo se propõe analisar a demanda de encaminhamentos especializados para diagnóstico de afecções osteomusculares no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

## 2. INTERROGAÇÕES

Os questionamentos da pesquisadora se revelaram nas seguintes interrogações: Será que o perfil da USF influencia no tempo de agendamento dos procedimentos SUS? Existe uma relação do tempo de espera e tipo de procedimento agendado? Um tempo de agendamento elevado ocasiona risco de fracasso no processo de autorização? É possível avaliar o tempo de espera como desfecho para a resolubilidade dos encaminhamentos especializados?

Neste sentido, o foco desse trabalho de pesquisa foi direcionado para análise da demanda de encaminhamentos especializados para diagnóstico de afecções osteomusculares no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

Assim definido, enunciou-se o problema da pesquisa da seguinte forma: sob a ótica das Unidades de Saúde, que são as principais responsáveis pelo encaminhamento para serviço especializado, quais variáveis influenciam o tempo de espera entre a solicitação e agendamento do procedimento, considerando o mesmo como incentivo da resolutividade do encaminhamento favorecendo o sucesso da autorização do serviço e otimização do sistema?

### **3. HIPOTESE**

Considerando a natureza do estudo, hipóteses foram elencadas, de modo que se pudesse traçar um percurso que possibilitasse uma aproximação ao objeto/fenômeno, ao mesmo tempo em que se buscou verificar, através da pesquisa, a assertividade ou não das proposições ora expressas. São elas:

H0: Sob a ótica do perfil da unidade solicitante, a presença de programa de residência médica não representa incentivo para análise da resolutividade do encaminhamento a partir da avaliação do tempo de espera.

H1: Sob a ótica do perfil da unidade solicitante, a presença de programa de residência médica, representa incentivo para análise da resolutividade do encaminhamento a partir da avaliação do tempo de espera.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a demanda de encaminhamentos especializados para diagnóstico de afecções osteomusculares no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma análise descritiva de encaminhamento para as especialidades de reumatologia, ortopedia e neurologia, como também exames de ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC) e Ultrassonografia (US) em USF'S do município de João Pessoa;
- Classificar os encaminhamentos agendados no período de fevereiro e março, relacionando o perfil dos usuários e USF's do município de João Pessoa em relação ao tempo de espera identificando se existem resultados diferentes;
- Avaliar a resolutividade das USF's a partir do tempo de esperar examinando se existem divergências quanto ao processo logístico e gestão do sistema regulador.



## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 VERTENTES DA ATENÇÃO BÁSICA E SISTEMA REGULADOR

A Atenção Básica (AB) estabelece a criação de ações de saúde individuais e coletivas, regido pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Sua função baseia-se desde a promoção a saúde e prevenção de agravos, passando pelo processo de tratamento, até atingir a reabilitação e manutenção da saúde. O SUS visando à reorganização da saúde pública no país formula a Estratégia de Saúde da Família (ESF) instituída pela equipe multiprofissional, essa com apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) garantindo a resolutividade e eficácia da atenção primária (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para a organização da Atenção Básica. A Unidade de Saúde da Família (USF) pode funcionar como porta de entrada preferencial do usuário, vinculada a uma rede de serviços hierarquizados que deve garantir assistência integral do cuidado, referenciando sempre aos níveis especializados quando as situações de saúde requerem resolução fora do âmbito da atenção básica (SOUZA et al., 2014).

Assim, o Ministério da Saúde (MS) determinou a organização do SUS em Redes de Atenção a Saúde (RAS), pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, definida como um conjunto de serviços de saúde de variadas densidades tecnológicas que estão interligadas por um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, com o papel principal de reestruturação, no intuito de assegurar aos usuários ações e serviços com efetividade e eficiência (BRASIL, 2014).

À organização da rede de saúde sustenta-se em promover respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. A construção da rede de cuidado pressupõe que a trajetória do usuário, que não conseguiu atender suas necessidades na atenção primária e necessite passar por diferentes serviços, tenha a garantia da continuidade do acesso que atenda seu problema de saúde (SOUZA et al., 2014).

No entanto, a organização do cuidado expressa fragmentações, referentes às lacunas assistenciais dos serviços, que se inicia com o baixo financiamento público que compromete a eficiência no emprego das tecnologias incorporadas a esse nível assistencial, ocasionando a redução da capacidade e a integralidade da atenção à saúde pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, fato provável a fragilidade na gestão do trabalho

(BRASIL, 2010). Para tanto, é necessário fortalecer o nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social (ASSIS & JESUS, 2012).

Desta forma, potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica permite a redução da demanda para o nível secundário e terciário da saúde, a adoção de fluxos referenciados e aproximação do processo assistencial da comunidade, estabelecendo ao sistema de regulação a garantia de atendimentos nos diferentes níveis de complexidade, acesso dentro dos limites geográficos e integração dos serviços e práticas por meio da referência e contra-referência na rede SUS (BRASIL, 2016; ASSIS E JESUS, 2012).

Com ampliação da Atenção Básica (AB) como estratégia estruturante do SUS, a Regulação do Acesso a partir desse nível de atenção compreende em articular ações que contribuem para acessibilidade do usuário no sistema de saúde pelo fluxo de encaminhamento definido e a qualificação da atenção à saúde (MAEYAMA; CALVO, 2018; BRASIL, 2016). Portanto, a consolidação da RAS é fundamental para formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, principalmente com a atenção primária, considerada a principal porta de entrada do usuário no SUS, sendo que observar as necessidades em saúde de cada população e garantir a atenção contínua e integral é uma de duas metas (ARRUDA et al., 2015).

Considerando a necessidade de articular a rede assistencial de saúde, com ao papel de estruturar, organizar, controlar e avaliar os serviços e ações no âmbito do SUS se instituiu a política nacional de regulação em saúde (Nº 1.559 DE 1º de Agosto de 2008), com a finalidade principal de fortalecimento da organização da rede de cuidado, promovendo a integralidade e qualificação dos serviços, consolidando o processo de regionalização, hierarquização e integração dos recursos do SUS (BRASIL, 2008).

Essa política de regulação apresenta três dimensões de atuação, a primeira diz respeito à Regulação de Sistemas de Saúde, organizada em sistemas municipal, estadual e nacional, no qual executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância; se segunda a Regulação da Atenção à Saúde também dirigida pela secretaria municipal e estadual, estabelece a produção de ações aos prestadores públicos e privados, definindo estratégias para a regulação do acesso e controle da atenção à saúde, e pôr fim a Regulação do Acesso quem tem como principal função organizar, controlar, gerenciar o acesso e fluxo assistencial, baseando-se em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2006).

Para efetivação do complexo regulador, os municípios devem contemplar a atenção básica com pilar de organização dos procedimentos regulados, no intuito de qualificar a

demanda, avaliar as necessidades e os processos de referência e contra-referência. Assim, os municípios brasileiros têm utilizado as Centrais de Marcação de Consultas-CMC como estratégia para operacionalizar e reorganizar o acesso dentro do Sistema de Saúde. As CMC funcionam como unidade administradora das consultas especializadas, originadas pelas unidades básicas de saúde dos Municípios, proporcionando para o gestor em saúde a possibilidade de avaliar, todos os procedimentos realizados no paciente e seu histórico clínico (BRASIL, 2016; NASCIMENTO et al., 2009).

As Centrais de Regulação também são consideradas como estratégia de efetividade do sistema de regulação em saúde, à medida que devem estar relacionadas com o território e a composição da RAS, uma vez que através delas as solicitações de atendimento são avaliadas, processadas, classificadas de acordo com o risco, sempre priorizando o agendamento da ação em saúde. Sua atuação envolve áreas de assistência hospitalar de urgência/emergência, consultas e procedimentos ambulatoriais pactuadas entre gestores estaduais, regional e municipal (NASCIMENTO et al., 2009).

O instrumento utilizado pela gestão como ferramenta de gerenciamento e operacionalização das Centrais de Regulação é o aplicativo de Sistema de Regulação (SISREG) capaz de articular-se com outros bancos de dados como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Tabela de procedimentos, medicamentos e OPM, Cartão Nacional de Saúde (CNS) dentre outros, com o papel de reestruturar e organizar o acesso à saúde, visto que, o sistema permite a monitorização, avaliação, planejamento e programação facilitando aos gestores métodos para resolubilidade da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O SISREG está difundido em três modelos de funcionamento: ambulatorial, internação hospitalar e procedimentos de alta complexidade/custo. O objetivo principal deste é distribuir serviços de saúde de forma hierarquizada, regionalizada e equânime, planejando os recursos de assistência, verificando o processo de pactuação entre os municípios, identificando os entraves entre a oferta e a demanda, disponibilizando as informações de procedimentos SUS de média e alta complexidade, como também agendar internações e atendimentos eletivos, controlando o fluxo de usuários na rede de saúde, identificando os motivos de cancelamento ou abstinência dos procedimentos marcados, dentre outros (BRASIL, 2006).

O cenário de autorização é a última ferramenta do processo de regulação, no qual todos os procedimentos do SUS de origem ambulatorial e internações hospitalares devem está baseado em protocolos assistenciais e clínicos. Já em casos de procedimentos eletivos de

outros municípios também devem ser avaliados e autorizados pelos mesmos critérios, no entanto seguindo a programação pactuada pelo município. Em casos de serviços de urgências e emergências, as internações devem ser autorizadas o mais rápido possível após a sua realização. Esse processo é executado pelo profissional regulador apto a classificar os usuários a partir de suas necessidades de saúde, seguindo o princípio de equidade, diante da escassez da oferta (BRASIL, 2016).

Assim, o processo de regulação permite a gestão regular o perfil assistencial, apontando suas potencialidades e fragilidades, como exemplo: estrangulamento de vagas, obtido pelo público maior de necessidades de saúde para uma porção limitada de profissionais atuantes no sistema. Em relação à consolidação do acesso e uso das tecnologias de saúde existentes para a população, ainda existem barreiras em questão de quantidade e habilidades de manuseio. Desta forma, o processo regulatório almeja à expansão da oferta, qualificação da utilização dos recursos assistenciais e financeiros, coibição de fluxos paralelos, permitindo a qualidade da ação dos serviços, da resposta adequada aos problemas clínicos e consequentemente a satisfação do usuário (VILARINS, 2010).

Logo, para que isso aconteça o fluxo da regulação deve estar baseado na informatização dos serviços, através de uma rede lógica que facilite todo o funcionamento operacional e que atenda as necessidades. O sistema nacional de regulação estabelece um fluxo para aquisição dos procedimentos especializados, devendo se iniciar na procura do usuário a USF, uma vez que em alguns municípios o prestador de serviço marca o procedimento desejado no próprio local ou envia a Central de Regulação onde são autorizados e agendados ou reservados (internação), retornando para a unidade solicitante que informa onde procedimento será realizado (BRASIL, 2006).

Portanto, o complexo regulador desenvolvido na perspectiva de gerenciar o número de vagas e a demanda em saúde de forma articulada e integrada, permite que a demanda torna-se mais próxima da necessidade dos usuários do SUS. Este complexo de maneira geral absorve o fluxo da atenção básica, média e alta complexidade, sendo estruturado pelos modelos do complexo regulador estadual, regional ou municipal, onde este pode envolver a gestão na integração dos dispositivos da regulação do acesso, através das centrais ambulatoriais, centrais de internação, como também ações de avaliação, auditoria, programação, planejamento e regionalização (BRASIL, 2006).

## 5.2 LIMITAÇÃO E EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO NO AMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Nos primórdios do Sistema Único de Saúde (SUS), estivemos diante de uma fragmentação da assistência em todo território brasileiro limitando a ação dos gestores estaduais em coordenadores e reguladores da rede de assistência. Em consequência ao desequilíbrio político-institucional foi necessário à implantação da Portaria nº 4.279/2010, pelo Ministério da Saúde estabelecendo diretrizes para o aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo como a finalidade de garantir a integração de ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção a saúde (LANDIN et al., 2020).

A proposta da RAS é articulação de serviços de saúde de variada densidade tecnológica através de um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão que tem o papel de reestruturação da rede de cuidado a saúde, no intuito de assegurar aos usuários procedimentos de qualidade (BRASIL, 2014). A consolidação da RAS é fundamental para formação de relações horizontais entre os níveis de atenção, principalmente com a atenção primária, considerada o local inicial de procura do usuário do SUS, observando as necessidades em saúde de cada população para garantir a atenção integral (ARRUDA et al., 2015).

O SUS visando à reorganização da saúde brasileira pretende formular a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que recebe apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composta por profissionais de variadas formações, almejando garantir a resolubilidade e eficácia da atenção primária. Nossa Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) abrange métodos de desenvolvimento da saúde assistencial, no âmbito individual e coletivo, regido pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social, baseando-se na promoção a saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

A reorganização da rede determina a expansão dos serviços e ações de saúde, a exemplo: expansão nos investimentos na área de infraestrutura, onde 70% das USF nas regiões do nordeste e sul passaram por dificuldades em infraestrutura, para um valor em 2005 de 15% USF em todo País em condições precárias em 2012; a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), contabilizar outro marco, promovendo qualidade no perfil profissional em aspecto de atendimento e formação de acordo com as necessidades de saúde da população (MENDONÇA, VASCONCELLOS, VIANA. 2008).

Para que a AB contribua de forma organizada e efetiva é necessário que ela cumpra algumas funções primordiais que em geral se resume em ser a base da descentralização, ter

resolutividade, coordenar o cuidado desde projetos terapêuticos para a população até a assistência básica em si, assim como guiar o fluxo dos usuários entre a Rede de Atenção através do acompanhamento e vínculo com a comunidade reconhecendo as necessidades e assumindo a responsabilidade pelo território (BRASIL, 2012).

No entanto, o retrato desses avanços está longe de expressar uma estratégia capaz e fundamental para transformação do SUS, pois para atingir a plenitude do sistema ainda são mínimas as mudanças atingidas ao longo do tempo para aperfeiçoar os serviços na capacidade de responder às necessidades de saúde. A organização do cuidado expressa fragmentações referentes às lacunas assistenciais dos serviços, onde as desigualdades na estrutura dos serviços são marcantes em função das características da região geopolítica e da cobertura de ESF (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Apesar dos avanços, “os profissionais possuem dificuldades em ofertar avaliação ampliada e integral a seus atendimentos, o que compromete a formação do vínculo e trabalho em equipe”. (GIL, 2006, p. 1179).

A distância no diálogo entre a população e profissionais de saúde interfere na geração de vínculo, na resolubilidade e no avanço das estratégias do sistema de saúde. A geração de saber na ligação entre usuários e profissionais torna-se fundamental nos avanços das estratégias da atenção básica na busca por qualidade do sistema de saúde.

Um estudo realizado no estado Paraíba por Protasio et al. (2014) mostra um resultado negativo na questão da comunicação entre os profissionais de saúde da atenção básica e especialistas, principalmente sobre as questões referentes aos pacientes encaminhados. Em muitas das unidades não há sequer uma relação dos contatos, telefone ou e-mail, fato que interfere no fluxo institucional de comunicação. O estudo ainda revela que muitas equipes desconhecem tal fluxo, fato que pode comprometer a integralidade e continuidade da assistência no que tange especialmente a busca do acompanhamento continua e resolubilidade dos casos. Para Coelho (2012, p. 140) “a essencialidade da geração de conhecimento e comunicação, da informação é fundamental para a autonomia dos atores, por isso deve-se incentivar a prática da educação em saúde como principal estratégia de ação”.

A limitação em investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é considerada até hoje uma barreira para organização do sistema de saúde, devido especialmente à restrição na relação entre as esferas de governo, uma vez que é notório o financiamento burocrático e fragmentado, tornando as ações insuficientes para viabilizar atividades planejadas, programadas e pactuadas pelas equipes da atenção básica (DAMACENO et al, 2020).

Assim, devido sua fragilidade os sistemas são mal alimentados pelos profissionais e gestão trazendo dificuldades na compreensão do fluxo assistencial e prejudicando o caminho do usuário pelo sistema (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Essa fragilidade da informatização dos serviços compromete a gestão do trabalho à medida que não oferece uma rede articulada dos fluxos operacionais ocasionando dificuldades para os profissionais em conhecer os entraves, gargalos, tempo de espera, e assim, escolher a melhor conduta de trabalho a executar no intuito de garantir melhor funcionamento do sistema. Sem esses dados, fica difícil realizar o atendimento imediato e direcionar o usuário para o setor que solucionará seu problema com mais agilidade e sem filas e demora no atendimento como um todo.

Ressalva-se, que a situação gerada pela falta de integração da central de regulação com a rede de atenção básica possibilita a ocorrência de diversas outras situações negativas que circundam especialmente o fato do profissional não conseguir identificar oferta e demanda de vagas e consequentemente fazer o cruzamento com os dados, culminando na perda da capacidade de agilidade dos serviços especializados e induzindo os usuários fragilizados socioeconomicamente a procurar os serviços de urgência para resolução de suas queixas. Assim, usuários do SUS acabam que fazendo uma permuta forçada para outro nível assistencial, garantindo a superlotação dos serviços de média e alta complexidade, fato que causa descontentamento da população, insatisfação e insegurança dos profissionais e usuários (BARBOSA S; BARBOSA B; NAJBERG, 2016; BARROS; AMARAL, 2017).

Logo, a atenção básica exercer papel importante na regulação assistencial, pois, com a crescente mudança do perfil epidemiológico da população muitas doenças crônicas tomam destaque, necessitando de um novo modelo de regulação em saúde, esse devendo valorizar a organização do cuidado a partir da atenção básica. É importante ainda destacar que não deve haver redundância do serviço garantido pela AB e posteriormente pela especializada, uma vez que as ações de cada nível assistencial devem se complementar e que oferta tecnológica deve ser desenvolvida adequadamente (BARROS; AMARAL, 2017).

Deve-se estimular a resolutividade da atenção básica permitindo redução da demanda para o nível secundário e terciário da saúde, a adoção de fluxos referenciados e aproximação do processo assistencial da comunidade, estabelecendo ao sistema de regulação a garantia de atendimentos nos diferentes níveis de complexidade, acesso dentro dos limites geográficos e integração dos serviços e práticas por meio da referência e contrar-referência na rede SUS (BRASIL, 2016; ASSIS E JESUS, 2012).

Para isso, faz-se necessário a contratualização pela gestão de reguladores e prestadores de serviços, para formulação de serviços em diferentes níveis de atenção a população (BRASIL, 2012).

O momento em que vivemos, frente às políticas públicas implantadas no Brasil considera-se que o processo de regulação está em constantes mudanças que circundam especialmente na garantia da proposta de equidade e oportunidade de qualidade para população aos serviços de saúde. Os mecanismos regulatórios são estruturados em complexos e centrais de regulação, que atuam por meio de demanda e oferta de procedimentos do SUS, com abrangência de serviços com fins de internação, consultas, exames especializados, cirurgias eletivas, urgência, entre outras. Sendo o sistema regulador órgão com ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação do usuário para aquisição dos procedimentos sobre a responsabilidade do Estado e outros sujeitos não estatais (BRASIL, 2016).

No entanto, é perceptível como ainda os desafios são significantes para atingir a resolubilidade do sistema, principalmente pelo perfil do profissional que se encontra fragilizado pela sua limitada qualificação em suas práticas no cuidado, deixando a rede de apoio sofrer dificuldades e consequentemente exibir a fragilização da rede assistencial, onde esta se relaciona à carência de diálogo dos serviços de saúde ou dos próprios profissionais que compõem o serviço, ainda evidencia-se que essa dificuldade de comunicação pode vincular-se ao modelo biomédico ainda presente, dificultando a execução de estratégias com base em reflexão e discussão sobre o processo de trabalho do serviço e das ações executadas (SOUZA et al., 2014; BATISTA e GONÇALVES, 2011).

O sistema de regulação para sua eficácia necessita de recursos humanos, operacionais e tecnológicos adequados, mas para isso deve-se investir em estratégias de combate aos entraves. Por isso, é preciso que os profissionais de saúde cumpram às necessidades de gestão, compreendendo os sistemas informacionais, normas e protocolos, no intuito principal de que os encaminhamentos sejam solicitados com a real necessidade do usuário, garantindo que a regulação excute sua função de promotora de saúde de forma efetiva e rápida (VILARINS, 2010).

Portanto, a consolidação e o aprimoramento do processo de evolução da Atenção Básica revelam necessidade de trabalhar à educação permanente para que através do processo de trabalho das equipes se possam ampliar a capacidade de intervir nas situações de forma mais criteriosa, resolutiva e eficiente, avaliando as condições reais e as necessidades da população. (BRASIL, 2012).



### 5.3 FACILITADORES ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E REGULAÇÃO EM SAÚDE

A constituição de 1988 diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Com a criação do SUS na década de 90 mudanças ocorreram durante o processo de evolução do sistema de saúde pública e sua relação com o Estado. A perspectiva ampliada do conceito saúde-doença e a criação da nova Política Nacional de Atenção Básica promovem Programas como o de Agentes Comunitários e a Estratégia de Saúde da Família, incluindo ainda o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o qual foi criado para apoiar e fortalecer as equipes de saúde da família na efetivação da rede, todas voltadas e utilizadas para melhorar a capacidade de resolutividade da Atenção Básica (CABRAL et al., 2016).

Sabe-se que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da atenção à saúde e que tem avançado cada dia mais na construção da melhoria da saúde pública no país, porém ainda há muito a avançar, pois a AB sozinha não é capaz de resolver todos os problemas e cada vez mais é imprescindível buscar conhecer quais os fatores que interferem na eficiência desse serviço, de forma a gerar uma saúde pública de qualidade, universal e resolutiva (CABRAL et al., 2016).

O conceito de resolutividade no modelo assistencial preconizado nos anos 80 estava ligado ao uso de equipamentos como uso de medicamentos, aparelhos de RX entre outros instrumentos com foco no pronto-atendimento. Nos modelos hierarquizados, a resolutividade é avaliada por dois aspectos principais (TURRINI, LEBRÃO, CESAR, 2008).

O primeiro está relacionado ao serviço e a forma satisfatória como o usuário recebe a resposta às suas necessidades, não sendo esta resposta diretamente à cura da doença, mas como o usuário foi acolhido, a maneira como sua situação foi conduzida na busca a aliviar suas dores não apenas físicas, mas como este usuário foi tratado a partir de uma visão ampliada, na busca por minimizar o sofrimento, a promoção e manutenção da saúde, incluindo ainda a capacidade de encaminhar os casos que carecem de atendimento especializado (TURRINI, LEBRÃO, CESAR, 2008).

O segundo está relacionado à resolutividade da questão em todos os aspectos dentro do sistema de saúde, iniciado na Atenção Básica até níveis mais equipados como a Atenção Secundária ou Terciária e a completa solução do problema (TURRINI, LEBRÃO, CESAR, 2008).

A Portaria Nº 1.645 de 2 de outubro de 2015 dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual é um programa que busca ampliar a capacidade da gestão em ofertar serviços de qualidade e de maior

acessibilidade atendendo as necessidades da população. O Programa é composto por três fases e um Eixo Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. A fase 1 é a Adesão e Contratualização, a fase 2 é a Certificação, a fase 3 é denominada Recontratualização e há ainda o Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB que é composto por: autoavaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal presencial e/ou virtual (BRASIL, 2015).

O monitoramento de indicadores de desempenho do PMAQ revela a situação sanitária e da saúde da população, desta forma estratégias e ações podem ser planejadas. Estes indicadores revelam resultados que dizem respeito ao acesso e continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, resolutividade e abrangência da oferta de serviços.

Todos estes aspectos estão relacionados a oferta de qualidade da Atenção Básica. A busca pela melhoria e resolutividade engloba vários fatores o que torna algo difícil de ser alcançado se não houver empenho de todos. Portanto, este não é apenas o papel da gestão, mas de todos os profissionais envolvidos em todas as esferas de cuidado e se faz necessário a participação da comunidade, para que diante do conhecimento adquirido sobre os serviços de cuidado a saúde, possa haver uma avaliação a oferta dos serviços visando relatar suas necessidades, suas queixas e sua satisfação diante do serviço e assim contribuir para novos avanços.

Um estudo com usuários no estado de São Paulo analisou dados dez anos após a coleta, o estudo utilizou um banco de dados de 1989/1990 e apesar de avanços no sistema de saúde os resultados desta análise revelou uma realidade não muito distante dos dias atuais. Entre os fatores analisados o de maior menção como não resolução do problema citado pelos usuários foi a não prescrição de medicamentos (TURRINI, LEBRÃO, CESAR, 2008).

Para os autores a não prescrição de medicamento e o não fornecimento gratuito pode gerar insatisfação, devido especialmente à condição socioeconômica da clientela, podendo não ter condições de compra e considerar como problema não resolvido, porém este fato reflete ainda a organização dos serviços e recursos da gestão para fornecê-los (TURRINI, LEBRÃO, CESAR, 2008).

Assim, é importante conscientizar e informar sobre os tratamentos adequados, considerando a visão ampliada da saúde e o papel do usuário no cuidado desta, uma vez que a população ainda é muito habituada a questão medicamentosa e considera como não resolutivo a não prescrição de medicamentos, fato este que permanece atualmente apesar dos avanços no sistema de saúde.

No estudo realizado por Cabral et al. (2016) foram identificados através de entrevistas realizadas com profissionais da atenção primária a saúde alguns fatores que contribuem de forma positiva ou negativa para eficiência dos serviços da atenção básica no Brasil.

Entre eles o acesso, não apenas na questão da localização geográfica, mas até mesmo a falta de vínculo entre profissional e comunidade, assim como também fatores facilitadores do acesso e da resolutividade, como a busca ativa, visita domiciliar, acolhimento, agendamento de consulta e a presença do agente de saúde nessa ligação, criando um vínculo entre o usuário e o serviço ofertado na unidade de saúde, o que mostra que a ausência destes profissionais e a falta de capacitação dificultam o acesso e a resolutividade (COSTA et al. 2014).

Entre os fatores citados por Cabral et al. (2016) constam ainda a integralidade do cuidado e a descentralização dos sistemas de saúde. Na busca pelo cuidado resolutivo é imprescindível que a equipe multiprofissional esteja completa para planejar e executar ações na Estratégia de Saúde da Família e no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), pois quando incompleta dificulta o cuidado (COSTA et al. 2014).

Outro aspecto importante para a resolutividade da atenção básica diz respeito ao uso dos protocolos de encaminhamento pelos profissionais de saúde da atenção básica para a rede especializada no que se refere as orientações e prescrição de solicitações para áreas de cardiologia, reumatologia, ortopedia, ginecologia, cirurgia torácica, pneumologia, urologia, proctologia e ainda endocrinologia e nefrologia.

Tais protocolos orientam a priorização dos casos com necessidades de encaminhamento e contribuem na organização do processo de trabalho das equipes no cuidado aos usuários, implicando não apenas na resolutividade da atenção básica, como em todo resultado positivo dentro do sistema de saúde, com diminuição das filas de espera, gerando uma redução de gastos, uma vez que estes passam a ser direcionados a fim de ampliar e melhorar o atendimento.

Na Paraíba o estudo realizado por Protasio et al. (2014) revelou um resultado negativo quanto a existência de protocolos de encaminhamentos que orientam para a priorização de casos. Para Santiago et al. (2013) este fato pode contribuir de forma negativa no aspecto da acessibilidade, devido a insatisfação do usuário, visto que o não uso de protocolos e diretrizes gera um número excedentes de encaminhamentos aumentando o tempo de espera, o que o deixa insatisfeito, mesmo o usuário considerando a localização geográfica de forma positiva. É extremamente importante que a AB consiga organizar os fluxos, utilizando as ferramentas disponíveis para alcançar a sua resolutividade (BRASIL 2017).

Diante disso, um dos indicadores do PMAQ que permite verificar o nível de resolutividade é o percentual de encaminhamentos para serviço especializado, com o objetivo de identificar as necessidades específicas, melhorando a oferta dos serviços. Ao avaliar os encaminhamentos para serviços especializados espera um percentual de 5% a 20% de encaminhamentos médicos para serviço especializado/mês o que garante a minimização da sobrecarga do sistema regulador (BRASIL 2017).

Os exames complementares no SUS fortalece a integração entre os níveis de atenção à saúde e fazem parte do diagnóstico, considerando que a porta de entrada no sistema de saúde recebe os usuários que procuram por vários serviços como prevenção de doenças por imunização, diagnóstico, tratamento de doenças e acompanhamento como no caso das doenças crônicas, planejamento familiar, recebimento de medicamentos, exames de rastreamento e encaminhamentos para serviços especializados (PIMENTEL et al. 2011).

Por isso, conhecer o perfil da demanda é de extrema importância para fundamentar políticas, traçar estratégias para suprir as necessidades da população e solucionar os problemas da comunidade atendida (FRIEDLANDER, GUIMARÃES, FABICHACKI, 2016).

Vale lembrar que o cuidado através do acompanhamento médico por um longo período com geração de solicitação de exames implicará no retorno à consulta, por isso a importância de avaliar a real necessidade e qual exame é necessário para fechar o diagnóstico e dar início ao tratamento para se evitar a solicitação de exames em série (CAPILHEIRA, SANTOS, 2006).

Nesse sentido, os exames complementares são de grande importância, porém uma elevada demanda por este serviço enfrenta a dificuldade da baixa oferta de exames complementares o que dificulta o diagnóstico (PIMENTEL et al. 2011).

Por isso, se faz necessário a anamnese detalhada, o diálogo, a escuta qualificada e a utilização de protocolos e diretrizes para que o número de encaminhamentos não gerem um aumento exacerbado na fila de espera, reforçando o nó crítico do sistema.

Todos esses fatores implicam na resolutividade e na avaliação positiva dos usuários do Sistema Único de Saúde, daí a importância de se conhecer o perfil da demanda e refletir sobre as questões envolvidas de forma que tal conhecimento possa ser discutido e contribuir para tomada de decisões acerca de avanços para o sistema de saúde no Brasil.

A portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, almejando principalmente otimizar o serviço de saúde. A

PNEPS é uma estratégia que planeja promover transformações nas práticas de trabalho com base em reflexões críticas, propondo a ligação entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o conhecer/aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2014).

No entanto, ainda hoje encontra-se desafios na consolidação da educação permanente, pois estimular a responsabilidade dos profissionais em seu processo de capacitação para que possam transferir suas práticas para os demais colaboradores do serviço é um aspecto desafiador, por isso é necessário que a educação permanente seja transformada aproximando a teoria com a prática, tornando o processo mais sistematizado e participativo e sempre utilizando o próprio espaço de trabalho para fazer pensar e o fazer como instrumentos fundamentais do aprender e do trabalhar (BARTH; GERMANI, 2008).

Ou seja, a política de educação permanente tem por finalidade causar uma mudança no perfil desses profissionais da área de saúde, abrindo à mente deles e os fazendo perceber a importância de saber lidar com a equipe multidisciplinar de forma interdisciplinar, o que por vezes não acontece, logo, a troca de conhecimentos se torna mútua, de maneira descentralizada e fundamentada, assim a educação permanente vem para qualificar esse profissional em mais um quesito (BARTH; GERMANI, 2008).

Nesta perspectiva, a educação permanente em saúde se estabelece pela ação e reflexão da realidade vivida no cotidiano de serviços dos trabalhadores da saúde com a finalidade de transformar a realidade, na qual a interação entre teoria e prática deveria ocorrer como uma exigência. Logo, ao trabalhar a qualificação desses colaboradores devemos ter o aspecto multiprofissional e interdisciplinar para que esse aprendizado seja transferido para o cuidado ao usuário de maneira integral (SILVA et al., 2010).

Precisamos lembrar que acima de tudo a educação permanente é também um processo educativo que possibilita o surgimento de um espaço para pensar e fazer no trabalho, com destaque para o papel fundamental das instituições de saúde no desenvolvimento de forma permanente das capacidades de seus profissionais, o qual contribui para o bem-estar social do mesmo (AMESTOY et al., 2008).

A educação permanente através do processo de trabalho das equipes, é importante para que possam ampliar a capacidade de intervir nas situações de forma mais criteriosa e resolutiva, eficiente e eficaz, avaliando as condições e reais necessidades da população. Essa realidade evidencia a necessidade da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, uma estratégia da gestão com intuito de reestabelecer novos perfis de atuação e fortalecimento do SUS. Sua implantação é considerada uma proposta de

qualificação profissional que contribui para a transformação do cuidado e consequentemente da resolubilidade das práticas de saúde.

Os gestores estão atentos ao processo de atualização profissional e como pauta principal a concepção do processo de trabalho e educação, no qual o objetivo da gestão seria promover uma visão crítica e reflexiva sobre o próprio processo de trabalho das equipes e do próprio município, com intuito de que os profissionais reconheçam o potencial formativo do trabalho e se reconheçam como orientadores da formação de novos trabalhadores do SUS (ALBUQUERQUE et al., 2013; BATISTA e GONÇALVES 2011).

E, considerando que cada profissional tem seu papel como articulador no processo regulatório, a gestão em saúde através de educação permanente incentiva à atuação multiprofissional integrada, esse envolvimento permite contribuições no processo de trabalho dos profissionais que fazem parte da estratégia de saúde da família, como também na procura dos serviços regulados, pelo reflexo da atuação da equipe na população, promovendo a expansão da ESF e consequentemente o fortalecimento do exercício do sistema regulador por meio do nível primário e pela gestão municipal (FERREIRA et al., 2016).

O olhar diferenciado dos profissionais de saúde que fazem parte da equipe da ESF é primordial no intuito de acolher o usuário, orienta-lo referente ao fluxo de acesso, documentação necessária e no caso dos profissionais solicitantes de procedimentos fazer uma boa triagem para prescrição do encaminhamento de forma eficiente fortalece o serviço público (BRASIL, 2016). À medida que os profissionais da atenção primária proporcionam a prevenção de agravos como ponto chave da sua estratégia de cuidado, evita o adoecimento e recupera a confiança do usuário pelo diagnóstico precoce evitando assim o excesso de demanda.

Esse processo de orientação e encaminhamento de forma eficaz é adquirido pelo incentivo ao rastreamento e mapeamento dos serviços ofertados na atenção primária em fluxo e abrangência, pois o profissional que conhece seu território é capaz de determinar qual protocolo de acesso deve utilizar, por isso, a necessidade de trabalhar os protocolos durante as capacitações em saúde, visto que sua aplicação permite à resolubilidade neste nível de assistência.

O uso dos protocolos de encaminhamento pela atenção básica disponibilizada pelo MS possibilita ações relacionadas à cardiologia, reumatologia e ortopedia, ginecologia, cirurgia torácica, pneumologia, urologia, proctologia e ainda endocrinologia e nefrologia. Tais protocolos orientam a priorização dos casos com necessidades de encaminhamento e contribuem no planejamento do processo de trabalho das equipes no cuidado aos usuários,

implicando não apenas na resolubilidade da atenção básica, como em todo resultado positivo dentro do sistema de saúde, com diminuição das filas de espera, gerando uma redução de gastos, uma vez que estes passam a ser direcionados a fim de ampliar e melhorar o atendimento (PROTASIO et al., 2014).

Os protocolos operacionais de regulação quando não utilizados comprometem a avaliação clínica, visto que sua utilização é uma alternativa que garante o acesso à assistência e a qualidade do atendimento aos pacientes (BARROS; AMARAL, 2017).

Mas vale lembrar que o cuidado através do acompanhamento médico por um longo período com geração de solicitação de exames implicará no retorno à consulta, por isso a importância de avaliar a real necessidade e qual exame é necessário para fechar o diagnóstico e dar início ao tratamento evitando a solicitação de exames em série (CAPILHEIRA, SANTOS, 2006).

Deste modo, os serviços de função regulatória em parceria com os profissionais atuantes na ESF vêm garantir o direito à saúde, acesso universal e integral, além do uso adequado dos recursos disponíveis do SUS, além de qualidade na prestação dos serviços e resposta às necessidades de saúde da população (LIMA et al., 2013).

Considerando que cada profissional tem seu papel como articulador no processo regulatório, a gestão em saúde através de educação permanente incentiva à atuação multiprofissional integrada, onde esse envolvimento permite contribuições no processo de trabalho da saúde da família, como também na procura dos serviços regulados, pelo reflexo da atuação da equipe na população, promovendo a expansão da ESF e consequentemente o fortalecimento do exercício da ação regulatória pela atenção primária e pela gestão municipal (FERREIRA et al., 2016).

Em 2004, por meio da Portaria Nº 198/2004, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde com o objetivo de melhorar a resolubilidade do serviço. Esta com melhoria das relações entre educação e trabalho em saúde, procurando minimizar as lacunas entre pensar e agir, integrando habilidades teóricas e práticas. Sempre houve essa busca pelo aprimoramento da aprendizagem, possibilitando profissionais de saúde qualificados para a assistência, em posse de entendimento sobre o SUS e sua rede assistencial em que atuam (PAIVA; BANDEIRA, 2019).

A gestão municipal vem trabalhando no processo de capacitação em saúde pela implantação da PNEPS, uma estratégia da gestão com intuito de reestabelecer novos perfis de atuação e fortalecimento do SUS. Sua implantação contribui para a transformação e a

qualificação dos profissionais da atenção básica e consequentemente melhoria da atenção especializada. Assim, os gestores estão atentos ao processo de atualização profissional e como pauta principal a concepção do processo de trabalho e de educação (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Considerando promover uma visão crítica e reflexiva sobre o próprio processo de trabalho das equipes e do próprio município, é importante analisar dentro do seu contexto as suas limitações com intuito de reconhecerem o potencial formativo do trabalho e se reconhecer como orientadores da formação de novos trabalhadores do SUS (BATISTA e GONÇALVES 2011). Em meados da década de 1970, o Brasil, apresenta as residências médicas pelo decreto nº 80.281 como uma estratégia pedagógica de formação do profissional médico e os demais trabalhadores que fazem parte da equipe.

No final da década de 70, surge a primeira residência multiprofissional com a proposta de valorizar o trabalho da equipe multiprofissional que compõe a rede de assistência, desta forma atua na ampliação da assistência e prestando cuidado integrado à saúde da população principalmente na rede básica, ultrapassando a assistência focada no cuidado médico ao corpo biológico” (MIOTO et al., 2012). A partir dos anos 1980, ocorreram mudanças no sistema de saúde nas áreas de recursos humanos contemplando alterações em modalidades de contratação de trabalhadores, como também a organização e composição das equipes de trabalho (SILVA; ARAUJO, 2019).

No Brasil, as demandas de contratação que incidem sobre o SUS apresenta-se com uma gestão descentralizada, onde o trabalho em equipe incentiva a implantação da qualificação profissional com o papel de aprimoramento do serviço (SILVA; ARAUJO, 2019).

O programa de residência multiprofissional enquanto ferramenta de gestão busca refletir acerca do processo territorial a qual encontra-se inserida. Ao refletir sobre as ações desenvolvidas, conseguimos realizar problematizações de mudanças no modelo de atenção em saúde existente, que supera o modelo biomédico e conservador de tempos passados ainda presentes no território. A prática da residência na comunidade busca mudanças na formação dos trabalhadores em atuação nas equipes de unidades de saúde para atuação diferenciada no SUS (PAIVA; BANDEIRA, 2019).

Portanto ao elaborar uma estratégia de educação permanente buscamos reorganizar os serviços públicos embasando-se nos princípios do SUS, como à integralidade em saúde que através de uma equipe de profissionais em formação juntamente com aqueles provenientes do serviço restabelece uma nova prática de diagnóstico e recursos terapêuticos para além dos



aspectos físicos ou biológicos, uma vez que um dos pilares do programa é justamente promover o processo saúde-doença em todos os aspectos biopsicossocial. Em geral o que se pretende é contribuir para criação de espaços facilitadores para prática profissional por meio da interação das relações institucionais, interpessoais e com os usuários (SILVA; ARAUJO, 2019).

No estudo de Domingos; Nunes e Carvalho (2015) o programa de residência influencia de forma positiva as equipes de saúde. Foram percebidos alguns benefícios provenientes dessa troca de conhecimento e suporte nas tomadas de decisão entre profissionais, desde a capacidade dos profissionais em enfrentar as problemáticas de saúde do usuário até a possibilidade do desenvolvimento de um plano de ação estabelecido.

Considera-se que os residentes são apoio aos profissionais atuantes no serviço de prestação do cuidado, possibilitando melhoria a exemplo da facilidade no encaminhamento de pacientes para outros serviços, uma vez que antes todos os usuários eram direcionados para o serviço especializado, ocasionado uma sobrecarga da demanda e transtornos nos serviços, já com a presença da residência em saúde o diagnóstico começou a ser qualificado observando outras maneiras de garantir o cuidado sem necessitar fazer encaminhamentos desnecessários que dificulta o processo de cuidado (DOMINGOS; NUNES, CARVALHOS, 2015).

O trabalho de forma compartilhada busca a construção de novos saberes de forma coletiva por meio da interação entre residentes e trabalhadores diante do enfrentamento das problemáticas do processo de trabalho. Nesse contexto assumimos a responsabilidade de refletir sobre possíveis mudanças nas ações que não estão bem firmadas. Essa aproximação da teoria com a realidade do trabalho estabelece motivação para construção de conhecimento e aplicação na realidade do sujeito e do serviço (DOMINGOS; NUNES E CARVALHO; 2015).

#### 5.4 MODELO EM DECISÃO EM SAÚDE: MÉTODO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

A regressão logística é uma técnica que tem por finalidade produzir um modelo que permita a estimação de valores tomados por uma variável categórica binária (dicotômica), a partir de uma série de variáveis explicativas, levando em conta um conjunto de observações (GARSON, 2010).

O processo de análise de dados está ligado diretamente a previsão, ou seja, consiste em prever um atributo com base nos valores de outros atributos. Essa previsão nada mais é que uma construção de um modelo para a variável dependente em função das variáveis

independentes. A regressão logística por sua vez, é uma das técnicas que fazem essa modelagem de previsão, onde a sua principal característica é o fato de que sua variável dependente é categórica e geralmente dicotômica. Como por exemplo, falha ou sucesso, ter algo ou não ter, logo, indica dois possíveis valores ou categorias (GONÇALVES, 2013).

Ela é comumente utilizada para avaliar a probabilidade de ocorrência de determinado evento, assim como a influência de cada variável independente no evento abordado, que é o que o presente estudo propõe.

A eficiência dessa técnica facilitou sua aplicação nas mais diversas áreas do conhecimento, desde ciências médicas, a estudos de mercado, intenção de voto, avaliação de crédito e outras, abrangendo assim sua aceitação entre os usuários de outras técnicas de mineração, se tornando uma poderosíssima ferramenta na análise de dados categóricos (MESQUITA, 2014).

Esse método de regressão é utilizado na resolução de diversos problemas de resposta binária. Naturalmente que, a qualquer experiência está sempre associada condicionantes aleatórias que não podemos controlar e fatores conhecidos, cujo efeito contribui para a presença ou ausência da característica do estudo.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 TIPO ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório, não experimental de natureza transversal. A pesquisa analisa o registro de informações do sistema de regulação e posteriormente interpretar os fatos de interferência do pesquisador com a finalidade de buscar e descrever situação em detalhe, permitindo abranger características de indivíduo, situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos (OLIVEIRA, 2011).

### 6.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no município/capital de João Pessoa, principal centro financeiro e econômico do estado da Paraíba, abrangendo uma rede de cuidado em saúde (RAS) distribuída em cinco Distritos Sanitários (DS), com o objetivo de organizar a rede assistencial e garantir à população acesso aos serviços básicos, especializados e hospitalares.

Cada DS está responsável por uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e suas necessidades, e os recursos de saúde para atendê-la. Em nível de atenção primária a população pessoense conta com 199 Equipes de Saúde da Família; Serviços de Atendimento Domiciliar (SAD); Consultório na Rua e Academia da Saúde. Entretanto, quando o usuário não consegue resolver suas necessidades no local de atendimento, o mesmo é direcionado para outro nível de complexidade da rede de cuidado.

Todavia todos os serviços independentes da complexidade possuem o apoio administrativo e técnico dos DS. É nesse local que os procedimentos SUS regulados são incorporados no sistema de regulação, desta forma cada USF direciona sus encaminhamentos regulados para o distrito a qual está cadastrada e assim o processo de regulação acontece.

Os serviços disponibilizados em nível secundário são exemplos de procedimentos regulados, a exemplo da assistência ofertada as em Policlínicas Municipais ou Privadas, que ofertam consultas médica especializa e exames complementares, além de serviços para tratamento do tabagismo, vacinas, testes rápidos para detecção de infecções sexualmente transmissíveis, eletrocardiograma, serviço de atenção domiciliar, entre outros. Em nível terciário estão como referência o Hospital Geral Santa Isabel; Hospital Valentina Figueiredo; Instituto Cândida Varga e Complexo Hospitalar Mangabeira.

Como o estudo busca uma análise do sistema regulador a partir da atenção básica os distritos é o local que após a Central de Regulação garante maior nível de informação através dos Polos de Regulação sobre os procedimentos regulados de João Pessoa. Ressalvo que nosso processo se limitou apreciação do território a nível de Polo Regulador ao primeiro tempo de espera do usuário, pois as demais etapas de tempos de espera demais não poderão ser repassadas pela inflexibilidade do sistema. No entanto, verificar a primeira fase ainda é relevante, pois compreender os entraves de um sistema em construção, se faz necessário em qualquer fase, pois garante uma melhoria da assistência após apreciação dos resultados.

### 6.3 LOCAL DE COLETA DE DADOS

A local para coleta de dados ocorreu no Polo da Central de Regulação municipal dos Distritos Sanitários (DS) III, IV e V, no período de fevereiro e março de 2022. É nesse cenário que se constata a necessidade de contextualizar o sistema de regulação em saúde no processo de trabalho da atenção básica como coordenadora do cuidado, no intuito qualificar o cuidado em saúde e garantir acesso aos usuários do município à assistência especializada.

### 6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo da pesquisa são todos os usuários de serviço especializado com solicitação no SISREG para diagnóstico de doença osteomuscular. A amostra atribui-se ao subconjunto de usuários que necessitam do serviço especializado de origem osteomuscular, sendo esta aleatória sistemática, selecionada a partir dos bancos de dados referentes as Unidades de Saúde da Família dos distritos sanitários III, IV e V, do município de João Pessoa – PB.

### 6.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A primeira etapa do estudo é baseada na análise do processo de marcação de procedimento especializado, que são definidos como aqueles encaminhamentos em espera após a chegada no setor para avaliação da disponibilidade de vagas e conclusão dos trâmites da digitação.

O estudo baseou-se em Roteiro de Pesquisa desenvolvido pelo pesquisador responsável da pesquisa, no qual envolve a coleta de informações quantitativas de ficha de

encaminhamento que contemple os objetivos do estudo. Ressalta-se que para o estudo, foi utilizado apenas análise documental sendo organizado em três partes: inicialmente foi realizada uma abordagem exploratória descritiva sobre o perfil dos participantes do estudo, posteriormente trazendo questões investigativas do processo de adoecimento e por fim contempla as variáveis que foram utilizadas para analisar o reflexo do sistema regulador no incentivo da melhoria na qualidade da assistência (Quadro 1).

**Quadro 1.** Organização das variáveis

| <b>Parte 1. Variáveis explicativas Descritivas</b>                                                       |                                     |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| <b>Variável</b>                                                                                          | <b>Categoria resposta</b>           | <b>Escore atribuído</b> |
| Idade                                                                                                    | -                                   |                         |
| Sexo                                                                                                     | Masculino                           | 1                       |
|                                                                                                          | Feminino                            | 2                       |
| Procedimentos                                                                                            | Consulta                            | 1                       |
|                                                                                                          | Exames                              | 2                       |
| <b>Parte 2. Variáveis relacionadas aos encaminhamentos digitalizados no SISREG contidos em relatório</b> |                                     |                         |
| Consultas                                                                                                | Neurologista                        | 1                       |
|                                                                                                          | Reumatologista                      | 2                       |
|                                                                                                          | Ortopedista                         | 3                       |
| Exames                                                                                                   | Tomografia computadorizada          | 1                       |
|                                                                                                          | Ressonância Magnética               | 2                       |
|                                                                                                          | Ultrassom                           | 3                       |
| Unidade Solicitante                                                                                      | USF Integrada com Residência Médica | 1                       |
|                                                                                                          | USF Integrada sem Residência Médica | 2                       |
| DISTRITO SANITÁRIO                                                                                       | DS III                              | 1                       |
|                                                                                                          | DS IV                               | 2                       |
|                                                                                                          | DS V                                | 3                       |
| Tempo de espera                                                                                          | Ate 45 dias                         | 1                       |
|                                                                                                          | Maior que 45 dias                   | 2                       |

|             |                                      |   |
|-------------|--------------------------------------|---|
| Diagnóstico | Alteração articular                  | 1 |
|             | Alteração degenerativa               | 2 |
|             | Alterações musculares e ligamentares | 3 |
|             | Síndrome álgica                      | 4 |
|             | Alterações nos nervos                | 5 |

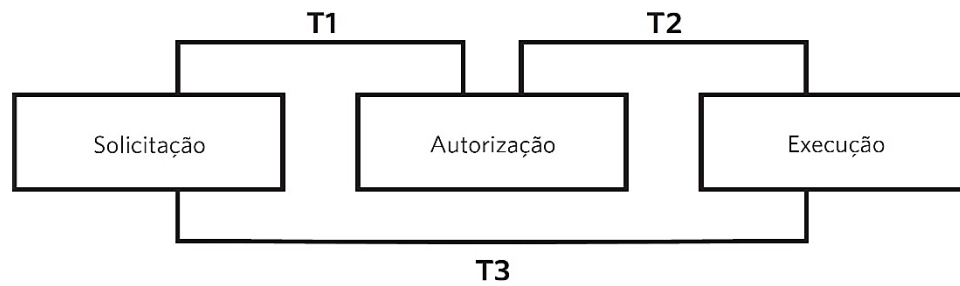
Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A coleta de dados foi realizada nos Polo de Regulação, por meio da análise manual de cada arquivo das USF's de abrangência distrital que já foram digitalizadas e aguardam autorização ou recusa. A seleção dos encaminhamentos foi realizada a partir da disponibilidade da gestão em ofertar os documentos para participação da pesquisa, considerando, CID de origem musculoesquelética, tipo de procedimento, perfil de unidade solicitante e tempo de solicitação. Ressalva-se que apenas as fichas de origem osteomuscular foram selecionadas para verificação.

Foram selecionados como critério de inclusão dados de prescrições referentes às USF's Integradas do município de João Pessoa que estejam relacionados com consultas e exames por disfunções osteomusculares. Como critério de exclusão não será contabilizado solicitações que não se adequem ao proposto no estudo.

Nesse trabalho, a variável tempo de espera para o agendamento do exame/consulta especializada foi considerada como variável de desfecho e buscou-se avaliar sua relação com as demais variáveis explicativas (quadro 1) avaliadas no modelo, foram as seguintes: idade do paciente; sexo do paciente; tipo de procedimento especializado; consulta especializada solicitada; exame especializado solicitado; Se a Unidade de saúde da família solicitante possui integração com residência médica; Distrito sanitário e diagnóstico do paciente.

Espera-se com o modelo de regressão logística identificar a significância e relevância das variáveis explicativas com o desfecho tempo de espera na resolubilidade do sistema regulador, sob a ótica dos encaminhamentos solicitados por médicos. O tempo de espera estudado está entre a solicitação e a data do agendamento do procedimento (T1), pois os demais tempos de espera, ou seja, tempo de espera de autorização e execução (T3) e tempo de solicitação até a execução (T3) não foi ofertado pelo serviço, restringindo os dados da pesquisa.

**Figura 1.** Fluxo do tempo de espera do sistema regulador

**Fonte:** Regulação (2022)

Desta forma, nosso estudo ficou restrito a análise do primeiro tempo de espera parte inicial do processo de regulação dos procedimentos SUS e após uma análise exploratória dos dados amostrais da variável optou-se por definir um ponto de corte de 45 dias, de modo que se o prazo de agendamento é de até 45 dias considerou-se que houve incentivo para a resolubilidade do encaminhamento. E caso o prazo de agendamento seja superior a 45 dias considerou-se que não houve incentivo para a resolutividade do encaminhamento.

Isso foi realizado através do modelo de regressão logística, onde a variável resposta é o tempo de espera para agendamento da consulta/exame especializada, que foi dicotomizada assumindo os seguintes valores: 1, indicando que o tempo de espera foi de até 45 dias e 0, indicando que o tempo de espera foi superior a 45 dias (Quadro 2).

**Quadro 2.** Variável desfecho dicotomizada

| Variáveis        |                        | Categorias Resposta                                | Escores atribuídos |
|------------------|------------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| TEMPO DE ESPERAR | Menor ou igual 45 dias | Incentiva a resolubilidade dos encaminhamentos     | 1                  |
|                  | Maior que 45 dias      | Não Incentiva a resolubilidade dos encaminhamentos | 0                  |

Fonte: Dados da Pesquisa (2021)

## 6.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISADORA

A pesquisa respeita as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no qual os dados deverão ser analisados através da base de dados do SISREG do Sistema de Regulação municipal, sendo coletados após aprovação do sistema CEP-CONEP.

O acesso ao sistema e consequentemente aos encaminhamentos aconteceu após aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMSJP). Em seguida o pesquisador responsável com apresentação do Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD e após receber a aprovação do sistema CEP começará o armazenamento dos relatórios em programa computacional, para que posteriormente seja realizada uma análise estatística sobre os dados.

Desta forma, todos os princípios éticos instituídos foram respeitados no que se refere à privacidade, sigilo e a legitimidade das informações fornecida, garantindo o respeito e a segurança de todos os envolvidos no estudo, considerando todos os princípios da ética em pesquisa.

## 6.7 ANÁLISES DOS DADOS

A análise dos dados foi estruturada em duas etapas: a primeira está relacionada à análise exploratória e a segunda à modelagem estatística, visando identificar quais os principais fatores relacionados ao tempo de espera que influenciam na resolutividade da regulação em saúde sobre ótica da qualidade da atenção básica no município de João Pessoa na Paraíba. Ou seja, o modelo de regressão buscou identificar, a partir dos encaminhamentos presentes no polo da regulação em cada distrito sanitário, quais seriam os entraves do sistema e sua melhor forma de para obtenção de uma atenção primária mais qualificada, segundo o acesso aos serviços de atenção básica, a eficiência, os resultados em saúde, a satisfação do usuário e dos profissionais em saúde.

Para a análise dos dados, as variáveis obtidas foram inseridas em uma plataforma do *Microsoft Excel* e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no *software* estatístico IBM SPSS (versão 26.0, IBM Corporation, Armonk, New York, USA). Em seguida, foram excluídas as informações qualitativas observadas no encaminhamento, considerando que o objeto de estudo seria apenas a análise quantitativa.



A escolha por analisar apenas os dados quantitativos, justifica-se pelo fato do acesso ao sistema ser considerado limitado, não sendo possível correlacionar as informações da justificativa do procedimento pelo profissional solicitante (único dado qualitativo) na influência sobre o incentivo de sucesso ou insucesso do encaminhamento, pois o acesso aos dados autorizados ou recusados foram negados pela gestão, permitindo a coleta apenas da fase inicial do processo de regulação dos procedimentos.

Em seguida, foi feita a limpeza nos dados, realizando a codificação do banco, a partir de um dicionário pré-estabelecido, sendo inserido no software aplicativo do tipo científico SPSS. Após a limpeza, o banco analisado constava com 642 usuários. Após a organização do banco de dados, realizou-se a análise exploratória buscando descrever o comportamento das principais variáveis através de tabelas, gráficos e medidas estatísticas relevantes.

### **6.7.1 Regressão Logística**

Seguindo para a etapa de modelagem da resolutividade do sistema regulador em função das características logísticas e gestão dos recursos da equipe da atenção básica, optou-se pela utilização do modelo de regressão logística, onde temos a variável resposta de origem binária, de modo que a análise dos encaminhamentos tem o propósito de responder se o tempo de espera incentiva (ou não incentiva) a melhoria da otimização dos encaminhamentos para possível autorização e consequentemente sucesso do sistema regulador. Assim, o tempo de espera foi classificado em uma dessas duas alternativas, da forma como foi descrita no Quadro 2.

A regressão logística é a técnica de modelagem estatística utilizada e que permite calcular a probabilidade de um evento ocorrer, sendo suas variáveis distribuídas em forma nominal, ou seja, quando não existe ordem em relação às categorias independentes (FIGUEIRA, 2006). As variáveis dependentes são binárias, ou seja, assume apenas duas respostas, enquanto a independente pode assumir variáveis categóricas ou não, sempre buscando responder as variáveis dependentes em duas respostas que segue 0 ou 1.

No qual o valor 1 é atribuído quando temos sucesso do evento analisado e 0 quando obtêm-se fracasso do evento, seguindo a probabilidade de Bernoulli. Deve-se salientar que o valor de resposta desejado sempre é 1, pois pretende-se minimizar os erros e consequentemente descreve uma menor curva de representação.

Conforme o modelo proposto uma função logarítmica foi desenvolvida para calcular a chance de melhoria na resolubilidade dos encaminhamentos a partir do tempo de espera para agendamento do procedimento especializado ( $Y=1$ ) ou não promover melhoria com ( $Y=0$ ), a partir da equação:

$$P(Y = 1) = \frac{1}{1 + e^{-g(x)}} \quad (1)$$

**onde:**

$x_1, \dots, x_k$  são as variáveis explicativas que estão relacionadas linearmente com os parâmetros  $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k$

$\epsilon$ : erro que segue uma distribuição binomial.

Nesse trabalho, a variável resposta  $Y$  assume valores:  $Y=1$ , o que significa que o tempo de espera para agendamento contribui para resolatividade dos encaminhamentos; ou  $Y=0$ , o que indica que o tempo de espera para agendamento não influencia na resolatividade dos encaminhamentos. Estimando as probabilidades de  $Y=1$  e  $Y=0$ , definidas como  $p=P(Y=1)$ , que é a probabilidade de sucesso, e  $p=P(Y=0)$ , que é a probabilidade de fracasso.

$$g(x) \rightarrow +\infty, \text{ então } P(Y=1) \rightarrow 1$$

$$g(x) \rightarrow -\infty, \text{ então } P(Y=1) \rightarrow 0$$

A probabilidade do evento acontecer pode ser determinada por uma variável dependente  $Y$  que apresenta valores (1 ou 0) em relação ao conjunto de  $p$  variáveis independentes  $X_1, X_2, \dots, X_k$ , para chegar em uma equação de  $(-\infty)$  para  $(+\infty)$  foi necessário fazer uma equação logarítmica, sendo escrito da seguinte forma:

$$\text{logit}(p_i) = \ln\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_{1,i} + \dots + \beta_k x_{k,i}. \quad (2)$$

onde,  $g(x) = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_k X_k$

Os coeficientes  $B_0, B_1, \dots, B_k$  são estimados pelo método da máxima verossimilhança, que representa as variáveis explicativas de variáveis independentes não enviesados maximizando a probabilidade da amostra ter sido observada.

Seguindo para processo de interpretação observa-se que o log odds ratio que estuda a probabilidade (chance) de um evento acontecer em um grupo e também em outro grupo, assemelha-se com a proposta da regressão logística. Então é possível adquirir uma interessante interpretação dos resultados logísticos a partir do Odds Ratio, representado na formula:

$$p_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 x_{1,i} + \dots + \beta_k x_{k,i})}}, \quad \text{ou} \quad \exp(\beta_i) = \frac{\frac{p(x+1)}{1-p(x+1)}}{\frac{p(x)}{1-p(x)}}, \quad (3)$$

Logo, se  $OR > 1$ , supõe-se que acréscimo de uma unidade na i-ésima variável proporcionará a probabilidade de sucesso do evento, mas, se  $OR < 1$ , o acréscimo de uma unidade na i-ésima variável proporcionará um insucesso do evento.

Além da facilidade na interpretação dos parâmetros do modelo logístico, serão utilizados também os seguintes critérios para seleção do melhor modelo:

- Teste F será a estatística qui-quadrado da RV – Teste Omnibus;
- $R^2$  de Nagelkerke;
- $R^2$  de Cox-Snell;
- Testes de significância dos parâmetros;

Portanto, para avaliar modelos utiliza-se a forma de derivação de medidas com a função de determinar a ‘qualidade’ do modelo. Sendo a acurácia uma das medidas usadas, onde definimos o número de instâncias corretas divididas pelo número total de instâncias. Para avaliar a acurácia do modelo, é necessário avaliar os erros e acertos de classificação do modelo, a partir de estipulação do ponto de corte para a probabilidade estimada de sucesso ou fracasso. Logo, para definir ponte de corte de forma adequada é utilizada a curva ROC, com a função de evidenciar o limiar entre taxas de acertos e taxas de erros do classificador definido pelo modelo.

#### 6.7.1.1 Seleção das variáveis para o estudo

A construção do modelo de regressão múltipla ocorre após todas as decisões relativas para inclusão ou exclusão de variáveis serem devidamente corroboráveis nas bases científicas.

Aquelas que foram incluídas no modelo de inúmeras variáveis não associadas à variável dependente, teve o modelo ajustado a todas as variáveis, induzindo a diminuição na influência das variáveis associadas à variável dependente e à distribuição de sua influência pelas variáveis redundantes.

As variáveis independentes omitidas tiveram efeito sobre a variável dependente sendo distribuído para outras variáveis no modelo, o que polariza seus coeficientes, atribuindo significância a variáveis que estavam associadas com as variáveis omitidas, mas não com a variável dependente, aumentando o erro. As variáveis explicativas aplicadas estão apresentadas no Quadro 3.

**Quadro 3.** Variáveis explicativas aplicadas

| <b>Nome da variável</b> | <b>Descrição das Variáveis</b>                                   |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Exames                  | Tomografia computadorizada<br>Ressonância Magnética<br>Ultrassom |
| DISTRITO<br>SANITÁRIO   | DS III<br>DS IV<br>DS V                                          |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021)

Para o estudo, o teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para a verificação da distribuição de normalidade das variáveis quantitativas, verificando-se que, tanto a variável “idade”, quanto a variável “tempo de espera” possuíam distribuição do tipo não-normal ( $p < 0,05$ ). Após a caracterização da amostra por meio de estatística descritiva, o tempo de espera para o encaminhamento médico foi dicotomizado em “0-45 dias” e “acima de 45 dias”, sendo essas classificações codificadas para a análise estatística como “1 (Otimização da resolutividade do encaminhamento)” e “0 (Não otimização da resolutividade do encaminhamento)”, respectivamente.

Sequencialmente, foram realizadas as análises por meio de regressão logística binária, univariada e múltipla, sendo essa última ajustada pelo método de stepwise/backward. O critério para inserção das variáveis conjuntamente para o ajuste no modelo múltiplo foi o p-valor ao nível de 0,30 e, para a permanência no modelo ajustado final, o p-valor ao nível de 0,05.

Continuando, também realizamos a análise da matriz de classificação, denominada de matriz de confusão, onde as linhas da matriz representam os valores previstos para o modelo e as colunas representam os valores observados. Após o ajuste do modelo, foi realizado o teste

de adequação de Hosmer-Lemeshow e foi gerada a matriz de confusão dos casos com os respectivos valores preditivos de acurácia, sensibilidade e especificidade.

Logo, a Acurácia é a proporção total de predições corretas. É dada por:  $Acurácia = (VP + VN) / N$ , onde N é o tamanho da amostra. A Sensibilidade é a proporção de verdadeiros positivos.  $Sensibilidade = VP / (VP + FN)$ . A Especificidade é avalia a capacidade de o modelo prever um indivíduo como evento de insucesso ( $Y=0$ ), dado que o evento de insucesso ( $Y=0$ ).  $Especificidade = VN / (VN + FP)$ .

**Quadro 4.** Matriz de Confusão.

| Valor Predito | Valor Observado          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
|               | Y=1                      | Y=0                      |
| Y=1           | VP (verdadeiro positivo) | FP (falso positivo)      |
| Y=0           | FN (falso negativo)      | VN (verdadeiro negativo) |

## 7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O serviço de regulação municipal é responsável pelo gerenciamento da oferta de procedimentos da rede municipal de saúde e rede conveniada e contratada pela determinação de classificação de risco para a definição das prioridades. Nossas vagas são ofertadas para João Pessoa e outros 222 municípios da Paraíba, por meio de pactuação (PMJP, 2022).

De forma geral, a porta de entrada para marcar procedimentos especializados é a Atenção Básica, por meio das equipes de saúde da família, que encaminham para a Central de Regulação a requisição de agendamento para que sejam digitalizados e posteriormente avaliados e autorizados para sua execução (PMJP, 2022).

### 7.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva permitiu a discussão sobre a influência do Tempo de Espera para marcação de Procedimentos SUS na resolutividade do Sistema de Regulação, sob a ótica dos profissionais de saúde da Atenção Básica, em Unidades de Saúde da Família Integradas com especialidade de residência médica ou não, dos distritos sanitários III, IV, V do município da Paraíba.

A pesquisa é composta por 642 usuários cadastrados em USF's integradas com residência médica e USF's integradas sem residência médica dos distritos sanitários III, IV e V do município de João Pessoa – PB. Destes, a maior parte do sexo feminino 68,5% e 31,5% do sexo masculino, pode-se observar na tabela 1 que a maior concentração de concentração de usuários de ambos os sexos é na faixa etária de 40 a 60 anos, apontando uma média de idade de 53 anos.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra em Idade e Sexo.

| Idade                  |            | Sexo      |          | Total |
|------------------------|------------|-----------|----------|-------|
|                        |            | Masculino | Feminino |       |
| Faixa etária pelo sexo | 0  -- 20   | 16        | 25       | 41    |
|                        | 20  -- 40  | 31        | 52       | 83    |
|                        | 40  -- 60  | 95        | 224      | 319   |
|                        | 60  -- 80  | 54        | 124      | 178   |
|                        | 80  -- 100 | 6         | 14       | 20    |
| Total                  |            | 202       | 439      | 641   |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Os resultados corroboram com o estudo de Santos et al (2015) que ao analisar a faixa etária argumenta que a procura de pessoas acima de 40 anos aos serviços de saúde pode estar associada a presença de doenças crônicas que necessitam de constante acompanhamento e prescrição de exames e consultas especializadas, o que difere do público mais jovem que possivelmente apresentam doenças mais agudas demandando poucas consultas médicas, quando comparados com as outras faixas etárias provavelmente por não adoecer frequentemente. Outra situação pode está na disponibilidade de tempo para acesso aos serviços, onde o indivíduo jovem tem menos tempo devido a ocupação de trabalho ou estudo.

A tabela 2 corrobora com exposto por Santos et al (2015), quando argumenta o predomínio de consultas e exames na faixa etária de 41 a 60 anos.

**Tabela 2:** Distribuição da amostra em Idade e Procedimento

| Idade                                |            | Procedimento |       | Total |
|--------------------------------------|------------|--------------|-------|-------|
|                                      |            | Consulta     | Exame |       |
| <b>Faixa etária por procedimento</b> | 0  -- 20   | 34           | 7     | 41    |
|                                      | 20  -- 40  | 46           | 37    | 83    |
|                                      | 40  -- 60  | 157          | 162   | 319   |
|                                      | 60  -- 80  | 90           | 88    | 178   |
|                                      | 80  -- 100 | 12           | 8     | 20    |
| Total                                |            | 339          | 302   | 641   |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Hoje existe uma prevalência de patologias não transmissíveis a exemplo de afecções metabólicas e osteomusculares que na grande maioria se relaciona ao processo do envelhecimento, logo pode-se justificar uma maior concentração desse público em atendimento em relação aos mais jovens. Outra situação que vale salientar é a facilidade de acesso por apresentarem maior tempo livre devido o fato de serem aposentados em grande maioria, assim essa faixa etária consegue se adaptar aos horários das equipes de saúde da família, tendo mais disponibilidade de procurar atendimento (PIMENTEL et al., 2011).

E quando fazemos a associação da variável sexo com procedimentos constatamos que o sexo feminino é o que mais utilizar os serviços de saúde em ambos os serviços, por isso a maior concentração desse público na amostra do estudo (figura 3).

**Tabela 3:** Distribuição da amostra em Sexo e Procedimento

| Sexo         | Procedimento |       | Total |
|--------------|--------------|-------|-------|
|              | Consulta     | Exame |       |
| Masculino    | 90           | 112   | 202   |
| Feminino     | 249          | 190   | 439   |
| <b>Total</b> | 339          | 302   | 641   |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022)

Essa questão da variável sexo pode-se também estar relacionada a situações históricas e culturais, onde as mulheres procuram mais frequentemente pelos serviços de saúde, especialmente em nível primário. Quando associamos os resultados presentes com a demanda nos dados dos Estados Unidos apresentamos similaridade de resultados mesmo estando diante de uma realidade cultural, econômica e territorial distinta. Resultados semelhantes a esse estudo foram encontrados também em duas cidades da China (SANTOS et al., 2015).

Outro ponto importante para justificar a predominância das mulheres em USF's em relação à procura masculina pode estar associada a inflexibilidade da jornada de trabalho ou pelo seguro social, doenças preferencialmente agudas, baixa procura em método de prevenção. Logo a concentração feminina em serviços de saúde em todos os níveis de atenção, é bem estabelecida pela literatura (PIMENTELET al., 2011).

De acordo com a variável “Procedimentos SUS” presente no banco de dados pode-se observar que houve predominância de solicitação pelos médicos para Consultas especializadas com total de 339 equivalendo 53% da amostra e em relação ao total de exames especializados de 302 representando 47% da amostra, como ilustrado na tabela 4.

**Tabela 4.** Classificação segundo Procedimento SUS

| Procedimento | N%        |
|--------------|-----------|
| Consulta     | 339 (53%) |
| Exames       | 302 (47%) |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Entre as atribuições médicas atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) está à realização de encaminhamentos para serviços especializados respeitando os fluxos assistenciais com o objetivo de solucionar a necessidade do usuário. Porém o sistema de regulação apresenta fragilidades do acesso pelo médico da ESF a desenvolver a coordenação do cuidado ao usuário, pois a regulação possui dificuldades em função do reduzido conhecimento ou da inabilidade do sistema de saúde, retardando ou mesmo impedindo o



acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados, comprometendo a integralidade do cuidado (SILVEIRA; CAZOLA e PÍCOLI, 2018).

Investir a qualificação do profissional no âmbito da APS e da regulação em saúde pode promover maior resolutividade com melhor gestão do cuidado, pois muitos problemas de saúde considerável dos encaminhamentos podem ser solucionados na própria atenção primária, mas sua baixa resolutividade incentiva as filas de espera para a atenção especializada dificultando e retardar o acesso de casos prioritários (SILVEIRA; CAZOLA e PÍCOLI, 2018).

Ainda de acordo com os Procedimentos do SUS podemos detalhar esses valores pelo perfil de unidade de saúde, logo às consultas especializadas em USF com residência médica diz respeito a um percentil de 56% em relação às USF sem residência com 43%, uma diferença de 12% entre ambas. E em relação aos exames complementares apresentaram um valor em USF com residência de 58% de solicitações em oposição a 42% de USF sem residência (tabela 4).

Deve-se ressaltar que os polos de regulação não conseguem mensurar o número de prestadores conveniados a cada USF, como também a quantidade de usuário atendidos pelo mesmo mensalmente, pois essas informações são de responsabilidade de outros setores distritais. Logo, os dados contidos no sistema regulador correspondem a solicitação geral de médicos por consultas e exames por unidade de saúde. Então a classificação da solicitação basear-se ao perfil do usuário sem relação com a quantidade de prestadores presentes.

**Tabela 5.** Perfil das USF's segundo os Procedimentos SUS

| <b>Procedimento</b> | <b>Residência médica</b> | <b>N/ %</b> |
|---------------------|--------------------------|-------------|
| Consulta            | Sim                      | 362 (56%)   |
|                     | Não                      | 279 (43%)   |
| Exames              | Sim                      | 172 (58%)   |
|                     | Não                      | 132 (42%)   |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

O médico residente é um profissional que vem sendo incorporado na equipe de saúde com o objetivo de otimizar a resolutividade da atenção básica. Há muitos anos os profissionais atuantes são considerados desatualizados e com pouco potencial para resolver as demandas existentes, sendo que esse “complexo de inferioridade” por alguns médicos chega a ofuscar o seu real papel dentro da instituição de saúde. Os médicos da família são melhores

capacitados para lidar com queixas inespecíficas, possibilitando a promoção da saúde (STARFIELD, 2002).

A percepção negativa de muitos residentes que fazem seus estágios em unidades de saúde da família possibilita o desenvolvimento de uma medicina em unidades precárias com baixa tecnologia, profissionais pouco qualificados e pouco resolutivos, transformando a rede especializada local de solução de todos os problemas. Este quadro, somado a atrativa oferta do mercado privado para especialistas do nível secundário, faz com que a Medicina de Família e Comunidade seja a última opção entre os estudantes e quando o fazem permanecem com um olhar limitado pela influência do setor que trabalham e comunidade que assistem (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Logo é importante refletir que em nosso país, os cuidados em saúde ainda são basicamente técnico-científico, em exames e consultas o que incentiva o olhar de valorização dos pacientes em práticas apenas biomédicas como forma de prevenção e recuperação da saúde. A pressão do paciente sobre o médico para solicitação de serviço especializado é situação de grande influência em nossos serviços de saúde e está associada à valorização histórica e cultural do paciente a concepção biomédica.

Assim, o médico ver no encaminhamento uma forma de minimizar as situações desgastantes com esse paciente, produzindo um efeito 'terapêutico', tranquilizando-o gerando a percepção que está conseguindo evoluir de grau de complexidade no sistema de saúde e que isso trará melhorias. Deparamo-nos também com realidade de presença de paciente que vão à unidade de saúde para transcrição de exames após consultas particulares com especialistas, situação que gera um conflito para o médico da família, que, por um lado reconhece as limitações do serviço público e por outro se ver reforçado em muitas ocasiões, pelo modelo assistencial (FIGUEIREDO et al., 2017).

Diante dessa realidade, podemos ter a interferência do tempo de espera para o agendamento dos procedimentos no sistema SISREG como um predisposto ou não a qualidade do serviço. Em nosso estudo obteve uma mediana de 24 dias de espera, sendo o mínimo de 1 dia e o máximo de 830 dias.

Ao trazer a tabela 6 observa-se que 483 (75,4%) dos pacientes que se enquadraram dentro da classificação de “Incentiva a melhoria da resolutividade do encaminhamento em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados”, aguardando de 0 a 45 dias para o encaminhamento médico, e 158 (24,6%) aguardaram mais de 45 dias, sendo classificados como “Não incentiva a resolutividade do encaminhamento em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados”.

**Tabela 6.** Procedimentos em dias de marcação

| <b>Tempo</b>     | <b>Percentual %</b> |
|------------------|---------------------|
| <b>0 a 45</b>    | 75.4%               |
| <b>45 a mais</b> | 24,6%               |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Ao relacionar o tempo de espera pelas consultas e exames especializados percebe-se uma diversidade em diferentes sistemas de saúde pelo mundo. Na Itália, o período de espera entre o agendamento e autorização variaram de 49 a 224 dias; em contrapartida em Ontário, Canadá, o tempo já reduziu para 41 dias. Em estudo realizado no Brasil a distribuição do tempo entre solicitação e autorização (em dias) das consultas e exames especializados foram em 2014 e 2016, respectivamente, no município de Marechal Floriano de 409 e 1.054 dias (FARIAS et al., 2019).

Em consequente, os valores obtidos assemelham-se com estudos anteriores que analisa apenas o tempo de espera da solicitação do médico pelo procedimento e sua inserção no sistema regulador. Quando se observa por esse ângulo os resultados sugere um desfecho positivo dos encaminhamentos no sistema de regulação e que nosso município está conseguindo ser resolutivo em sua assistência à saúde. No entanto, não podemos generalizar os resultados para as demais fases, ou seja, não podemos considerar que existe permanência de resolubilidade nas etapas de autorização e execução do procedimento.

Por esse motivo se torna importante compreender o tempo que o usuário passar na fila de espera de procedimentos, pois quando verificamos esse tempo identificamos os impactos no prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, além de ser um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população, fazendo crescer as listas de espera e podendo chegar até anos para atendimento do usuário (PENG et al, 2016)

Assim, refletimos que a possibilidade de combater as fragilidades levará a diminuição do tempo de espera e facilitaria a agilidade para execução das consultas e exames, principalmente aqueles com grau de prioridade, visto que um tempo de espera longo diminui a produtividade e eficiência e aumenta os custos do serviço prestado.

Portanto, reduzir o tempo de espera é um dos principais desafios dos gestores públicos, pois sabemos que a atenção básica não consegue solucionar todos os problemas de saúde de forma satisfatória, sendo necessários aparatos especializados para garantir a continuidade do cuidado. E como coordenadora do cuidado deve direcionar o fluxo do usuário pela rede

respondendo às demandas e necessidades atuais e futuras junto com o sistema regulador (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015).

Na tabela 7, observa-se o detalhamento das especialidades clínicas e consequentemente dos exames complementares em relação ao tempo de espera em dias para agendamento no SISREG. A especialidade médica em Reumatologia (n=179, 27,9%) apresenta uma demanda superior, seguindo a de ortopedia (n=104, 16,2%) e por fim Neurologia com (n=56, 8,7%). No que se refere aos exames complementares temos uma predominância de agendamento para Ressonância Nuclear Magnética (n=141, 22%), seguido de Ultrassonografia (n=97, 15,1%) e Tomografia Computadorizada (n=64, 10,0%).

**Tabela 7.** Relação das consultas e exames pelo tempo de espera

| <b>Consulta</b>            | <b>N / %</b> |
|----------------------------|--------------|
| Reumatologia               | 179 (27,9%)  |
| Ortopedia                  | 104 (16,2%)  |
| Neurologia                 | 56 (8,7%)    |
| <b>Exames</b>              |              |
| Ressonância magnética      | 141 (22,0%)  |
| Ultrassonografia           | 97 (15,1%)   |
| Tomografia computadorizada | 64 (10,0%)   |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

O sistema de saúde brasileiro possui dificuldades de garantia de acesso na atenção de média e alta complexidade do SUS, no qual podemos citar a organização do sistema, ao financiamento em saúde, à disponibilidade de profissionais médicos e à relação com o setor privado (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017). O aumento da demanda por procedimentos médicos especializados é um problema presente no SUS, sendo comum a existência de filas de espera, causando um tempo de espera de meses ou até mesmo anos, gerando atraso no diagnóstico e tratamentos (FARIAS, 2019).

Segundo Bernardi, Albiero e Helena (2021) afirma-se que os profissionais de saúde e as equipes de marcadores já consideram o longo tempo de espera como algo corriqueiro dentro do sistema regulador, principalmente para especialidades com baixo número de vagas disponíveis. Eles argumentam que o tempo de espera do usuário após a consulta para o agendamento do procedimento pode contribuir para o aumento de faltas aos atendimentos, piorando o estado de saúde dos usuários ou permitindo a tentativa de resolução dos seus problemas de saúde por outras vias.

Essa situação demarca uma alta demanda reprimida por consultas especializadas causando um tempo longo de espera, alta sobrecarga de responsabilidade e atribuições para os municípios no que se refere ao acesso aos serviços, quanto no financiamento para atenção especializada. Portanto será possível identificar discrepâncias entre municípios maiores com maior concentração de estabelecimentos de saúde, densidade tecnológica, maior capacidade de financiamento e de gestão do sistema em relação a municípios menores guiado por baixa capacidade instalada e sobrecarga fiscal na gestão do sistema (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017).

Percebe-se que reumatologia e a ressonância nuclear magnética são procedimentos médicos que se destaca na espera de autorização pela regulação. Essa situação pode ser explicada por vários fatores, desde a seu papel no diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas ao sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo, sua atuação envolve articulações, tendões, ossos, coluna, músculos e doenças autoimunes que agredem órgão do corpo. Mas é importante ressaltar a necessidade do conhecimento do profissional sobre as características dos serviços de referência e sempre que possível redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade ou menor demanda (MELO, 2017).

No que tange os procedimentos de medicina nuclear, como exames complementares para o diagnóstico, a situação é mais delicada, pois a ressonância magnética e tomografias por raios X são classificados pelo SUS como sendo de alta complexidade, ou seja, são tecnologia de alto custo. E segundo estudo realizado entre o período de 2008 a 2012 a oferta de prestadores para essas vagas são baixas, equivalendo 415 estabelecimentos autorizados e em uso no Brasil, isso ressalva como o serviço é pouco distribuído pelo país e por isso o tempo de espera para agendamento ainda é alto. O cenário privado é que auxilia nesse processo se associando ao SUS oferecendo 30% de sua oferta, o que é contrário no SUS que os locais que disponibilizam só possuem 30% sendo necessário esse auxílio privado com fins na grande maioria lucrativo (POZZO et al., 2014).

Logo, sabemos que o serviço especializado, é um lugar com grandes dificuldades, em especial ao acesso a ele, pois fragilidades no modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Básica nos diversos lugares são situações ainda presentes no sistema regulador (BRASIL, 2016).

## 7.2 ANÁLISE DO MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Considerando o ano de 2022, o sistema de regulação municipal apresenta um modelo logístico e de gestão ainda com entraves, mediante a persistência de um fluxo fragmentado ocasionado pela dificuldade no trânsito dos documentos, pequena quantidade de digitadores para a população, encaminhamento mal formulados pelos profissionais de saúde e poucas ofertas de vagas para alguns serviços.

Conforme supracitado, foram analisados os encaminhamentos referentes a consultas e exames especializados de origem osteomuscular para considerar ter havido (ou não ter havido) otimização da resolutividade do encaminhamento em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados na atenção básica, resultante da implantação do sistema regulador em nosso município, considerando as quatro subdimensões (Procedimento, Diagnóstico, Residência Médica e Distritos).

Dessa forma, foi ajustado o modelo de regressão logística, onde foi considerado como variável resposta o tempo de espera dicotomizado em função das variáveis que explicam a forma como ocorreu a utilização do fluxo regulador em nosso município.

A regressão logística é uma técnica que avalia a probabilidade de obtenção de uma das categorias da variável dependente, essa é capaz de obter a probabilidade de ocorrência de um determinado evento, bem como a influência de cada variável independente no evento estudado, conforme observado na Tabela 8. A Tabela apresenta o resumo do caso em estudo, onde 641 encaminhamentos foram inclusos na análise, representando 100% de toda a amostra, não havendo valores faltantes (*missing*).

**Tabela 8.** Relação do estudo de caso

| <b>Não Ponderado</b>                      | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------------|----------|----------|
| Casos Seleccionados Inclusos nas Análises | 641      | 100      |
| Casos Perdidos                            | 0        | 0        |
| Total                                     | 641      | 0        |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

A Tabela 9 apresenta a codificação utilizada na modelagem, após a caracterização da amostra por meio de estatística descritiva, o tempo de espera para o encaminhamento médico foi dicotomizado em “0-45 dias” e “acima de 45 dias”, sendo essas classificações codificadas para a análise estatística como “1 ( Incentiva a resolutividade do encaminhamento)” e “0 (Não incentiva a resolutividade do encaminhamento)”, respectivamente.

Utilizamos esse tempo de espera para codificação dos resultados, pois foi considerado a margem de erro referente a previsão de marcação dos procedimentos de acordo com a amostra, logo fico sugestivo que o tempo médio para a regulação municipal seja o tempo estipulado de 45 dias para mais e para menos, o classificador mais adequados dos avaliados (30 dias e 60 dias) para os pedido de solicitação e aquisição de vaga no sistema.

**Tabela 9.** Codificação da variável resposta

| <b>Valores Originais</b>       | <b>Valores Internos</b> |
|--------------------------------|-------------------------|
| Não Incentiva a resolubilidade | 0                       |
| Incentiva a resolubilidade     | 1                       |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

As variáveis explicativas (ou independentes) utilizadas no modelo são apresentadas na Tabela 10. O interesse é avaliar as variáveis significativas dentre as relacionadas que possam ser preditoras do tempo de espera na população pesquisada. Notou-se que dentre os dados analisados foi observada apenas sua iniciativa a resolatividade ou não iniciativa a resolatividade, não sendo informado o seu nível de complexidade no momento.

**Tabela 10.** Variáveis explicativas

| <b>Nome da variável</b> | <b>Descrição da variável</b>                                                                                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Idade                   | Idade do paciente                                                                                                 |
| Sexo                    | Sexo do paciente                                                                                                  |
| Procedimentos           | Consultas e Exames especializados                                                                                 |
| Consultas               | Neurologista, Reumatologista e Ortopedia                                                                          |
| Exames                  | Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada e Ultrassonografia                                              |
| Diagnóstico             | Disfunção articular, Alteração degenerativa, Lesão muscular e ligamentar, Síndrome Álgica e Alteração dos Nervos. |
| Unidade de Saúde (USF)  | USF com residência médica e USF sem residência médica                                                             |
| Distrito Sanitário (DS) | DS III, DS IV e DSV                                                                                               |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

### 7.2.1 Análise de Regressão Logística para a melhoria da resolubilidade dos encaminhamentos SUS

Inicialmente foi avaliado o modelo para a melhoria da resolutividade dos encaminhamentos em função dos preditores elencados anteriormente. Quanto à melhoria da resolutividade dos encaminhamentos em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados, para um total de 641 em análises consideradas no ajuste, encontraram-se 477 respostas afirmativas quanto à influência para a melhoria da resolutividade dos encaminhamentos no sistema regulador e 164 para o não incentivo.

O modelo foi estimado através do método de estimação Backward Stepwise onde inicialmente é analisado o modelo completo com todos preditores, e num procedimento iterativo passo a passo, as variáveis não significativas para explicar o evento de interesse são descartadas do modelo.

Além disso, foram calculados os coeficientes de determinação ( $R^2$ ) de dois tipos: o  $R^2$  de Cox & Snell, por exemplo, apontou 0,204 da variabilidade dos dados enquanto o  $R^2$  de Nagelkerke apresentou 0,304, indicando que a proporção da variação explicada pelo modelo apresenta um ajuste razoável aos dados amostrais.

O teste qui-quadrado conjunto para os coeficientes do modelo indicou que o modelo é adequado (P-Value = 0,000), ou seja, ao menos um dos preditores é útil para explicar o evento de interesse. O modelo apresentou as seguintes estatísticas:  $-2.\log\text{-verossimilhança} = 569,402$  e proporcionou predições que classificaram corretamente em 79,9% dos casos, de modo que o mesmo pode ser considerado bem ajustado aos dados empíricos da pesquisa.

Foram realizadas estimativas dos parâmetros de todas as variáveis, as quais são: Idade, Sexo, Procedimento, Tipos de Consultas e Exames, Residência médica e Distrito Sanitário, sendo considerado o nível de significância de 0,10 para inserção e remoção das variáveis no modelo. Posteriormente avaliamos o modelo final usando o nível de significância de 0,05.

Assim, as variáveis significativas para o modelo foram aquelas que foram significativas ao nível  $\alpha = 0,05$  para os dados disponíveis são elas: Tipo de Exame e Distrito Sanitário. O modelo é apresentado na Tabela 11. As outras variáveis foram descartadas do modelo, por serem consideradas não significativas para modelar a probabilidade do evento de interesse que é o incentivo para a resolutividade do sistema.



**Tabela 11.** Tabelas de Frequências para as variáveis explicativas, segundo o desfecho “Incentivo da resolatividade do encaminhamento”, João Pessoa-PB, Brasil. 2022.

| <b>Variável</b>                      | <b>Incentiva a resolubilidade</b> | <b>Não Incentiva a resolubilidade</b> |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
|                                      | n /<br>mediana<br>(p25 – p75)     | n /<br>mediana<br>(p25 – p75)         |
| <b>Idade</b>                         | 53,00<br>(43,00 – 62,00)          | 53,00<br>(43,00 – 61,00)              |
| <b>Sexo</b>                          |                                   |                                       |
| Masculino                            | 157                               | 45                                    |
| Feminino                             | 326                               | 113                                   |
| <b>Procedimento</b>                  |                                   |                                       |
| Consulta                             | 223                               | 106                                   |
| Exames                               | 250                               | 52                                    |
| <b>Consulta</b>                      |                                   |                                       |
| Neurologia                           | 41                                | 15                                    |
| Reumatologia                         | 131                               | 48                                    |
| Ortopedia                            | 62                                | 42                                    |
| <b>Exames</b>                        |                                   |                                       |
| Tomografia                           | 55                                | 9                                     |
| Ressonância                          | 127                               | 14                                    |
| Ultrassom                            | 67                                | 30                                    |
| <b>Diagnóstico</b>                   |                                   |                                       |
| Alteração articular                  | 193                               | 54                                    |
| Alteração degenerativa               | 27                                | 4                                     |
| Alterações musculares e ligamentares | 237                               | 90                                    |
| Síndrome álgica                      | 21                                | 8                                     |
| Alterações nos nervos                | 5                                 | 2                                     |
| <b>Residência médica</b>             |                                   |                                       |
| Com                                  | 270                               | 92                                    |
| Sem                                  | 213                               | 66                                    |
| <b>Distrito</b>                      |                                   |                                       |
| 3                                    | 212                               | 32                                    |
| 4                                    | 184                               | 22                                    |
| 5                                    | 87                                | 104                                   |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

**Tabela 12.** Classificação do Tempo de Espera

| Tipo de Procedimento | Tempo (em dias) |               |                               |                 |
|----------------------|-----------------|---------------|-------------------------------|-----------------|
|                      | Média           | Desvio Padrão | Intervalo de Confiança de 95% |                 |
|                      |                 |               | Limite Inferior               | Limite Superior |
| Neurologia           | 36,09           | 20,87         | 30,50                         | 41,68           |
| Reumatologia         | 45,18           | 51,62         | 37,57                         | 52,80           |
| Ortopedia            | 50,13           | 44,34         | 41,51                         | 58,76           |
| Tomografia           | 21,56           | 38,67         | 11,90                         | 31,22           |
| Ressonância          | 23,94           | 74,03         | 11,61                         | 36,26           |
| Ultrassom            | 47,11           | 58,88         | 35,25                         | 58,98           |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

**Tabela 13.** Modelo de Regressão Logística Estimado

| Variáveis Explicativas | B      | S.E. | Wald   | Df | Sig. | Exp(B) |
|------------------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Distrito (D5)          |        |      | 97,823 | 2  | ,000 |        |
| Distrito (D3)          | 1,992  | ,245 | 65,897 | 1  | ,000 | 7,330  |
| Distrito (D4)          | 2,249  | ,277 | 65,899 | 1  | ,000 | 9,482  |
| Consulta (Exame)       |        |      | 15,646 | 3  | ,001 |        |
| Consulta neurologia    | -,977  | ,450 | 4,719  | 1  | ,030 | ,376   |
| Consulta reumatologia  | -1,072 | ,353 | 9,208  | 1  | ,002 | ,342   |
| Consulta ortopedia     | -1,469 | ,375 | 15,352 | 1  | ,000 | ,230   |
| Exame ressonância      |        |      | 15,698 | 2  | ,000 |        |
| Exame tomografia       | -,567  | ,492 | 1,332  | 1  | ,249 | ,567   |
| Exame ultrassom        | -1,510 | ,389 | 15,085 | 1  | ,000 | ,221   |
| Constante              | ,856   | ,315 | 7,369  | 1  | ,007 | 2,355  |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

No modelo estimado observou-se que as seguintes variáveis foram consideradas não significativas ao nível de significância de 5%: sexo do paciente, idade do paciente e se a Unidade de Saúde da Família possui Residência Médica. Por esse motivo, essas variáveis foram excluídas do modelo. Ao analisar sexo e idade, observa-se que as mulheres de faixa etária mais elevada queixam-se mais dos sintomas das doenças crônicas que os homens e consequentemente procuram os serviços de saúde com mais frequência, no entanto suas necessidades clínicas em grande parte não é solucionada, sendo obrigatória o encaminhamento para outros serviços.

Esse fato pode ser explicado pelas dificuldades que os grupos de usuários com doenças crônicas possuem em adquirir um cuidado longitudinal e contínuo desta forma os profissionais não conseguem priorizar os protocolos de encaminhamento que devem encaminhar, visto que todos precisam de uma atenção. Ressalvando as consequências negativas sobre a qualificação do vínculo, este ocasiona aumento da demanda e retardo ao acesso a vagas de procedimentos e até mesmo aos medicamentos necessários (SILOCCHI e JUNGE, 2017).

Quando analisamos o perfil das unidades de saúde observamos que a presença do médico residente não influencia na resolutividade dos encaminhamentos, situações pode relaciona-se, primeiramente não conseguir determinar quantos residentes foram avaliados em relação a médico da grade municipal, engessamento dos demais profissionais que fazem parte da equipe dificultando o diálogo que influencia o progresso da assistência e não se pode esquecer da baixa estrutura tecnológica local.

Logo, percebe-se que ter ou não médico residente na USF não garante mudanças significativas das práticas do cuidado, deixando a rede de apoio persistir com dificuldades e consequentemente limitações da rede assistencial (SOUZA et al., 2014; BATISTA e GONÇALVES, 2011). Assim, podemos associar a realidade de nossa comunidade com o exposto por Justino, Oliver e Melo (2016) traz em seu estudo uma visão da atenção básica ainda com baixa de recursos financeiros, estrutural, tecnológico e principalmente com pouco investimento na qualificação de profissionais.

Sabe-se que no Brasil, não é necessária formação além da graduação em medicina para atuar na atenção primária, ocasionando uma concentração de profissionais sem qualificação na área influenciando muitas vezes os demais. E assim impactos negativos no processo de cuidado acontecem sobrecarregando os níveis secundário e terciário com um alto número de encaminhamentos de pacientes (REBOLHO et al., 2021).

Outra situação pode ser explicada pelo estudo como de Justino; Oliver e Melo (2016) que sugere a concentração de residentes médicos baixas e mal distribuídas não sendo suficiente para conseguir vencer as barreiras culturais e estruturais do setor primário. E para mudança no processo do cuidado é fundamental um maior recrutamento desses profissionais para que se consiga incentivar e transformar o processo de trabalho dos demais seguimentos da saúde e não adaptar-se à realidade com suas fragilidades e retardar a otimização do serviço.

Ainda Barros e Amaral (2017) discorrem sobre a influência de investimento no setor logístico e gestacional para consolidação do sistema regulador, uma vez que esta pauta ainda em seus gargalos evidenciados no cotidiano em saúde. Também Silveira et al (2018)

corroborar que resolutividade do cuidado não depende apenas da atuação dos profissionais da atenção primária, mas, de todos profissionais dos outros níveis assistenciais.

A avaliação da atenção à saúde se sucede do julgamento das potencialidades sobre suas ações finais nos diversos níveis de complexidade, com a finalidade medir os graus de resolubilidade, qualidade, humanização, satisfação do usuário, entre outros. Todas as vezes que jogamos os resultados a respeito das equipes, condições e processos de trabalhos, de estrutura dos estabelecimentos de saúde, estamos comparando o realizado com o esperado. Logo, o resultado encontrado deve subsidiar a reformulação das ações de Controle e auditoria assistencial, de regulação do acesso, de contratação com os prestadores e por fim subsidiar intervenções para a melhoria da qualidade e da resolubilidade das ações (MENDONÇA, REIS, MORAES, 2006).

Conforme pode-se observar na tabela 13 acima, as variáveis distrito sanitário, tipo de exame e tipo de consulta foram as covariáveis que apresentaram significância para explicar a contribuição para a resolutividade. A covariável tipo de consulta foi considerada significativa ao nível de 5% de significância, e além disso apresenta importância no modelo ao permitir comparar a razão de chances das consultas com os exames.

De acordo com o modelo estimado, foi possível observar que o agendamento do exame do tipo ressonância magnética, aumenta o incentivo e a otimização do tempo para o encaminhamento em comparação com o agendamento de exames de ultrassom (O.R.=0,221) e tomografia (O.R.=0,567)); e os distritos sanitários 3 (O.R.=7,330) e 4 (O.R.=9,482) a partir de onde o paciente é encaminhado resultam em um aumento na resolutividade do sistema em relação ao encaminhamento para o distrito 5, o qual apresenta menor a iniciativa de encaminhamento para agendamentos de exames/consultas.

Comparando a razão de chances das consultas de forma geral com o agendamento de consultas para os exames, observa-se que os exames apresentam maior contribuição para aumentar a resolutividade do sistema, tendo em vista que: a O.R. para consulta neurológica foi 0,376; a O.R. para consulta reumatológica foi 0,342; e a O.R. para a consulta ortopédica foi 0,230. Sendo assim, pode-se observar que os distritos sanitários no geral apresentam maior dificuldade com agendamento de consultas especializadas.

A partir do incentivo do papel da atenção básica como articuladora do cuidado, encontramos um predomínio de solicitações pelos médicos, em muitos casos desnecessário, pois as sintomatologias por sua vez induzem provável diagnóstico. Mesmo assim, o número de encaminhamentos para médico especialista é alto, ultrapassando os limites do sistema devido ao complexo regulador possuir pequena quantidade de servidores médicos

especializados cadastrados, repercutindo na persistência de filas de esperas e demora no processo de autorização de alguns procedimentos solicitados.

Essa fragilidade de transformar a cultura dos profissionais, muitas vezes está associada à formação unifocal e não incentivo ou interesse em se diversificar no meio do cuidado, interferindo no processo do cuidado (SOUZA et al., 2014; BATISTA e GONÇALVES, 2011). Assim, para atingir a alta resolutividade dos casos dependemos da capacidade clínica e de cuidado das equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação de novos prestadores de saúde no sistema de regulação (BRASIL, 2015).

No Brasil, o processo regulatório na saúde é considerado fundamental, pois sem regulação grande parte da população que utiliza o SUS ficaria sem assistência à saúde, por isso, é necessária uma gestão regulatória adequada que atinjam o interesse da população (BASTOS et al., 2019). Assim, a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população é medida pelo indicador tempo de espera, no qual consideramos se o usuário permanecer um longo tempo na fila à chance de produtividade e a eficiência da regulação diminui, acarretando aumento dos custos com saúde e limitando a capacidade efetiva da saúde do usuário (BARBOSA, 2016).

De forma global, o modelo explica que o exame de ressonância magnética mesmo sendo um procedimento de alto custo, apresenta em nosso município uma boa resolutividade de agendamento e consequentemente de autorização e execução, podemos dizer ainda que este fato pode está atribuído ao uso criterioso de solicitação de exame pelos médicos solicitantes, ou seja, os mesmos apenas prescrevem quando observar uma sintomatologia que condiz com os protocolos de encaminhamento, ou ao número de oferta de prestadores para execução do exame. Desta forma, temos para o público de ressonância um tempo favorável de espera que não compromete seu problema clínico.

O presente estudo permitiu identificar que em João Pessoa a taxa de tempo de espera entre a solicitação e aquisição da vaga no sistema é inferior ao encontrado em alguns países, em especial percebe-se uma resolutividade do exame de RM, ressaltando a importância dos protocolos que favorecem a execução do procedimento até o fim, pois diminui o índice de espera pelo tempo hábil de atendimento sem necessidade de procurar outros meios. Estudo de Simon et al (2008) concorda com os resultados desta pesquisa, que indicam uma associação positiva entre o tempo de espera e o absenteísmo em consultas e exames especializados.

O mesmo se adequa ao distrito sanitário IV, que com agilidade no processo de agendamento dos procedimentos consegue otimizar o tempo de espera dos usuários para

atendimento na rede SUS. Essa situação chama atenção, pois corresponde uns dos maiores DS do município com cobertura territorial, o que ocasiona maior demanda e por consequente mais solicitações. Porém é notório que mesmo assim, este distrito conseguiu ser mais resolutivo que DS V que mesmo possuindo área territorial pequena e um público de poder aquisitivo alto, o que diminui a procura as USF, ainda não consegue na sua demanda atingir a agilidade na marcação dos procedimentos.

Ainda considerando a resolutividade do sistema regulador apenas mais uma variável, o “DD III” apresentou significância estatística em relação aos demais. Essa situação chama atenção, uma vez que há exatamente três meses de antecedência da coleta dos dados o número de digitadores estava reduzido para o tamanho da área de abrangência do distrito, salientando que esse corresponde ao de maior área de cobertura de USF’s da amostra coletada.

No intuito de avaliar a acurácia do modelo em relação aos dados amostrais, foram definidos 2 pontos de corte, a saber o ponto de corte 0,70 que apresentou acurácia de 80,2% e o ponto de corte definido pela curva ROC igual a 0,798, que apresentou acurácia menor e igual a 76,8%. No entanto ao avaliar a matriz de confusão para o estudo, observou-se que o mesmo apresentou maior equilíbrio no percentual de acertos para os dois grupos observados, a saber, quando o tempo de espera é superior a 45 dias foi observado 74,7% de acerto; e quando o tempo de espera é menor ou igual a 45 dias foi observado um acerto de 77,4%. Na tabela 14 a seguir é apresentada a matriz de confusão para os dois pontos de cortes avaliados.

Apesar do teste Omnibus apresentar p-valor = 0,00 indicando que o modelo é adequado aos dados amostrais, de acordo com o teste de Hosmer-Lemeshow, o modelo ajustado é considerado apenas de razoável para pobre (p-valor = 0,02), de maneira que as probabilidades preditas pelo modelo apresentam um desvio significativo das probabilidades observadas. A matriz de confusão dos casos do presente estudo de acordo com o modelo ajustado pode ser observada na tabela 14.

**Tabela 14.** Matriz de confusão dos casos estudados para o desfecho “incentiva da resolutividade do encaminhamento” a partir das variáveis de interesse.

| Ponto de Corte | Valor Observado                | Valor Predito              |                              | Porcentagem Correta |
|----------------|--------------------------------|----------------------------|------------------------------|---------------------|
|                |                                | Incentiva a resolutividade | Não Incentiva resolutividade |                     |
| 0,700          | Incentiva a resolubilidade     | 417                        | 66                           | 86,3%               |
|                | Não incentiva a resolubilidade | 61                         | 97                           | 61,4%               |

|              |                                |     |     |       |
|--------------|--------------------------------|-----|-----|-------|
| <b>0,798</b> | Incentiva a resolubilidade     | 374 | 109 | 77,4% |
|              | Não incentiva a resolubilidade | 40  | 118 | 74,7% |

Fonte: Dados da Pesquisa (2022).

Logo, para a pesquisa, o tempo de espera gera ineficiência sobre a capacidade de instalação do município. No entanto, em nosso estudo, ficou-se restrito a avaliação da segunda e terceira etapa do processo regulador. Entendendo o quanto é importante enfatizar que quando temos dificuldades de acesso ao sistema regulador, alta demanda, espera e atrasos de marcação atribuímos mais aos problemas organizacionais, pois ao relacionar a vivência prática e os resultados estatísticos percebe-se a fragilidade operacional em comparação à falta de recursos.

Esse tempo de espera corresponde ao fluxo do sistema público que vem sendo modificado com o tempo, mas que ainda apresenta dificuldades. Consideramos que os usuários podem encontrar três tipos de espera durante sua inserção no sistema regulador (GIOVANELA et al., 2009).

É fundamental esforços do município para manter alguns médicos especialistas em sua rede própria de serviços de saúde, para que as filas ainda não sejam maiores. Além disso, o controle sobre os processos de trabalho evidenciaram a impressão de pouca transparência.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo foi possível identificar as potencialidades e fragilidades do processo de marcação de consultas e exames especializando no âmbito municipal, a partir do empoeiramento da atenção básica, compreendendo como o tempo de espera para agendamento de procedimentos especializados influência na resolubilidade do sistema regulador.

Foi apontado que o tempo de espera sobre exame de ressonância nuclear magnética influência na otimização dos encaminhamentos, o que chama atenção pelo fato de ser um exame de alto custo com limitado número de vagas para a população. Com isso subtemde-se que os profissionais de saúde possuem um olhar mais criterioso em prescrição de alto custo, no entanto encontra-se uma controversa nessa percepção, pois as solicitações de tomografia não apresentaram otimização em seus encaminhamentos, provavelmente esse fato esteja relacionado ao número de vagas e aos diagnósticos gerados.

Pode-se observar que o distrito sanitário 3 é principal fortalecedor no processo de agilização de marcação dos procedimentos, estando associado ao tamanho territorial e ao acesso dos usuários ao serviço público. Assim, percebemos como nosso território tem uma diversidade em tamanho, número de profissionais para assistência e aspectos sócios culturas.

Alguns conflitos no processo de incentivo a resolutividade do sistema regulador foram possíveis verificar na maioria das variáveis, a exemplo: idade, sexo, diagnóstico clínico, consultas e exames de tomografia e ultrassom, sendo que estes dois últimos sofreram influência sobre o tempo de espera de agendamento, situação já esperada uma vez que nossa atenção básica apresenta fragilidades em questões logística, estruturais, financeiras e gestão. Outro fator importante a destacar é que as UBS são ambientes com dificuldades em desenvolver suporte adequado de saúde aos usuários, pelas baixas tecnologias ofertadas e direcionamento deficiente dos profissionais aos serviços da rede de porta aberta o que evita a superlotação dos setores especializados.

Destaca-se no estudo que o perfil das USF não influencia nos resultados quantitativos para o tempo de espera do agendamento dos procedimentos, ou seja, as unidades de saúde qualificadas pela presença de residentes médicos não sofreram relevância na modelagem estatística, salientando que a solução não é apenas incorporar novos profissionais com níveis de instrução superior aos demais, mas deve-se estimular nos profissionais já inseridos um novo conceito do cuidar, incentivando essa mudança também no olhar da comunidade.



Ressaltamos que não devemos associar os números obtidos na pesquisa apenas as barreiras relacionadas à qualificação profissional, mas entendendo como existe dificuldades na administração do gerenciamento especializando, no qual ainda encontramos poucos profissionais inseridos na admissão dessas fichas, como também na execução dos procedimentos e os aspectos culturais que potencializam o modo de gerar o cuidar. Então compreendemos como ainda é difícil articular um sistema que contemple toda comunidade de forma eficaz.

Baseado neste estudo, algumas percepções podem nos trazer reflexões que estejam conectadas às problemáticas recorrentes, como: possíveis salários dos profissionais da atenção básica defasados; vínculos profissionais frágeis; não entendimento por parte dos médicos sobre o real objetivo do complexo regulador. Tais reflexões precisam ser percebidas pelos gestores, a fim de que possam na sua tomada de decisão, discernir o modo adequado de gerir todos os processos que permeiam a Atenção Básica.

Tendo em vista que complexo regulador foi um programa de indução de política gerado a partir de avaliação de desempenho de ações desenvolvidas no âmbito da saúde pública, com previsão de incentivo a melhoria do cuidado a partir de investimentos do ministério da saúde em programas para capacitação profissional, este fator influencia então em resultados na própria atenção básica e demais níveis de atenção à saúde. Assim, a partir deste estudo puderam-se considerar relevantes processos avaliativos permanentes, a fim de se identificar as potencialidades e fragilidades nos processos de trabalho, para assim, tornar possíveis os ajustes necessários na busca da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Uma limitação do estudo refere-se à forma da coleta dos dados, pois a gestão do complexo regulador não permitiu acesso ao sistema SISREG comprometendo a aquisição dos dados em integra, como também DS que não autorizaram a coleta em seus polos de regulação, não sendo possível fazer a mensuração de todo território municipal, sendo necessário uso de amostragem por conveniência, ou seja, oportunizar a participação de dados disponíveis pela equipe de marcadores no momento, tendo cautela em não generalizar que os resultados alcançados representem a percepção de todos os dados do sistema de regulação.

Outras limitações que acho pertinente registrar: as análises se limitaram a solicitações para condições osteomusculares, o que demanda cuidado nas interpretações, pois contextos bem distintos podem se apresentar em outros campos (cardiovascular, oftalmologia, p. ex.); além disso, o fato de ter ou não residência na USF foi analisado sem considerar que na maior

parte das unidades integradas as USF têm 4, onde o fato de quantas dessas equipes têm médicos residentes (se 1, 2, 3 ou todas) poderia ter resultados distintos.

O Sistema de Regulação é uma estratégia exitosa da gestão, pois permite a intervenção do gestor como representante dos usuários, criando normas, fluxos, processos e regras que definem como, onde e quando se dará o acesso da população às vagas disponíveis em sistema, contribuindo para a coibição de fluxos paralelos, onde a relação entre as informações disponíveis em sistemas de informações e a observação da realidade está distante.

É fundamental deixar o feedback a partir do sistema de saúde para que sejam desenvolvidas estratégias de melhoria do cuidado para serviços de atenção básica e assistência especializada, aspecto adquirido pelo empoderamento dos profissionais, uso dos protocolos, fortalecimento da rede de atenção à saúde, melhor distribuição das equipes de regulação e principalmente conexão entre os setores de saúde. O fortalecimento de ações de educação permanente, trabalho em equipe e ações interdisciplinares para a consolidação de práticas assistenciais e construção de um novo processo de cuidado em saúde para a comunidade visa principalmente à redução dessas lacunas existentes no processo de interligação atenção básica e serviço especializado.

Sugere-se a realização de novas pesquisas, visto que, ainda é pouco discutida essa estratégia de gestão nas bases científicas e sua investigação torna-se fundamental para a melhoria da assistência dos serviços do SUS. Portanto, torna-se importante o processo de capacitação e incentivo de novos perfis profissionais, não se restringindo a um único território, mas se ampliando em outros seguimentos, permitindo o conhecimento de fragilidades e potencialidades ainda existentes em outros locais e possibilitando a elaboração de métodos de intervenção mais precisos e eficazes para garantir resolutividade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.

AMESTOY, SC; CESTARI, ME; THOFEHRN, MB; MILBRATH, VM. **Educação Permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem**. *Ciência Cuidado em Saúde*. v. 7, n. 1, p. 83-8, 2007. Disponível em: <[ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/4910/3213](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/4910/3213)> Acesso em: 22/09/17

ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012.

BARROS. F.P.C; AMARAL. T.C.L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. **An Inst Hig Med Trop**, v.16, n. 3, p. 39- 45, 2017.

BARBOSA. S; BARBOSA. B; NAJBERG. E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Caderno de saúde coletiva**, v.24, n.1, 2016.

BARBOSA, D.V. S; BARBOSA, N.B; NADJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Coletiva**. v.1, n.24, p. 49-54, 2018.

BARTH, P. O; GERMANI, A. R. M. **A educação permanente em saúde: uma breve reflexão bibliográfica**. *Revista de Enfermagem*, v. 4, n. 4 e 5, p. 107-118, 2014. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1139>> Acesso em: 17/10/17

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BASTOS. L.B.R. et al.. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.54, n.25, 2020.

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

BRASIL.2008. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo Federal. **Portaria Nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, 2018.

BRASIL 2017. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo Federal. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017.

BRASIL.2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do sistema único de saúde – SUS**, 2016.

BRASIL, 2016. Ministério da Saúde. Reumatologia e Ortopedia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – versão preliminar – Brasília: Ministério da Saúde (**Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**), v. 3, 2016.

BRASIL, 2016. Regulação da saúde no SUS / Organizadores Domenico Feliciello, Juliana Pasti Villalba. - Campinas, SP: UNICAMP/NEPP/AGEMCA. p. 265, 2016

BRASIL, 2015. Ministério da Saúde. Endocrinologia e nefrologia / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**, 2015.

BRASIL. 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. 2014. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>> Acesso em: 02/12/17

BRASIL. 2012. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Governo Federal. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Epidemiologia da Solicitação de Exame Complementar em Consultas Médicas. **Revista Saúde Pública**. v. 40, n.2, p. 289 – 297, 2006.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: Um Constante Repensar em Busca de Equidade e Transformação. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, s. 1, p. 138 – 151, 2012.

DAMACENDO. A.N. et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem. UFSM - REUFSM Santa Maria**. v. 10, n.14, p. 1-14, 2020.

DOMINGOS. C.M; NUNES. E.F.P.A; CARVALHO. B.G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Comunicação Saúde Educação**. v.19, n.55, p.1221-32, 2015.

FACCHINI, L.A.; TOMASIE; DILÉLIO.A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

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

FERREIRA et al. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v.11, n. 38, p.1-12, Jan-Dez, 2016.

FIGUEIREDO, M. F. S. et al. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**. v. 41, n. 114, p. 729-740, 2017.

GARSON, D. **Logistic regression**. Syllabus for PA 766: Advanced Quantitative Research in Public Administration, 2010. Disponível em: <<http://faculty.chass.ncsu.edu/garsonPA766/logistic.htm>>. Acesso em: 13 maio 2022.

GIL, C. R. R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e Singularidades do Contexto Brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171 – 1181, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F. et al. Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**. v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GONÇALVES, A. M. L. **Regressão logística aplicada à pesquisa de preditores de morte**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.

JUSTINO, A.L.A; OLIVER. L.L; NUNES, T.P. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.21, v.5, p.1471-1480, 2016.

LANDIM. E.L. A. S.; GUIMARÃES. M. C. L; PEREIRA. A. P. C. M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão, **Saúde Debate**, v. 43, n. 5, p. 161-173, 2019.

LIMA et al. Regulação em Saúde: Conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Rene**, v.14, n. 1, p.23-31, 2013.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4 – 5, 2008.

MELO, A. C. F. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p: 138-143, 2017.

MESQUITA, P. S. B.; NOGUEIRA, R. T. Um modelo estatístico para gestão de programas de pós-graduação. **Revista Gestão da Produção Operações e Sistemas**, v. 10, n. 2, p. 173, 2015.

MIOTO, R. C. T. et al. As residências multiprofissionais em saúde: A experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serviço. Social.& Saúde**, v. 11, n. 2, p.185-208, 2012.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. R.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22, n.4, p.1097-1108, 2017.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. F. e MORAES, J. C. A política de regulação do Brasil. **Brasília: Organização Pan-Americana da saúde**, 2006.

NASCIMENTO, F. et al. Regulação em saúde: Aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.2, p.346-52, 2009.

OLIVEIRA, M. F. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: um manual para a realização de pesquisas em administração**. 72p. Manual pós-graduação. Universidade Federal de Goiás, 2011.

PAIVA, F. T.; BANDEIRA, A. C. N. Residência Multiprofissional em saúde da família como condutora de educação permanente na atenção básica, **SANARE (Sobral, Online)**, v1.8, n.2, p.78-85, 2019.

PENG, Y.; ERDEM, E.; SHI, J. Large-scale assessment of missed opportunity risks in a complex hospital setting. **Inform Health SocCare**. v.41.p.112-127, 2016.

PIMENTEL, I. S. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revbrasmedfam comunidade**. v. 6, n.20, p. 175-81, 2011.

POZZO, L. et al. O SUS na medicina nuclear do Brasil: avaliação e comparação dos dados fornecidos pelo Datasus e CNEN. **Radiol Bras**.n.47, v.3, p.141–148, 2014.

PROTÁSIO, A. P. L. et al. Avaliação do Sistema de Referência e Contrarreferência do Estado da Paraíba Segundo os Profissionais da Atenção Básica no Contexto do 1º Ciclo do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 209 – 220, 2014.

SANTOS, K. P. B.; RIBEIRO, M. T. A. M. Motivos de consulta mais comuns das pessoas atendidas por uma equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 10, n. 37. OUT/DEZ, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Edição Brasileira. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

SILOCCHI, C; JUNGES, J.R. Equipes de Atenção Primária: Dificuldades no Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Trab. Educ. Saúde**. v. 15 n. 2, p. 599-615, maio/ago. 2017.

SILVA, C. A.; ARAUJO, M. D. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde Debate**, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, 2019.

SILVEIRA, M. D. et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 63-72, 2018.

SILVEIRA, M.S.D. et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 63-72, 2018.

SOUZA et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4 p.1283-1293, 2014.

VILARINS. G.C.M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Comunicação Ciências Saúde**, 2010.

VIEIRA, E.W.R; LIMA, T.M.N, GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **REME rev. min. enferm.** v.19, n.1, p.65-71, 2015.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE PESQUISA

#### ***Setor de pesquisa***

(    ) Regulação    (    ) Trauminha    (    ) Distrito Sanitário I    (    ) Distrito Sanitário II  
(    ) Distrito Sanitário III    (    ) Distrito Sanitário IV    (    ) Distrito Sanitário V

***Idade:*** \_\_\_\_\_

***Sexo:*** \_\_\_\_\_

#### ***Procedimento:***

a) Consulta

(    ) Neurologista                      (    ) Reumatologista                      (    ) Ortopedista

b) Exames

(    ) Tomografia computadorizada                      (    ) Ressonância Magnética

#### ***Tempo de espera***

(    ) Até 45 dias            (    ) Maior que 45 dias

#### **Unidade Solicitante**

- Nome da USF: \_\_\_\_\_

(    ) Com Residência Médica            (    ) Sem Residência Médica



## ANEXOS

### ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

#### **TÍTULO DO PROJETO: REGULAÇÃO EM SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE**

**Pesquisadora:** Brisa Ricardo Xavier da Silva

Vossa Senhoria, \_\_\_\_\_

Eu gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: regulação em saúde: limites e possibilidades para resolubilidade da atenção a saúde como objetivos específicos: Realizar uma análise descritiva de encaminhamento para as especialidades de reumatologia, ortopedista e neurologista, como também exames de ressonância nuclear magnética (RNM) e tomografia computadorizada (TC) e Ultrassonografia (US) em USF'S do município de João Pessoa; Classificar os encaminhamentos agendados no período fevereiro e março e relacioná-los com o perfil dos usuários e USF's do município de João Pessoa em relação ao tempo de espera identificando se existem resultados diferentes; Estimar a resolubilidade das USF's a partir do tempo de esperar examinando se existem divergências quanto ao processo logístico e gestão do sistema regulador.

Dessa forma, comprometo-me com a utilização dos dados contidos em relatórios do sistema SISREG e sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição na sala de solicitação, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade e fidedignidades de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem a (descrever de forma geral), no período de \_\_/\_\_/\_\_\_\_a \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Declaro entender que é minha à responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2022.

---

Assinatura da Instituição Responsável

## **ANEXO B - SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Referência:** REGULAÇÃO EM SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE

**Pesquisador Responsável:** Brisa Ricardo Xavier da Silva

Ao Comitê de Ética em Pesquisa Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Por meio deste documento solicitamos a dispensa de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para o estudo intitulado Tempo de Espera: Suas contribuições para o processo de incentivação da resolubilidade do Sistema Regulador especializado proposto por Brisa Ricardo Xavier da Silva.

A dispensa do uso de TCLE se baseia: **i)** por ser um estudo observacional, descritivo, que empregará apenas informações de relatórios formulados pelo SISREG de fichas de encaminhamentos regulados, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição; **ii)** porque todos os dados serão analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa; **iii)** porque os resultados decorrentes do estudo serão apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes, e **iv)** porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos no estudo acima se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados provenientes deste, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

João Pessoa, 03 de Fevereiro de 2022.

Brisa Ricardo Xavier da Silva  
3656104

## ANEXO C – ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**  
**Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2022

Processo Nº: 404/2022

**TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA**

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"RESIDÊNCIA EM SAÚDE: SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E PRODUÇÃO DE ENCAMINHAMENTO ESPECIALIZADO"**, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **BRISA RICARDO XAVIER DA SILVA**, sob orientação de **LUCIANO BEZERRA GOMES** e **JOSÉ CARLOS DE LACERDA LEITE**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) **COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY E DISTRITOS SANITÁRIOS III, IV E V**, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

**Jeovana Stropp**  
 Gerente de Educação na Saúde  
 Fone: (33) 3214-7948  
**Jeovana Stropp**  
 Gerente da Educação na Saúde